

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**İNME Lİ EVDE BAKIM HASTALARININ BAKIM VERİCİLERİNE
PRECEDE-PROCEED MODELİNE TEMELLENİRİLEREK
VERİLEN EĞİTİM PROGRAMININ BAKIM VERME TEPKİSİ,
ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYİ VE HASTA
SONUÇLARINA ETKİSİ**

Sümeyye AKÇOBAN

DOKTORA TEZİ

GAZİANTEP - 2024



LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ DOKTORA TEZ KABUL VE ONAY FORMU

Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi Sümeyye AKÇOBAN tarafından hazırlanan “İnmeli Evde Bakım Hastalarının Bakım Vericilerine Precede-Proceed Modeline Temellendirilerek Verilen Eğitim Programının Bakım Verme Tepkisi, Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ve Hasta Sonuçlarına Etkisi” başlıklı tez, **15/10/2024.** tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu **başarılı** bulunarak jürimiz tarafından **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

<u>Görevi</u>	<u>Unvanı, Adı ve Soyadı</u>	<u>Kurumu/Üniversitesi</u>	<u>İmzası:</u>
Tez Danışmanı			
Jüri Başkanı			
Jüri Üyesi			
Jüri Üyesi			
Jüri Üyesi			

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Enstitü Müdürü

Doç. Dr. Ufuk AKBAŞ

**İNME Lİ EVDE BAKIM HASTALARININ BAKIM VERİCİLERİNE PRECEDE-
PROCEED MODELİNE TEMELLENDİRİLEREK VERİLEN EĞİTİM
PROGRAMININ BAKIM VERME TEPKİSİ, ALGILANAN SOSYAL DESTEK
DÜZEYİ VE HASTA SONUÇLARINA ETKİSİ**

TEZ BİLDİRİMİ

Bu tezdeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edildiğini ve tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

DECLARATION PAGE

I hereby declare that all information in this document has been obtained and presented in accordance with academic rules and ethical conduct. I also declare that, as required by these rules and conduct, I have fully cited and referenced all material and results that are not original to this work.

Sümeyye AKÇOBAN

15.10.2024

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**İNME Lİ EVDE BAKIM HASTALARININ BAKIM VERİCİLERİNE
PRECEDE-PROCEED MODELİNE TEMELLENDİRİLEREK
VERİLEN EĞİTİM PROGRAMININ BAKIM VERME TEPKİSİ,
ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYİ VE HASTA
SONUÇLARINA ETKİSİ**

Sümeyye AKÇOBAN

DOKTORA TEZİ

Danışman
Doç. Dr. Betül TOSUN

Eş Danışman
Doç. Dr. Mirko PROSEN

ÖZET

İnmeli evde bakım hastalarının bakım vericileri fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlarla başa çıkmak zorunda kalmaktadır. Bu çalışma, inmeli evde bakım hastalarının bakım vericilerine Precede-Proceed Modeline temellendirilerek verilen eğitim programının bakım verme tepkisi, algılanan sosyal destek düzeyi ve hasta sonuçlarına etkisini değerlendirmek amacıyla, Temmuz-Aralık 2023 tarihleri arasında yarı deneysel düzende, kendi kontrol grubunu oluşturan tek grup örneklemlili çalışmadır. Çalışmanın evrenini bir kamu hastanesinin evde sağlık hizmetleri biriminden yararlanan N=292 inmelievde bakım hastası ve bakım vericileri, örneklemini ise (n=70) inmeli hasta ve (n=70) bakım vericisi oluşturmıştır. İnmeli evde bakım hastalarının müdahale sonrası zamana bağlı değişimleri (8. ve 16.haftalarda) “Hasta kişisel bilgi formu (bakıma yönelik ifadeler)”, “Braden Risk Değerlendirme Ölçeği” ve “Hastaneye başvuru izlem formu” kullanılarak değerlendirilmiştir. Bakım vericilerin müdahale sonrası zamana bağlı değişimleri (8. ve 16.haftalarda) “Bakım Verici Tepki Değerlendirme Ölçeği ” ve “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” ile değerlendirilmiştir. Bakım verici tepki düzeyi ($F=112.303$, $p<0.001$) ve algılanan sosyal destek ($F=608.436$, $p<0.001$) düzeyinde zamana bağlı olarak (8. ve 16.haftalarda)önemli ölçüde iyileşme olduğu görülmüştür. Müdahale sonrası hasta sonuçlarına bakıldığında; aspirasyon/pnömoni varlığı, inkontinans, konstipasyon/diyare, düşme durumu durumlarında önemli ölçüde iyileşmeler olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hastaların basınç yaralanma riskinde zamana bağlı olarak önemli ölçüde iyileşme olduğu bulunmuştur($F=26.938$, $p<0.001$). Ayrıca hastaların hastaneye başvuru oranlarında müdahale sonrası (8. hafta ve 16. hafta) müdahale öncesine göre önemli ölçüde azaldığı tespit edildi ($t=14.000$, $p<0.001$). Precede-Proceed model temelli eğitim programının inmeli hastaların bakım vericilerinin bakım verme tepki ve sosyal destek algılarında iyileşme sağladığı, hasta sonuçları üzerinde ise olumlu gelişmeler sağladığı belirlenmiştir. Bu sonuç Precede-Proceed modelin inmeli evde bakım hastalarının bakım vericilerinde kullanılmaya teşvik edilmesi gerektiği değerlendirilmektedir.

Anahtar Kelimeler:Precede-Proceed model, evde bakım, bakım verici, inme, sosyal destek

HASAN KALYONCU UNIVERSITY
GRADUATE EDUCATION INSTITUTE
DEPARTMENT of NURSING

**THE EFFECT OF A TRAINING PROGRAM BASED ON THE
PRECEDE-PROCEED MODEL ON CAREGIVING RESPONSE,
PERCEIVED SOCIAL SUPPORT LEVEL AND PATIENT
OUTCOMES OF CAREGIVERS OF HOME CARE PATIENTS WITH
STROKE**

Sümeyye AKÇOBAN

PhD THESIS

Advisor

Assoc. Prof. Dr. Betül Tosun

Co- Advisor

Assoc. Prof. Dr. Mirko Prosen

ABSTRACT

Caregivers of home care patients with stroke have to cope with physical, psychological, social and economic problems. This study is a quasi-experimental, single group sampling study with its own control group between July-December 2023 in order to evaluate the effect of the training programme based on the Precede-Proceed model on the caregiving response, perceived social support level and patient outcomes of the caregivers of home care patients with stroke. The population of the study consisted of N=292 stroke home care patients and their caregivers who benefited from the home health services unit of a public hospital, and the sample consisted of (n=70) stroke patients and (n=70) caregivers. The time-dependent changes of home care patients with stroke after the intervention (at the 8th and 16th weeks) were evaluated using the 'Patient personal information form (statements about care)', 'Braden Risk Assessment Scale' and 'Hospital admission follow-up form'. The time-dependent changes of the caregivers after the intervention (at the 8th and 16th weeks) were evaluated with the 'Caregiver Reaction Rating Scale' and 'Multidimensional Perceived Social Support Scale'. It was observed that there was a significant improvement in the level of caregiver response ($F=112.303$, $p<0.001$) and perceived social support ($F=608.436$, $p<0.001$) over time (8th and 16th weeks). When the patient outcomes after the intervention were analysed, it was found that there were significant improvements in the presence of aspiration/pneumonia, incontinence, constipation/diarrhoea, and fall status ($p<0.05$). It was found that there was a significant improvement in the pressure injury risk of the patients depending on time ($F=26.938$, $p<0.001$). It was also found that the hospital admission rates of the patients decreased significantly after the intervention (8th week and 16th week) compared to before the intervention ($t=14.000$, $p<0.001$). It was determined that the Precede-Proceed model-based training programme improved the caregiving response and social support perceptions of caregivers of stroke patients and provided positive improvements in patient outcomes. This result suggests that the Precede-Proceed model should be encouraged to be used in caregivers of home care patients with stroke.

Keywords: Precede-Proceed Model, home care, caregiver, stroke, social support

ÖNSÖZ

Uzun ve meşakkatli bir doktora eğitim sürecinin ardından, öğrenmeye daha istekli şekilde bu serüveni sonlandırıyor olmam en büyük motivasyonumdur. Kuşkusuz bu motivasyonu elde etmemdeki en büyük pay danışman hocama aittir. Büyük bir özveri ile her sorumu yanıtlayan, elinden gelenin en iyisini yapmaya çalışan, vizyon sahibi bir akademisyenaynı zamanda insani özellikler bakımından her zaman örnek alacağım, birlikte çalışmaktan gurur ve mutluluk duyduğum çok değerli hocam sayın Doç. Dr. Betül TOSUN'a

Tezime, kritik önerileri ve eleştirel bakış açısı ile destek olan ikincitez danışmanım sayın Doç. Dr. Mirko PROSEN'e

Tez izleme komitemde yer alarak önerileri ile tezimin planlanması ve yürütülmesinde beni yönlendiren, fikirleri ile ışık tutan kıymetli hocalarım sayın Prof. Dr. Nuran TOSUN'a ve sayın Doç. Dr. Nursemin ÜNAL'a

Araştırmamı yapabilmem amacıyla bana destek olan Evde Sağlık Hizmetleri ekibine, evde sağlık hizmeti alan inmeli hasta ve bakım vericilerine,

Öğrenim hayatı boyunca beni destekleyen ve yanımda olan aileme,

Doktora tez çalışmam boyunca, tezime dolaylı yoldan çok katkısı olan Ahmet Doğan'a,

İşimi kolaylaştıran ve manevi desteklerini esirgemeyen arkadaşlarıma,

En içten teşekkürlerimi sunarım.

Sümeyye AKÇOBAN

Gaziantep-2024

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
ÖNSÖZ.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLO DİZİNİ	xi
GRAFİK DİZİNİ	xii
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	xiii
1.GİRİŞ.....	1
1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı.....	1
1.2 Araştırmanın Amacı	4
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1 İnme Kavramı.....	4
2.2 İnme Komplikasyonları	5
2.3 İnme Risk Faktörleri.....	7
2.4. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri.....	8
2.5 İnmeli Hasta ve Evde Sağlık Hizmetleri.....	10
2.6 İnmeli Evde Bakım Hastalarının Bakım Vericileri	12
2.7 İnmeli Evde Bakım Hastalarının Bakım Vericilerinin Yaşadıkları Güçlükler	13
2.7.1 Fiziksel Alanda Yaşanan Güçlükler.....	13
2.7.2 Psikolojik Alanda Yaşanan Güçlükler	13
2.7.3 Sosyal Alanda Yaşanan Güçlükler.....	14
2.7.4 Ekonomik Alanda Yaşanan Güçlükler	14
2.8 Precede-Proceed Model	15
2.9 Precede-Proceed Modelin Araştırmalarda Kullanımı.....	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Hipotezleri	19
3.2. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı	19
3.3. Araştırmanın Etik Yönü.....	19
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	20
3.5. Örneklem Ölçütleri.....	20
3.6 Araştırma Planı.....	23
3.7 Bakım Vericilere Yönelik Eğitim Programı	26

3.7.1 Bakım Vericilere Yönelik Eğitim Programında Yer Alan Konular.....	26
3.7.2 Eğitim Programının Özellikleri.....	26
3.8 Precede-Proceed Modele göre Uygulama Basamakları	27
3.9 Tez İzleme Komitesi Toplantıları.....	33
3.10 Veri Toplama Araçları	33
3.11 Verilerin Değerlendirilmesi	35
4. BULGULAR.....	36
4.1 Bakım Vericilere İlişkin Sonuçlar.....	36
Tablo 4.1. 1 Bakım Vericilerin Sosyo-demografik Özelliklerinin dağılımı (N=70).....	36
Tablo 4.1. 2 Bakım Vericilerin Bakıma İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=70)	38
Tablo 4.1. 3 Bakım Vericilerin Eğitim Öncesi ve Precede-Proceed Modeline Temellendirilerek Verilen Eğitim Sonrası ÇBASDÖ ve BVTDO Puanlarının Karşılaştırılması (N=70)	41
Tablo 4.1. 4 Bakım Vericilerin Bakıma İlişkin Özellikleri ile BVTDO Puanlarının Zamana Bağlı Olarak Karşılaştırılması (N=70)	44
Tablo 4.1. 5 Bakım Vericilerin Bakıma İlişkin Özellikleri ile ÇBASDÖ Puanlarının Karşılaştırılması (N=70)	49
4.2 Hastalara İlişkin Sonuçlar.....	54
Tablo 4.2. 1Hastaların Sosyodemografik Özellikleri (N=70)	54
Tablo 4.2. 2 Hastaların Sağlığa İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=70).....	55
Tablo 4.2. 3 İnnmeli Evde Bakım Hastalarının Hastaneye Başvuru Oranlarının Karşılaştırılması (N=70)	57
5.TARTIŞMA	58
5.1 İnnmeli Evde Bakım Hastalarının Bakım Vericilerinin ÇBASDÖ ve BVTDO İlişkin Bulgularının Tartışması	58
5.2 İnnmeli Evde Bakım Hastalarının Hasta Sonuçlarına İlişkin Bulgularının Tartışılması	62
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	63
6.1 Sonuçlar	63
6.2 Öneriler	64
6.3 Sınırlılıklar	64
KAYNAKÇA.....	65
EKLER.....	76
EK-1 Etik Kurul Onay Formu.....	76
EK-2 Kurum İzni.....	77
EK-3 Hasta Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	78

EK-4 Bakım Verici Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	79
EK-5 Bakım Verici Kazanım Değerlendirme Formu.....	80
EK-6 Eğitim Kitapçığı.....	81
EK-7 Hasta Kişisel Bilgi Formu	88
EK-8 Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi	89
EK-9 Braden Risk Değerlendirme Ölçeği	90
EK-10 Hastaneye Başvuru İzlem Formu	91
EK-11 Bakım Verici Kişisel Bilgi Formu	92
EK-12 Bakım Verici Tepki Değerlendirme Ölçeği.....	93
EK-13 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	94
EK-14 Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeks Kullanım İzni.....	95
EK-15 Braden Risk Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni.....	96
EK-16 Bakım Verici Tepki Değerlendirme Ölçeği.....	96
EK-17 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	96
ÖZGEÇMİŞ.....	96

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 2. 1 Precede - Proceed Model	16
Şekil 3. 1 Araştırmanın Akış Şeması.....	22
Şekil 3. 2 Araştırma Planı.....	25
Şekil 3. 3 Precede - Proceed Model Uygulama Basamakları	27
Şekil 3. 4 Precede - Proceed Model Kavram Haritası.....	31



TABLO DİZİNİ

Tablo 4.1. 1 Bakım Vericilerin Sosyo-demografik Özelliklerinin dağılımı (N=70).....	36
Tablo 4.1 2 Bakım Vericilerin Bakıma İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=70).38	
Tablo 4.1. 3 Bakım Vericilerin Eğitim Öncesi ve Precede-Proceed Modeline Temellendirilerek Verilen Eğitim Sonrası ÇBASDÖ ve BVTDO Puanlarının Karşılaştırılması (N=70).....	41
Tablo 4.1. 4 Bakım Vericilerin Bakıma İlişkin Özellikleri ile BVTDO Puanlarının Zamana Bağlı Olarak Karşılaştırılması (N=70).....	44
Tablo 4.1. 5 Bakım Vericilerin Bakıma İlişkin Özellikleri ile ÇBASDÖ Puanlarının Karşılaştırılması (N=70).....	49
Tablo 4.2 1 Hastaların Sosyodemografik Özellikleri (N=70)	54
Tablo 4.2. 2 Hastaların Sağlığa İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=70).....	55
Tablo 4.2. 3 İnmeli Evde Bakım Hastalarının Hastaneye Başvuru Oranlarının Karşılaştırılması (N=70).....	57

GRAFİK DİZİNİ

Grafik 4.1. 1 BVDÖ Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimi.....	42
Grafik 4.1. 2 ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimi	43
Grafik 4.2. 1 Braden Ölçeği Puan Ortalamasının Zamana göre Değişimi	56



SİMGELER ve KISALTMALAR

KISALTMALAR

BVTDÖBakım Verici Tepki Değerlendirme Ölçeği

ÇBASDÖÇok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek

SVO Serebro Vasküler Olay



1.GİRİŞ

1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

İnsan ömrünün uzaması, beraberinde kronik hastalık sayısında artışı da getirmektedir. Temelde kronik hastalığa sahip birey sayısının fazla olması, öte yandan doğuma bağlı anomaliler ve engelli olarak dünyaya gelme evde sağlık hizmeti alan hasta sayısını etkilemektedir(Senior vd., 2019).

Evde sağlık hizmetleri, hastaların yaşadıkları çevrede ve ortamda gerekli sağlık hizmetlerinin sağlık profesyonelleri tarafından alınmasıdır. Evde bakım bir süreçtir ve bu sürece yalnızca hasta birey değil hastaya bakım veren aile veya bakım veren kişiler de dahil olmaktadır. Evde bakım hastalarını ağırlıklı olarak inmeli hasta grubunun oluşturduğu görülmektedir(Sockolow vd., 2017;Al-Surimi vd., 2019).

İnme serebrovasküler olarak meydana gelen, hızla gelişen ve ölümle sonuçlanabilen klinik bir sendromdur. Dünya geneline bakıldığında, en yüksek oranda ölüm nedenleri arasında olduğu görülmektedir (WHO, 2021). Ayrıca, engellilik meydana getirme özelliğinden dolayı önemsenen kronik bir hastalıktır (Langhorne ve Ramachandra, 2020).Bu kronik hastalığa sahip bireyler çeşitli tedaviler almakla birlikte genel olarak yarı bağımlı ya da tam bağımlı olarak hayatlarını sürdürmektedirler. İnmeli hastaların çoğunlukla yaşlı bireyler olduğu düşünüldüğünde evde sağlık hizmeti almaları ve bakım veren bir bireye ihtiyaç duymaları beklenen bir durumdur(Caro vd., 2018).

Ülkemizde inmeli hastalar sağlık kurumları tarafından takip edilmekte ve gerekli kayıtlar tutularak tıbbi gereksinimleri karşılanmaktadır. Hastanelerde bulunan evde sağlık hizmetleri birimi diğer evde bakım hastaları gibi inmeli evde bakım hastalarına da sağlık hizmeti sunmaktadır(Akçoban ve Eskimez, 2023). Ancak inmeli evde bakım hastaları evde sağlık hizmetleri birimleri tarafından tıbbi destek almalarına karşın, ilaç takibi, basınç yarası gelişme olasılığı, enfeksiyon gelişme riski vb. tıbbi ve tıbbi olmayan durumların gözetimini sağlayacak bir bireye gereksinim duymaktadır. Bu bağlamda inmeli evde bakım hastalarına bakım veren bireylerin hasta bakımı ve kriz yönetimine yönelik bilgi/beceri/yeterlilik/farkındalık önem kazanmaktadır (Lamontagne vd., 2018).

İnmeli evde bakım hastaları genellikle yatağa bağımlı olmaları sebebiyle bu hastaların bakım vericileri hasta bakımında zorlanmaktadır.Beslenme, boşaltım gereksinimlerinin giderilmesi, basınç yarası takibi, hastanın kullandığı ilacın takibi, inmeye eşlik eden diğer hastalık semptomlarının izlenerek sağlık profesyonellerine bilgi

verilmesi veya hastanın öz bakımını sağlayarak, günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesine yardım etmek durumunda kalmaktadırlar (Demir Avcı ve Gözüm, 2023; Ugur ve Erci, 2019).

Bakım verici; bakım sorumluluğunu üstlenen, hastaya fiziksel, sosyal, emosyonel ve maddi olarak destek sağlayan bireydir. Hem bizim ülkemizde hem de gelişmiş ülkelerde toplumsal yapıdaki değişimlere rağmen hasta bireyi destekleyici ailevi rol halen varlığını sürdürmektedir. Dolayısıyla ülkemizde geleneksel ve kültürel özellikler de göz önüne alındığında evde bakım hastalarının bakımı büyük oranda aile bireyleri tarafından gerçekleştirilmektedir (Dağdeviren vd., 2020; Johnson ve Bacsu, 2018).

Hastaya bakım veren aile ferdi; işte çalışma, eğitim durumu ve diğer aile fertlerine ve kendine ayıracağı zaman gibi konularda kısıtlanabilmektedir. Birçok bakım verici bakım verme noktasında bilgisinin olmaması, deneyimlerinin yetersiz olması nedeniyle kendilerini ağır yük altında hissetmektedir. İnmenin 65 yaş üzeri bireylerde gerçekleştiği göz önünde bulundurulduğunda; bakım verici eş ise o da yaşlı bir birey olabilmektedir. Dolayısıyla kendi sağlık sorunları ile mücadele etme zorunda kalabilmektedir. Bakım verici genç veya yetişkin bir birey ise, işe devam etmesi gerekebilir ya da başka ev içi sorumlulukları olabilmektedir (ev işleri, çocukların bakımı vs.) (Albayrak vd., 2019; Cengiz vd., 2021). Ayrıca sosyal destek düzeylerinin istenilen ölçüde olmaması ve hasta bakım konusunda eğitimlerinin olmaması diğer önemli sorunlardandır. Sonuç olarak bakım sorumluluğunu yüklenen yakınların, yaşadıkları kaygı ve tükenmişlik düzeyi artmakta bu durum ise bakım alan hastaların etkin bakım alamamaları, komplikasyon düzeyinde artış, sağlık kurumlarına başvuru sayısında artış gibi istenmeyen durumlara sebep olmaktadır (Ugur ve Erci, 2019; Cengiz vd., 2021; Johnson ve Bacsu, 2018).

Ülkemizde evde bakım hastaları, inmeli evde bakım hastaları ve bakım vericilerle ilgili çok sayıda tanımlayıcı araştırma yapılmıştır (Akçoban ve Eskimez, 2023; Ugur ve Erci, 2019; Albayrak vd., 2019; Ülgen ve Uğur, 2022). Bakım veren bireyin bakıma yönelik eğitim alması, hasta bakımında dikkat edeceği ilkeler hakkında bilgi sahibi olması ve nitelikli bakım vermesi hem hastaya hem bakım verene hem de sağlık hizmetlerini olumlu etkilemektedir. Örneğin bakım verici hasta bakımına daha bilinçli şekilde yaklaşmakta, hastaya yönelik gerçekleştirdiği uygulamalarda daha doğru kararlar alabilmektedir. Bu bağlamda hasta sonuçlarında da iyileşmeler görülmektedir.

Yapılan çalışmalarda hemşirelerin model doğrultusunda hastalara, bakım vericilere vermiş oldukları eğitim müdahalesi sonucunda bakımın niteliğinin arttığı, sağlık harcamaları maliyetinin azaldığı ve bakım veren bireylerin hasta bakımında daha olumlu düşüncelerinin oluştuğu bildirilmiştir(Jacobs, 2018;Mudd vd., 2020;Bullington vd., 2019).

Literatürde inmeli evde bakım hastalarının bakım vericilerine model temelli eğitim sonrası bakım vericilerde fiziksel, sosyal, psikolojik alanlarda iyileşmeler olduğu ve hasta sonuçlarında olumlu değişiklikler olduğu bildirilmektedir(Pucciarelli vd., 2021;Deepradit vd., 2023;Demir Avcı ve Gözüm, 2023).Hemşirelik çalışmalarında model kullanımı, modelin sonuca ulaşması ve istenilen davranış değişikliğinin sağlanması hasta bakımını iyileştirmek, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak ve bütüncül hasta bakımının sağlanması ve kanıtlar oluşturulması açısından önemlidir.Precede-Proceed Model son yıllarda hemşirelik alanında kullanılmakta, hastalar, bakım vericiler sağlık çalışanları ve öğrenciler üzerinde olumlu anlamda davranış değişikliği sağlamaktadır. “PRECEDE” kısaltmasının İngilizce açılımı “Predisposing, Reinforcing, Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation” iken; Türkçe karşılıkları “Eğitimsel Tanılama ve Değerlendirmede Etkileyen, Güçlendiren ve Olanaklı Kılan Yapılar” şeklindedir. Modele 1991 yılında PROCEED (Policy, Regulatory and Organisational Constructs in Educational and Environmental Development) kısmı eklenmiş olup Türkçe karşılığı “Eğitimsel ve Çevresel Gelişimde Politika, Düzenleme ve Yönetimsel Yapılar” şeklinde ifade edilmektedir(Garcia vd., 2019;Bridges vd., 2018;Kargar vd., 2021).

Precede-Proceed Model 9 fazdan oluşmaktadır. Bunlar sırasıyla; sosyal tanılama, epidemiyolojik tanılama, davranışsal ve çevresel tanılama, eğitimsel ve organizasyonel tanılama, yönetimsel ve politik tanılama, uygulama, süreç değerlendirme, etki değerlendirme ve sonuç değerlendirme şeklinde ifade edilmektedir(Cereda vd., 2020). Precede-Proceed Modeli farklı alanlarda sağlık davranışı geliştirmek, iyileştirmek ve istenilen değişikliği sağlamak amacıyla rehber olarak kullanılmaktadır (Kargar vd., 2021).

Literatür incelendiğinde Precede-Proceed Model doğrultusunda verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirildiği ve olumlu sonuçların tespit edildiği araştırmalar mevcuttur(Rakhshani vd., 2024;Khani Jeihooni vd., 2019;H. Lin vd.,

2020). Hemşirelerin kas-iskelet sistemine dayalı rahatsızlıklarını önleme amacıyla verilen Precede-Proceed Model temelli eğitim sonrasında; hemşirelerde kas-iskelet rahatsızlıklarını önleyici davranışların kazanıldığı görülmüştür (Rakhshani vd., 2024). Başka bir araştırmada ise kadınlarda osteoporozu azaltmaya yönelik farkındalık oluşturmak amacıyla kadınlara Precede-Proceed Model temelli eğitim verilmiştir. Eğitim sonrasında; kadınların öz yeterliliklerinin arttığı ve osteoporozdan korunma davranışlarının olumlu yönde geliştiği belirlenmiştir (Khani Jeihooni vd., 2019). Yine literatürde, ameliyathane hemşirelerinde kan yoluyla bulaşan enfeksiyon maruziyetini azaltma amacıyla, hemşirelere Precede-Proceed Model temelli eğitim verilmiştir. Altı ay sonunda hemşirelerde, enfeksiyonu azaltmaya yönelik tutum ve davranışlarda olumlu değişimler olduğu saptanmıştır (H. Lin vd., 2020). Başka bir araştırmada ise, ortaokulda öğrenim gören adolesan kız öğrencilerin beslenme alışkanlıklarını düzenlemek amacıyla 8 haftalık Precede-Proceed Model temelli eğitim sonrası, öğrencilerin beslenme alışkanlıklarında önemli iyileşme olduğu görülmüştür (Arshad vd., 2023). Fakat Precede-Proceed modelin inmeli evde bakım hastalarının bakım vericilerinin bakım verme tepkisi, algılanan sosyal destek düzeyi ve hasta sonuçlarına etkisini inceleyen herhangi bir araştırmaya rastlanılmamıştır.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, Precede-Proceed Modeline dayalı eğitimin, evde bakım hastalarının bakım vericileri üzerindeki bakım verme tepkisi, sosyal destek düzeyi ile hasta sonuçlarındaki değişimi ele alma amaçlandı.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 İnme Kavramı

İnme, beyne giden kan akımının çeşitli nedenlerle azalması ya da sürekliliğin sağlanmaması sonucu meydana gelen klinik tablodur ve felç, hemiparezi, SVO, olarak adlandırılmaktadır. Dünya genelinde yaşlı nüfusun toplumdaki oranının artması inme gibi vasküler hastalıkları da beraberinde getirmektedir (Topçuoğlu, 2022).

İnme en önemli ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Risk faktörleri arasında ise; hipertansiyon, diyabet, ateroskleroz, hiperlipidemi, obezite ve genetik faktörlerin etkili olduğu bildirilmektedir (WHO, 2021). İnme sonrası bireyler tam bağımlı veya yarı bağımlı şekilde hayatlarını idame ettirmek durumunda kalmaktadırlar. İnmeli bir hastanın bakımı oldukça güç olup, bakım veren birey ve sağlık ekibinin uyumu önem

kazanmaktadır. Hastaya uzun süre bakım veren sağlık çalışanları olarak özellikle hemşirelerin hasta bakımındaki müdahale ve gözlemleri dikkate alınmalıdır. Hastalık komplikasyonlarının bilinmesi, aile ve bakım vericilere danışmanlık yapılması, rehabilitasyon sürecinde hastanın desteklenmesi ve tedaviye ilişkin bilgilendirme hemşirelerin sorumlulukları arasındadır (Bal ve Koç, 2020).

İnme iki ana nedene bağlı olarak gerçekleşmektedir. Bunlar; iskemi ve hemoraji olarak ortaya çıkmaktadır. İskemik inme, inmenin en sık görülen şeklidir. Beyin damarlarındaki kanın herhangi bir nedenle kesintiye uğrayarak dokularda hipoksi meydana gelmesi durumudur(Murphy ve Werring, 2020).Beyne giden kan akımındaki tıkanıklığa bağlı “iskemik inme”“trombotik” ve “embolik inme” olarak iki şekilde görülebilmektedir. Trombotik inme, özellikle ateroskleroz sebebiyle oluşan plaklar ve trombüsün beyne giden kan akımı kesintiye uğratması ile karakterizedir. Embolik inme ise kardiyak kaynaklı bir pıhtının beynin damarlarını tıkaması ile karakterize çoğu zaman atriyal fibrilasyon sonucunda görülen bir durumdur. Diğer bir inme şekli hemorajik inmedir. Hemorajik inme, ani kan basıncı yüksekliği veya kafa içi basıncı artışı sonrasında görülebilen kanamanın neden olduğu inme şeklidir. Mide bulantısı, çift görme ve ani başlangıçlı baş ağrısı hemorajik inmenin tipik semptomlarıdır(Banerjee vd., 2018).

2.2 İnme Komplikasyonları

İnme geçiren hastalarbaşta kas-iskelet sistemini etkileyen komplikasyonlar olmak üzere,düşme riski, akciğer enfeksiyonları, emboli, tromboflebit, basınç yarası, aspirasyonpnömonisi gibi çeşitli komplikasyon riskleri ile karşı karşıya kalmaktadırlar(Gillen, 2015). Kas-iskelet sistemi ile ilgili komplikasyonlar şu şekilde sıralanmaktadır;

- Paralizi
- Ataksi
- Kontraktür
- Spastisite
- Agnozi
- Afazi
- Apraksi
- Dizarti

➤ Disfaji

Paralizi: Hastalarda istemli hareketleri motor fonksiyon kaybı sebebiyle gerçekleştirememesi durumudur. Örneğin; kişisel ihtiyaçlarının giderilmesi, beslenme ve giyinme gibi eylemlerin yerine getirilmesinde güçlük yaşanmaktadır(Gillen, 2015).

Ataksi: Birlikte hareket eden sinerjist kasların birlikte hareket edememesi, koordinasyon eksikliği ve ritim bozukluğu olarak ifade edilmektedir(Gillen, 2015).

Kontraktür: Hastalarda en sık görülen komplikasyonlardan biridir. Kontraktür, kasların kısalması ve sertleşmesi sonucu sabit bir pozisyonda kalma durumudur. Kas, eklemler ve bu yapıları oluşturan dokular esnekliğini kaybeder ve eklem hareketi kısıtlı hale gelir. İnme hastalarında kontraktür ağırlı şekilde seyretmektedir(Gillen, 2015).

Spastisite: Merkezi sinir sisteminde motor nöron hasarına bağlı olarak oluşan istemsiz kas spazmı meydana gelmesi durumudur. İnme sonrası hastalarda spastisite kol ve bacaklarda görülebilmektedir. Bunun sonucu olarak ise, hastalar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorlanmaktadır(Gillen, 2015).

Agnozi: İnme sonrası etkilenen tarafta farkındalığın azalması ve ihmal edilmesi durumu olarak tanımlanmaktadır. Örneğin sol hemipleji olan bir hastanın sol tarafının pasifleşmesi, ilgisizlik ve algı eksikliği yaşamasıdır(Gillen, 2015).

Afazi: İnme sonrası hastalarda, konuşma bozukluğu, konuşma ve anlamada azalma ile karakterize iletişim kurma problemi olarak tanımlanmaktadır. İnme sonrası özellikle ileri yaştaki hastalarda, afazi önemli düzeyde iletişim problemine sebep olabilmektedir. Anlaşılmadığını iletişim kurmada zorlandığını düşünen hastada ise, psikolojik problemler ve sosyal izolasyon görülebilmektedir(Gillen, 2015).

Apraksi: İnme hastalarında kısmen fiziksel yeterliliğin ve isteğin olmasına karşın öğrenilen davranışların ve eylemlerin yerine getirilememesi durumudur. Hasta rutin olarak yaptığı ve öğrenmiş olduğu aktiviteleri yerine getirmekte zorlanmaktadır. Örneğin, konuşma apraksisi hastanın bazı heceleri vurguları ifade etmesini engellemektedir(Gillen, 2015).

Dizartri: Merkezi sinir sistemindeki hasara bağlı olarak, meydana gelen konuşma yeteneğindeki bozulma durumudur. Dizartrisi olan hastaların anlamalarında herhangi bir problem bulunmamaktadır fakat; konuşma yetenekleri etkilendiği için telaffuz etmede güçlük yaşamaktadırlar. Örneğin, inme hastalar cümle kurarken vurgu, tonlama ve

heceleme yapmakta zorlanmaktadırlar. Genellikle disfaji kaynaklı olduğu düşünülmektedir(Gillen, 2015).

Disfaji: Yutma güçlüğü olarak tanımlanmaktadır. Diğer komplikasyonlar gibi disfaji de inmeli hastalarda sıklıkla görülebilmektedir. Disfaji, ağız, özofagus ve farenks gibi organların fonksiyonelliklerinde bozulma ile karakterizedir. Yutma güçlüğü olan hastalarda, sepsis, aspirasyon pnömonisi, malnütrisyon gibi istenmeyen durumlarla karşılaşmaktadır(Güçmen vd., 2022).

Düşme: İnmeli hastaların fiziksel ve bilişsel sorunlara sahip olmaları nedeniyle özellikle rehabilitasyon sürecinde görülebilen komplikasyondur. Görme, motor fonksiyon kaybı, konfüzyon inkontinans gibi etkenler inmeli hastalarda düşme riskini artırmaktadır.(Gillen, 2015).

Enfeksiyon: İnmeli hastalarda, yaygın olarak pnömoni, uzun süreli üriner kateter kullanımına bağlı olarak üriner enfeksiyon gibi istenmeyen durumlar görülmektedir(Shim ve Wong, 2016).

Malnütrisyon:İnmeli hastaların rehabilitasyon sürecini zorlaştıran ve gereğinden az ve dengesiz beslenme durumudur. Bu hastalarda fonksiyon kaybı nedeniyle yutma ve çiğnemede güçlük mevcuttur. Hastaların sıvı, kalori, protein ve mineral alımı dikkatli bir şekilde izlenmelidir(Güçmen vd., 2022).

Basıncı Yarası: İnmeli hastalar tam bağımlı veya kısmi bağımlı olarak yaşadıkları için fiziksel aktiviteleri sınırlıdır. Yatak içi egzersiz yaptırılmaması, dengesiz beslenme, yetersiz su tüketimi, uygun olmayan yatak kullanımı basıncı yarası gelişme riskini artırmaktadır. Burada inmeli evde bakım hastalarının bakım vericilerine ve sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir(Gillen, 2015).

Emboli/Tromboflebit:Embolik inme sonrası tekrarlayıcı komplikasyon olarak görülebilmektedir. İnmeli evde bakım hastalarının yatağa bağımlı ve kısıtlı hareket etmeleri sebebiyle emboli riski artmaktadır. Emboli riskine karşı sağlık çalışanları ve bakım veren bireylerin koordinasyonu oldukça önemlidir. Erken semptomları belirlemede ve önlemler alma noktasında işbirliği gerekmektedir(Gillen, 2015).

2.3 İnme Risk Faktörleri

İnme her birey için risk olmakla birlikte, bazı patolojik durumlar ve çevresel faktörler (epigenetik) bu risk faktörlerini tetiklemektedir (Fırat vd., 2021).

Değiştirilebilen Risk Faktörleri

- Hipertansiyon
- Diyabet
- Hiperlipidemi
- Yüksek seviyede LDL değeri
- Düşük seviyede HDL değeri
- Atrial fibrilasyon
- Sigara kullanımı
- Obezite
- Koroner arter hastalıkları
- Periferik arter hastalıkları

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

- Yaş
- Cinsiyet
- Genetik faktörler
- Etnik köken

2.4. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri

Dünya nüfus artışına paralel olarak, insan yaşam süresi uzamış ve kronik hastalıklar, engellilik durumunda artış meydana gelmiştir. Ayrıca, kronik hastalıkların yanısıra engellilik durumu, doğumsal anomaliler, hastane sonrası rehabilitasyon gereksiniminin artması evde sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı görünür kılmıştır. Evde sağlık hizmetleri, taburculuk sonrasında sağlık gereksinimi olan bireylere koruyucu, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin yaşadığı ortamda sunulmasıdır(Marcus-Varwijk vd., 2020).

Evde sağlık hizmetleri çok sayıda ülkenin gündeminde yer alan ve üzerinde durduğu bir konudur. Bir hastanın uzun süre yataklı tedavi kurumunda sağlık hizmeti alması sağlık maliyetlerini artırmakla birlikte ülke ekonomisini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu noktada, evde sağlık hizmetleri sağlık harcamalarını azaltarak profesyonel bir sağlık ekibi tarafından hastanın bulunduğu ortamda sağlık hizmeti almasını amaçlamaktadır (Vargas-Escobar vd., 2021). Evde sağlık hizmetleri sunulmasındaki asıl mantık takip edilmesi gereken hastaların mevcut ve gerekli sağlık hizmetlerini bütüncül olarak almasını sağlamaktır. Ülkemizde evde bakım hastalarına

yönelik sunulan sağlıkta en önemli adım 2005 tarihinde atılmıştır. 10.03.2005 tarihli “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” resmî gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Fakat bu mevzuat özel sektörün vermiş olduğu sağlık hizmetlerini denetlemekteydi. 2007 ile 2008 yıllarında bu yönetmelikte bazı düzenlemeler yapılmış, 2010 yılına gelindiğinde evde sağlık hizmetleri adına önemli bir gelişme yaşanmıştır. Evde sağlık sunumuna ilişkin yönerge hazırlanmıştır. Hazırlanan yönerge ile evde bakım hastalarının, kamu hastanelerinin sunduğu sağlık hizmetinden yararlanmaları sağlanmıştır. 2015 yılında ise, evde bakım hastalarının sağlık hizmetlerinden faydalanması için çıkartılan yönetmelik resmî gazetede yer almıştır(Çelik ve Toprak, 2018).

2015 tarihinde yayınlanan bu yönetmelik aslında evde bakım hastalarının yararlanacağı ve sağlık profesyonellerinden alacağı sağlık sunumunun koordinasyonunu içermekteydi. Bu uygulamalarda il bazlı koordinasyondan il sağlık müdürlüklerinin sorumlu olduğu ifade edilmekteydi (Çelik ve Toprak, 2018;Doğusan, 2019).

Öte yandan 2015 yılında çıkarılan yönetmelik ile, evde sağlık hizmetlerinin sunumunun yalnızca hastaneler tarafından değil, halk sağlığı ve toplum sağlığı merkezleri tarafından da verilmesi sağlanmıştır. Bu merkezlerde hasta verilerine daha kolay ulaşabilmek amacıyla “Halkı Sağlığı Bilgi Sistemi” oluşturulmuştur. Bu yönetmelikte evde sağlık hizmet birimleri hakkında bazı noktalar açıklığa kavuşmuştur. T tipi (Toplum Sağlığı Merkezi), H (Hastane) tipi ve D (Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri) tipi şeklinde hizmet birimleri tanımlanmıştır. Hizmet birimleri arasında özellikle “T tipinin öncelikli amacı evde sağlık hizmetlerini sunmaktır” ifadesi göze çarpmaktadır. Evde sağlık hizmet alma kriterleri, sağlık hizmeti süresince dikkat edilmesi gerekenler, evde sağlık hizmetlerinin sonlandırılması ve bu hizmetlerde hangi sağlık profesyonellerinin yer alacağı açıklığa kavuşmuştur(Çelik ve Toprak, 2018). 2017 yılında ise, mevzuat değişikliği yapılmadan evde sağlık hizmetleri sunumunda radikal değişiklikler yapılmıştır. Evde sağlık hizmetlerinin sunumunun ikinci basamak sağlık kuruluşları tarafından yürütülmesi kararlaştırılmıştır. İkinci basamak sağlık kuruluşları içerisinde bir ünite olarak yer alan evde sağlık hizmetleri, evde sağlık gereksinimi olan hastalara sağlık hizmetlerinin verilmesi sağlanmıştır(Doğusan, 2019).

Evde sağlık hizmetlerinin etkin şekilde sunmak bir ekip işidir. Bu ekibin içerisinde hekim, hemşire, sağlık teknikeri, gerekli durumlarda fizyoterapist, diyetisyen,

psikolog, diş hekimi yer almaktadır. Bütün bu ekip üyelerinin, evde bakım hastalarının bakım vericileri ile koordineli şekilde hareket etmeleri önem arz etmektedir(Rosen vd., 2018).

Ülkemizde evde sağlık hizmetleri biriminin hizmet verdiği hasta grupları şu şekilde sıralanmaktadır (Doğusan, 2015; Tekin, 2018).

- Nörolojik hastalığa sahip bireyler,
- Eklem hastalıklarına sahip bireyler,
- Kalp rahatsızlığı olan hastalar
- Endokrinolojik hastalığa sahip bireyler,
- Kanseri hastaları
- Akciğer rahatsızlıkları bulunan hastalar,
- Ortopedik hastalar,
- Psikiyatrik hastalığa sahip bireyler,
- Kronik hastalığı bulunan hastalar,

Günümüzde evde bakım hastaları sağlık gereksinimlerinin karşılanması amacıyla; amacıyla Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulmuş olan 4443 833 numaralı hattı kullanmaktadırlar. Bu hat hasta veya bakım vericiyi kendilerine en ulaşılabilir birimlere yönlendirilmektedir. Mevcut il sağlık müdürlüğü bünyesinde kurulmuş olan il evde sağlık koordinasyon birimleri bulunmaktadır. Çağrı merkezinden alınan başvuru bu birimlere yönlendirilmektedir. İl evde sağlık koordinasyon merkezleri hastanın bilgilerini aldıktan sonra hastanın ikametgahına göre hizmet ataması yapmaktadır. Hizmet ataması yapılan evde sağlık hizmetleri birimi ise başvuru yapılan hastayı ilk 24 saat içerisinde arayarak hastanın ziyaret edileceğini belirtip randevu oluşturmaktadır. Genellikle ilk ziyarette hekim hastayı değerlendirerek evde sağlık hizmeti gereksinimi olup olmadığına karar vermektedir. Evde sağlık hizmeti alması uygun görülen hastalar ile planlama yapılarak kayıt oluşturulmaktadır. Hekim tarafından evde sağlık hizmeti gereksinimi alması uygun görülmeyen hastalara ise hizmet sonlandırılması yapılmaktadır (Tekin, 2018).

2.5 İnmeli Hasta ve Evde Sağlık Hizmetleri

Evde sağlık hizmeti alan hastaların oranlarına bakıldığında ilk sırada inmeli hastaların olduğu görölmektedir(Sahbaz ve Medin-Ceylan, 2023). İnme, hastaneden taburculuk sonrasında multidiscipliner ekip anlayışı ile bakım gerektiren komplike bir

sendromdur. Dolayısıyla rehabilitasyon sürecinde yalnızca hastalar ve sağlık çalışanları değil, hasta, hastanın bakım vericileri ve sağlık çalışanlarının birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir (Jarva vd., 2021).

İnmeli hastaların hastane süreci ve sonrasında bakımı oldukça zor ve karmaşıktır. Çünkü inmeli hasta hayatının büyük bir kısmını yarı bağımlı ya da tam bağımlı olarak devam ettirmek zorunda kalmaktadır. Günlük yaşam aktivitelerini eskisi gibi yerine getirememekte ve yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir(Çalışkan vd., 2021). İnmeli evde bakım hastalarının sağlık kuruluşlarından taburculuk sonrası ev ortamında tedavi aldığı görülmektedir. Ev ortamında ise bir informal bakım verici hastaların bazı tıbbi tedavilerine yardımcı olmak ve bakım sağlamak amacıyla hizmet sunmaktadır. Tıbbi bakım gereksinimleri ise hastanelerin evde sağlık hizmetleri birimi tarafından yürütülmektedir. İnmeli evde bakım hastaları diğer evde bakım hastaları gibi evde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir(Pindus vd., 2018).

Hastalar, inme sonrasında, inme komplikasyonları, düşme, malnütrisyon gibi problemler, basınç yarası ve fonksiyonelliğin bozulmasına yönelik durumlar ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Bütün bu komplikasyonlar ile istenmeyen durumların önlenmesi içinde evde sağlık hizmetleri ekibine önemli görevler düşmektedir. İnmeli hastaların düzenli kan basıncı değerlendirilmesi, kan lipid düzeylerinin kontrolü, aspirasyon pnömonisi açısından değerlendirilmesi ve basınç yarası varlığı her hasta ziyaretinde ele alınmalıdır. Öte yandan bu hasta grubunun geneli tam bağımlı ve yarı bağımlı olduğu için kas eklem rahatsızlıkları da sıklıkla görülebilmektedir. Kontraktür, deformite ve atrofinin önlenmesi için, hastalara uygun yatak içi egzersiz yaptırılması gerekmektedir. Gerekli durumlarda fizyoterapist desteği hakkında bilgi verilmelidir. İlaç kullanımı ve polifarmasi üzerinde durulması gereken başka bir konudur. İleri yaşa sahip inmeli hastaların birden fazla rahatsızlık ve kronik hastalıkları olduğu düşünüldüğünde fazla sayıda ilaç kullanabilmektedirler. Bu nedenle evde sağlık ekibi tarafından hasta ve bakım vericiler doğru şekilde yönlendirilmelidir(Scheffler ve Mash, 2020; Bilgili ve Gözüm, 2014).

Emboli ve inmenin tekrarlama riski bu hasta grubunda görülebilecek bir diğer komplikasyondur. Yatağa bağımlı olma ve hareket kısıtlılığı emboli riskini artırmaktadır. Evde sağlık hizmetleri ekibinin hastaları olası riskler açısından gözlemlmeleri ve gerekli takipleri yapmaları bu riskleri azaltmaktadır. Öte yandan

bakım vericilerin de bu konuda eğitilmesi olası riski azaltmaktadır(Chen vd., 2022;Vickery, 2018).

Gastrointestinal sistem kaynaklı sorunlar da inmeli hastalarda sıklıkla görülebilmektedir.Konstipasyon ve diyare gibigastrointestinal sistem bozukluklarına ilişkin gerekli önlemlerin alınması evde sağlık hizmetleri biriminin sorumlulukları arasındadır (Che vd., 2023;Bilgili ve Gözüm, 2014).Sağlıklı bireyler öz bakım ve hijyenik bakıma ilişkin gereksinimlerini karşılarken, inmeli evde bakım hastaları bu gereksinimlerini karşılamakta zorlanmaktadırlar. Bu bağlamda evde sağlık hizmetleri ekibi inmeli hastaların bakım vericilerine gerekli eğitim ve danışmalığı vermeli, bakıma yönelik sorularınıgidermelidir. İnmeli evde bakım hastalarının yaşam kalitelerinin yükseltilmesi, optimum sağlığın korunması için evde sağlık hizmetlerinin sürekliliği sağlanmalıdır. Özetle hastaların olası komplikasyonları ve meydana gelebilecek risk faktörleri evde sağlık hizmetleri sunumunda öncelikli durum olarak ele alınmalıdır(Bilgili ve Gözüm, 2014).

2.6 İnmeli Evde Bakım Hastalarının Bakım Vericileri

Bakım verme, bakma eylemi, bir şeyin gelişmesi, daha iyi duruma dönüşmesi için verilen emek veya bireyin beslenmesi, giyinmesi vb. gereksinimleri üstlenmekanamlarına gelmektedir(Gül, 2019). Bakım verici ise, bakım alan birey veya hastalarda mevcut olan sorunların giderilmesi, günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesinde yardımcı olan kişiler olarak ifade edilmektedir(Fertelli ve Özkan, 2019). Bakım vericiler, bakım gereksinimi olan hastaların tıbbi olmayan bakımı dışında zaman zaman tıbbi bakım gereksinimi ile de ilgilenebilmektedir. Örneğin, hastanın ilaçlarını düzenli olarak alması, hastalık semptomlarının yönetimi, olası komplikasyon durumlarında sağlık personellerine bilgi verilmesi bunlar arasındadır. Öte yandan hastanın öz bakım, hijyenik gereksinimleri, beslenme gereksinimlerinin karşılanması gibi bakıma yönelik eylemlerini de yönetmekle sorumludurlar. İnmeli evde bakım hastalarının geneli yatağa bağımlı olmaları ve uzun süre bakım almalarından dolayı bakım vericiler bu hastaları yalnız bırakamamaktadırlar (Hekmatpou vd., 2019). Evde bakım hastalarının bakımı bizim ülkemizde kültürel yapımız ve aterkil bir toplum yapısına sahip olmamız nedeniyle çoğunlukla aile fertleri tarafından yapılmaktadır. Primer bakım vericilerin genellikle hastanın çocukları veya eşi olduğu görülmektedir. Ayrıca bakım vericilerin büyük çoğunluğunu kadınların oluşturduğu tespit edilmiştir (Akçoban ve Eskimez, 2023). Dolayısıyla inmeli evde bakım hastalarının primer bakım

vericilerinin de kadın cinsiyete sahip aile fertleri olduğu bildirilmektedir (Çetinkaya ve Dönmez, 2023).

İnmeli evde bakım hastalarının hem tıbbi gereksinimleri hem de tıbbi olmayan gereksinimlerine ilişkin görev almak bakım vericiler üzerine önemli bir sorumluluk yüklemektedir. Bu sorumluluk kaygısı ise bakım yüküne sebep olmaktadır. Bakım vericinin kendi sorumlulukları, herhangi bir işte çalışmakta zorlanma, fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik yönden yıpranma bu yükün etkisini artırmaktadır. Öte yandan inmeli evde bakım hastalarının bakım vericileri sosyal açıdan izole durumdadırlar. Hastanın bakımı, ev işleri, herhangi bir işte çalışamama, bakım vericinin kronik hastalıkları bakım vericilerin bakım yükü, sosyal destek algıları ve yaşam kalitelerini etkilemektedir(Sajwani-Merchant vd., 2023;Çetinkaya ve Dönmez, 2023).

2.7 İnmeli Evde Bakım Hastalarının Bakım Vericilerinin Yaşadıkları Güçlükler

İnmeli evde bakım hastalarının bakım vericileri, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik alanlarda güçlüklerle karşılaşmaktadırlar(Çetinkaya ve Dönmez, 2023).

2.7.1 Fiziksel Alanda Yaşanan Güçlükler

İnmeli hastaların bakım vericilerindeuykusuzluk, baş ağrısı, iştahta azalma, gereğinden az beslenme ve solunum rahatsızlıkları gibi fiziksel rahatsızlıklar görülebilmektedir. Yapılan araştırma sonuçlarında inmeli evde bakım hastalarının bakım vericilerinde fiziksel ve psikolojik sağlıklarında bakım sonrası bozulma meydana geldiği tespit edilmiştir(S. Lin, Wang, vd., 2022). Sahbaz ve Medin-Ceylan (2023) inmeli evde bakım hastaları ve bakım vericileri ile yaptıkları araştırmalarında, bakım vericilerin yüksek oranda kas-iskelet sistem rahatsızlıkları yaşadıklarını bildirmişlerdir (Sahbaz ve Medin-Ceylan, 2023).

2.7.2 Psikolojik Alanda Yaşanan Güçlükler

İnmeli hastalara bakım verme hastayı olduğu kadar bakım veren bireyi de olumsuz yönde etkilemektedir. Bakım vericiler, öfke, ümitsizlik, kaygı, ölüm korkusu, stres, kızgınlık ve bakımı kabullenememe gibi duygular yaşayabilmektedirlerBakım vericilerin ilk defa uzun süreli bir hasta bakımını deneyimlemeleri yaşadıkları kaygı, stres, bakımı kabullenememe duygusunuartırmaktadır(Loh vd., 2017). Omar ve diğerleri (2021)'nınaraştırmalarında, bakım verenlerin hastalara bakım verme sürelerinin artmasıyla bakım verenlerde psikolojik problemlerin arttığı belirlenmiştir. Ayrıca bu kişilerde; stres, anksiyete, ümitsizlik ve depresif semptomların görüldüğünü

saptamışlardır(Omar vd., 2021).Başka bir araştırmada ise, inmeli evde bakım hastalarının bakım vericilerinin bakım yükünün yüksek olduğu bu yükün ise bakım vericilerin ümitsizlik, kaygı, stres ve depresyon yaşamalarına neden olduğu bulunmuştur(Hu vd., 2018).

İnmeli evde bakım hastalarının bakım vericileri aile bireyleri olduğunda, bazen olumsuz duygularını saklayarak daha çok hastayı motive etme ve hastada var olan komplikasyonlarla ilgili konuşmamayı tercih etme durumunda kalmaktadırlar. Bunun sonucunda ise bakım vericilerin öfkesi artabilmektedir (Varughese vd., 2022).

2.7.3 Sosyal Alanda Yaşanan Güçlükler

Evde bakım hastalarının bakım vericileri, ağırlıklı olarak aile bireylerinden oluşmaktadır. Bu bağlamda inmeli evde bakım hastalarının bakım vericilerini de genellikle aile fertleri oluşturmaktadır(Wagachchige Muthucumarana vd., 2018).

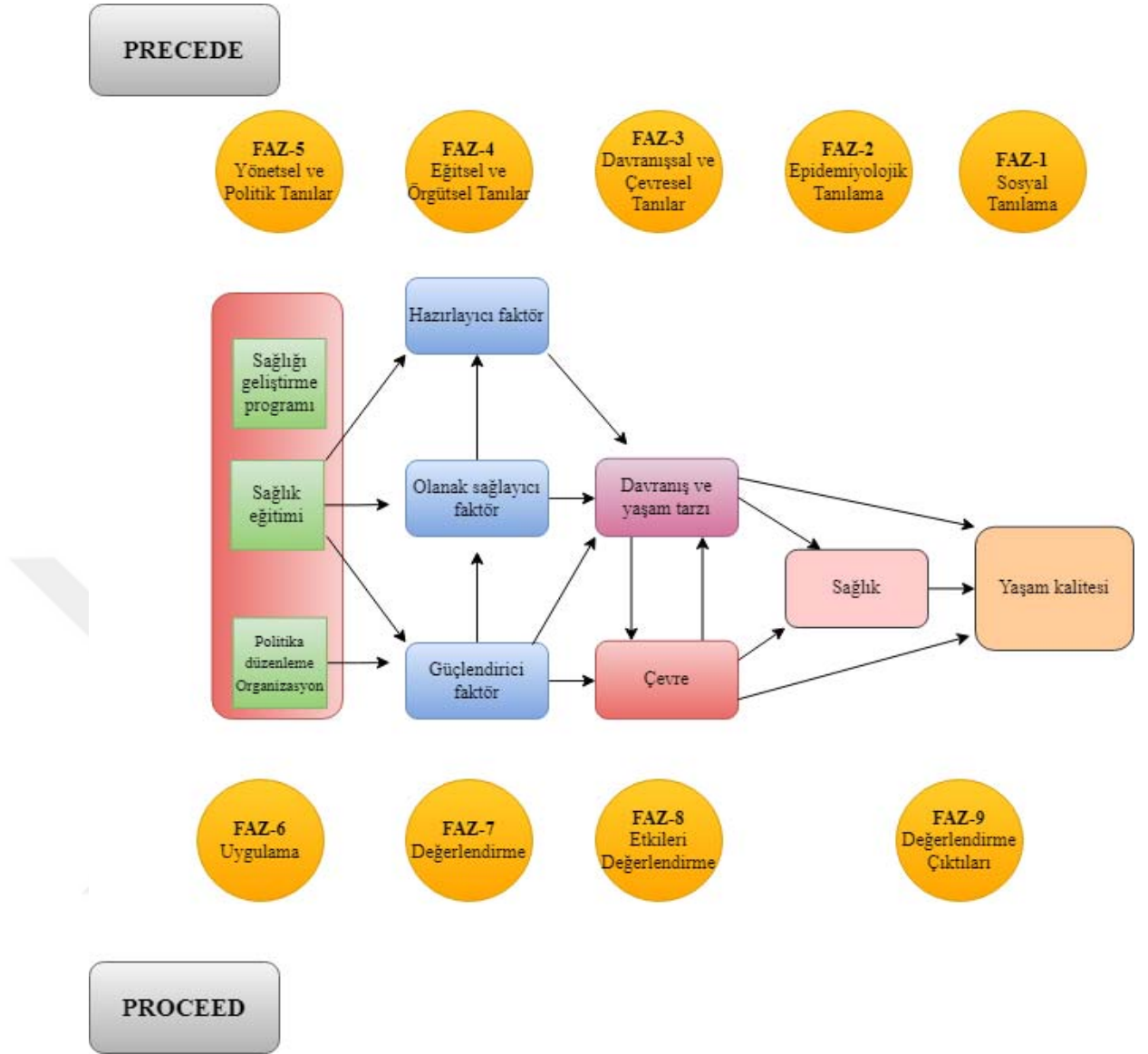
Bakım veren aile fertlerindesosyal etkileşimde azalma, aile içi ilişkilerde bozulma, eğitim hayatlarını sürdürmede güçlük, rollerini yerine getirmede değişim gibi olumsuz durumlar görülebilmektedir. Hastaya bakım veren bireyin kendi aile fertlerine yeterince zaman ayıramamasının, aile içi ilişkilerde bozulma ve ailevi rolleri yerine getirmede zorlanma gibi sorunlara yol açtığı bildirilmektedir(Tosun ve Temel, 2017;López-Espuelavd., 2018).İnmeli hastaların bakım vericilerine yönelik yapılan bir araştırmada evde bakım alana inmeli hastalara bakım veren aile fertlerinin zamanının büyük bir kısmını hasta ile geçirmesinden dolayı, sosyal etkileşimlerininazaldıkları ve sosyal izolasyon yaşadıkları tespit edilmiştir(Efi vd., 2017).

2.7.4 Ekonomik Alanda Yaşanan Güçlükler

İnmeli evde bakım hastalarının tedavilerinin uzun sürmesi, sağlık kurumlarına tekrarlı yatışlarının olması ve inme kaynaklı çok sayıda komplikasyonun görülebilmesi sebebiyle hastaya bakım veren aile fertleri işten ayrılmak durumunda kalabilmektedir(Lou vd., 2017).Yapılan bir araştırmada yatağa bağımlı evde bakım hastalarının bakım vericilerinin ekonomik yetersizlikleri arttıkça bakıma yönelik kaygılarının arttığı bulunmuştur (Gök ve Çatıker, 2019).Başka bir araştırmada ise, inmeli evde bakım hastalarına bakım veren aile fertlerinin hastanın tedavi masraflarını karşılamak amacıyla birikimlerini kullandıkları, borçlandıkları ve maddi kayıplar yaşadıkları saptanmıştır(Fadhilah ve Permanasari, 2020).

2.8 Precede-Proceed Model

PrecedeModel Green, Kreuter ve arkadaşları tarafından 1970'li yıllarda bireylere sağlıklı yaşam davranışı geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek, olumlu davranış değişikliği sağlamak amacıyla geliştirilmiştir. Bu modelde yalnızca sağlık davranışı üzerine odaklanılmıştır. Çevresel faktörlerin sağlık davranışı üzerindeki etkisi dikkate alınmamıştır (Green ve Kreuter, 1999). 1980'li yıllara gelindiğinde, birey sağlığının sadece sağlık davranışı ile ilişkili olmadığı dolaylı yollardan çevresel faktörlerin de etkili olduğu fikri ön plana çıkmaya başlamıştır. Sağlığın gelişmesinde, politik ve örgütsel düzenlemelerin de yapılması öngörülerek çevresel faktörlerin de incelenmesi gerektiği düşünülmüştür. Bu bağlamda Green, Kreuter ve diğerleri sağlığı geliştirmede; planlama ve değerlendirme boyutlarına da odaklanarak Proceed modelini geliştirmişlerdir (Parvanta vd., 2002). İlerleyen yıllarda Precede ve Proceed Model birlikte kullanılmaya başlanmış ve Precede-Proceed Model ismini almıştır. Precede-Proceed Model sağlığı iyileştirmek amacıyla davranış değişikliği sağlarken birçok faktörü dikkate almaktadır. Toplumsal sağlığı geliştirecek, sağlıklı yaşam davranışı kazanmada izlenecek adımları detaylı şekilde ele almaktadır. Uzun yıllardır sağlık alanında yapılan araştırmalarda bu model kullanılmaktadır (Kim vd., 2022). Model ve aşamaları şekil 1'de gösterilmektedir (Parvanta vd., 2002).



Şekil 2. 1 Precede-Proceed Model

Precede-Proceed Model dokuz aşamadan oluşmaktadır ve her bir faz aşama olarak ifade edilmektedir. Modelin ilk beş fazı Precede aşamasından oluşurken, son dört faz ise Proceed aşamasından oluşmaktadır. Sırasıyla; sosyal tanılama, epidemiyolojik tanılama, davranışsal ve çevresel tanılar, eğitsel ve örgütsel tanılar, yönetsel ve politik tanılar Precede aşamasını oluştururken; uygulama, değerlendirme, etki değerlendirme ve değerlendirme çıktıları ise Proceed aşamasını oluşturmaktadır (Murali vd., 2019).

FAZ 1 Sosyal Tanılama: Bu aşamada var olan ya da olduğu düşünülen sorun hakkında veri toplanılarak bilgi edinilir. Var olan sorunlar sosyal sorunlar açısından ele alınır. Sağlığı bozan ve yaşam kalitesini düşüren sosyal nedenler saptanarak, çıktılar belirlenir. Sosyal tanılama fazında veri toplamak amacıyla çeşitli veriler toplanmaktadır. Veri

toplama metodu olarak odak grup görüşmeleri, ev ziyaretleri, anket, gözlem ve kaydedilmiş dosyalar kullanılmaktadır (Özvarış, 2001).

FAZ 2 Epidemiyolojik Tanılama:Epidemiyolojik tanılama aşamasında hedef kitlenin kimlerden oluştuğu, beklenen sonuçların ve uygulanacak programın hedef kitleye sağlayacağı yararların ne şekilde olacağının incelendiği aşamadır. Ayrıca bu aşamada istenilen yararın ne zaman ortaya çıkacağı da belirlenir. Epidemiyolojik tanılama fazında, sağlık dışındaki çevresel ve davranışsal problemler ele alınmaktadır. Ele alınan sağlık dışındaki problemlerin sebep olduğu etkiler ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki değerlendirilir. Epidemiyolojik tanılamada veri sağlamada, istatistikler, prevelans, insidans ve ölüm oranları kullanılabilir (Özvarış, 2001; Soedirham, 2017).

FAZ 3 Davranışsal ve Çevresel Tanılar:Davranışsal ve çevresel tanılarda epidemiyolojik tanılama fazında belirlenen sağlık sorunlarının detaylı analizinin yapıldığı aşamadır. Sağlık sorunlarına sebep olan ve kontrol edilemeyen unsurlar saptanır. Örneğin; genetik faktörler, bireyin yaşı, kronik hastalıklar, iklim koşulları ve yaşama alanı gibi çevresel faktörler olabilmektedir. Özetle bu aşamada hem çevresel hem de davranışsal faktörler belirlenerek önem sırası yapılmaktadır. Önem sırasına göre hedeflenen program oluşturulmaktadır (Calano vd., 2019).

FAZ 4 Eğitsel ve Örgütsel Tanılar:Bu aşamada, sağlığın geliştirilmesine ve yaşam kalitesinin yükseltilmesine katkı sağlayan eğitimle değiştirilebilmesi olanaklı sağlık davranışları tespit edilir. Olumlu hale dönüştürülmesi istenen eylem belirlenirken hazırlayıcı, olanak sağlayıcı ve güçlendirici faktörler de tespit edilir. Hazırlayıcı faktörler, sağlık davranışını, yaşam kalitesini yükselten ve eğitim ile değiştirilebilen faktörlerdir. Örneğin, sağlık tutumu, sağlık inançları ve sağlık bilgi düzeyleri verilebilir. Olanak sağlayıcı faktörler, sağlık davranışın ve yaşam kalitesini yükseltmeyi olanaklı kılan faktörlerdir. Güçlendirici faktörler, olumlu yöndeki sağlık davranışının yükseltilmesini olumsuz olan sağlık davranışının da azaltılmasını amaçlayan ceza ve ödüdür (Calano vd., 2019; Garcia vd., 2019).

FAZ 5 Yönetmelik ve Politik Tanılar:Bu aşamada son planlama yapılır ve eğitim programının içerisine yerleştirilir. Yönetmelik tanı, sağlık davranışını ve yaşam kalitesini yükseltecek politika, kaynak ve koşulların oluşturulmasını kapsamaktadır. Politik tanı, sağlık davranışı ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi hedeflerinin mevcut kural ve yönetmeliklere uygunluğunun incelenmesidir (Özvarış, 2001; Garcia vd., 2019).

FAZ 6Uygulama:Hedeflenen programın (sağlığın geliştirilmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve olumlu davranışların kazanılması)uygulanmasıdır(Parvanta vd., 2002).

FAZ 7 Değerlendirme: Yapılan müdahalelerin hedeflenen sağlık davranışına olan etkisi değerlendirilir(Parvanta vd., 2002).

FAZ 8 Etki Değerlendirme: Hazırlayıcı, olanak sağlayıcı ve güçlendirici faktörlerin sağlık eylemleri, yaşam şekli ve çevresel etkenlere ilişkin olumlu olumsuz yansımaları tespit edilir (Parvanta vd., 2002).

FAZ9 Değerlendirme Çıktıları: Yapılan müdahalenin sağlık üzerindeki yarattığı etkinin ortaya konmasıdır (Parvanta vd., 2002).

2.9 Precede-Proceed Modelin Araştırmalarda Kullanımı

Precede-Proceed Model sağlık alanında çok sayıda araştırmada kullanılmaktadır(Kim vd., 2022).Ülkemizde bu modele dayalı araştırmalar sınırlı sayıda olsa da yurt dışında çok sayıda yapılmış araştırmaya rastlanılmaktadır. Yapılan araştırmalarda, sağlık davranışını iyileştirecek bir model olduğu görülmektedir. Ayrıca yapılan araştırmaların yapılacak araştırmalara ışık tutması açısından da Precede-Proceed Model ve modelin sağlık sonuçları üzerindeki etkisi önemlidir. Örneğin; Azar ve diğerleri (2018) Tip 2 diyabetli hastalar ile yaptıkları araştırmalarında bir grup hastaya Precede-Proceed temelli ve öz yönetim teorisine dayalı eğitim vermişler diğer gruba ise yalnızca öz yönetim teorisine dayalı eğitim vermişlerdir. Böylece Tip 2 diyabetli hastalarda öz bakım davranışlarını değerlendirmişlerdir. Araştırma sonucunda her grupta da öz bakım davranışlarında olumlu düzeyde bir değişiklik olduğu; fakatPrecede-ProceedModel temellieğitim sonrasında daha yüksek ve anlamlı düzeyde bir artış olduğu bulunmuştur(Azar vd., 2018).Hipertansiyonlu hastalar ile yapılan başka bir araştırmada ise, hastalara Precede-Proceed temelli eğitim programı uygulanmış iki ay sonra yapılan değerlendirmede; hastaların hipertansiyona uyum süreci, kan basıncı kontrolü ve hipertansiyon bilgi düzeylerinde iyileşmeler olduğu belirlenmiştir (Calano vd., 2019).Sezgin ve Esin (2018) yoğun bakım hemşirelerinde Precede-Proceed Model doğrultusunda verilen eğitimin kas-iskelet sistemi ağrı düzeyleri ve ergonomik risk faktörleri üzerindeki etkisini incelemişlerdir. Araştırma sonucunda Precede-ProceedModel doğrultusunda eğitim programı uygulanan hemşirelerde kas-iskelet sistemi ağrıları ve ergonomik risk faktörü düzeylerinin azaldığı bulunmuştur(Sezgin ve Esin, 2018). Precede-Proceed Modele dayandırılarak verilen eğitim programlarının

hastalar, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları üzerinde olumlu etkisi olduğu ve olumlu sağlık davranışı kazandırdığı literatürde yapılan diğer çalışma sonuçları ile desteklenmektedir (Rakhshani vd., 2024;Jeihooni vd., 2019;Hlaing vd., 2019).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Hipotezleri

H_{1.1}: İnmeli evde bakım hastalarının bakım vericilerine Precede-Proceed Modeli doğrultusunda verilen eğitimin bakım vericilerin bakım tepkileri üzerine olumlu etkisi vardır.

H_{1.2}:İnmeli evde bakım hastalarının bakım vericilerine Precede-Proceed Modeli doğrultusunda verilen eğitimin bakım vericilerin sosyal destek düzeylerine olumlu etkisi vardır.

H_{1.3}:İnmeli evde bakım hastalarının bakım vericilerine Precede-Proceed Modeli doğrultusunda verilen eğitimin hastaların mortalite oranına etkisi vardır.

H_{1.4}:İnmeli evde bakım hastalarının bakım vericilerine Precede-Proceed Modeli doğrultusunda verilen eğitimin hastada oluşabilecek komplikasyonları azaltır.

H_{1.5}:İnmeli evde bakım hastalarının bakım vericilerine Precede-Proceed Modeli doğrultusunda verilen eğitimin hastanın hastaneye tekrarlı başvurularını azaltır.

3.2. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Yarı deneysel düzende, öncesi ve sonrası değerlendirme ile yapılan kontrol grubu kendisi olan tek örneklemlili bu araştırma 18.07.2023-18.12.2023 tarihleri arasında Adana ili sınırları içerisinde bulunan Kozan Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'nde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır.(Ek-1, 22.05.2023; Karar No:2023/51). Araştırmanın yapıldığı sağlık kurumu için Adana İl Sağlık Müdürlüğünden onay (Ek-2, 17.07.2023 tarihli, E-96172664-050.06.04-219911734 sayı numarası) alınmıştır. Araştırma kapsamında hasta ve bakım veren bireylerin kişisel bilgilerinin gizliliği gözetilmiştir. Dolayısıyla elde edilen bilgilerin yalnızca araştırmada kullanılacağına dair sözlü ve yazılı onam hem bakım veren bireylerden hem de hastalardan alınmıştır. (Ek-3, Ek-4). Araştırma süresince Helsinki Bildirgesi esas alınmıştır. Kullanılan ölçeklerin geçerlilik güvenirliğini yapan yazarlardan ise e-posta yoluyla izin alınmıştır (Ek-14,15,16,17).

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmaya ilişkin evreni, Adana Kozan Devlet Hastanesinden sağlık hizmeti alan $N=292$ innmeli evde bakım hastası ve hastaların bakım vericileri oluşturmuştur. Bu araştırma için Adana İl Sağlık Müdürlüğü Kozan Devlet Hastanesinden yararlanan innmelievde bakım hastalarıve hastaların bakım vericileri olmak üzere iki farklı evren ve örneklem seçilmiştir.Örneklem hesabında G*Power paket programından yararlanılmıştır. Bu araştırma ile benzer bir çalışmaya rastlanmadığı için Cohen tarafından standardize edilmiş etki büyüklüğü kullanılmıştır(Cohen, 2013). Araştırma yarı deneysel düzende öncesi ve sonrası şeklinde değerlendirilmiştir. Dolayısıyla innmeli evde bakım hastalarının bakım vericilerine verilen eğitim sonrası sosyal destek algı düzeyleri, bakım verme tepki düzeyleri ve hasta sonuçlarının farklılık gösterip göstermediği normal dağılım sağlanırsaTekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanılması öngörülmüştür. Bu doğrultuda, düşük etki büyüklüğü (0.2) ile α hata=0.05, (1- β hata) =0.95 olacak şekilde çalışma öncesi örneklem hesabı yapılarak ($n=66$) bireye ulaşılması gerektiği saptanmıştır. Olası kayıplar (çalışma esnasında hasta ve bakım veren bireyin hayatını kaybetmesi, araştırmaya katılmayı kabul etmeme, araştırma esnasında hastalanma vb.) düşünüldüğündeörneklem büyüklüğünün %10'ueklenerekçalışmaya ($n=73$)bakım verici ve ($n=73$) hastanın dahil edilmesinin uygun olacağı değerlendirilmiştir.18.07.2023-18.12.2023 tarihleri arasında 77 bakım verici ve 77 innmeli evde bakım hastası araştırmaya katılım açısından değerlendirilmiştir. Eğitim öncesi değerlendirme aşamasında ($n=5$) bakım vericinin araştırmaya katılmayı kabul etmemesi ve ($n=2$) innmeli evde bakım hastasının hayatını kaybetmesi nedeniyle araştırmaya dahil edilmemiştir. Eğitim öncesi değerlendirme, eğitim aşaması, ilk değerlendirme ve son değerlendirme olmak üzere katılım sağlayan ($n=70$) bakım verici ve ($n=70$) hasta ile araştırma tamamlanmıştır.

3.5. Örneklem Ölçütleri

Araştırmaya dâhil olma ölçütleri

a) 1. Örneklem araştırmaya katılım kriterleri:

- ✓ Yarı bağımlı ya da tam bağımlı innmeli evde bakım hastasına bakım veren bireylerden araştırmaya katılmayı kabul edenler,
- ✓ Herhangi bir iletişim sorunu olmayan,
- ✓ Mental rahatsızlığı bulunmayan,

- ✓ 18 yaşından büyük bakım vericiler dahil edildi.

b) 2. Örneklemin araştırmaya katılım kriterleri:

- ✓ Yarı bağımlı ya da tam bağımlı inmeli evde bakım hastaları,
- ✓ Yetişkin hastalar,
- ✓ Yasal vasisi ya da kendileri araştırmaya dahil olmayı kabul eden hastalar,

Araştırma dışı kalma kriterleri:

- ✓ Bakım vericilerin ya da hastaların araştırmaya katılmayı reddetmesi,
- ✓ Bakım vericilerin bakım vermeyi bırakması ya da hastanın araştırma esnasında hayatını kaybetmesi.

3.6 Araştırma Planı

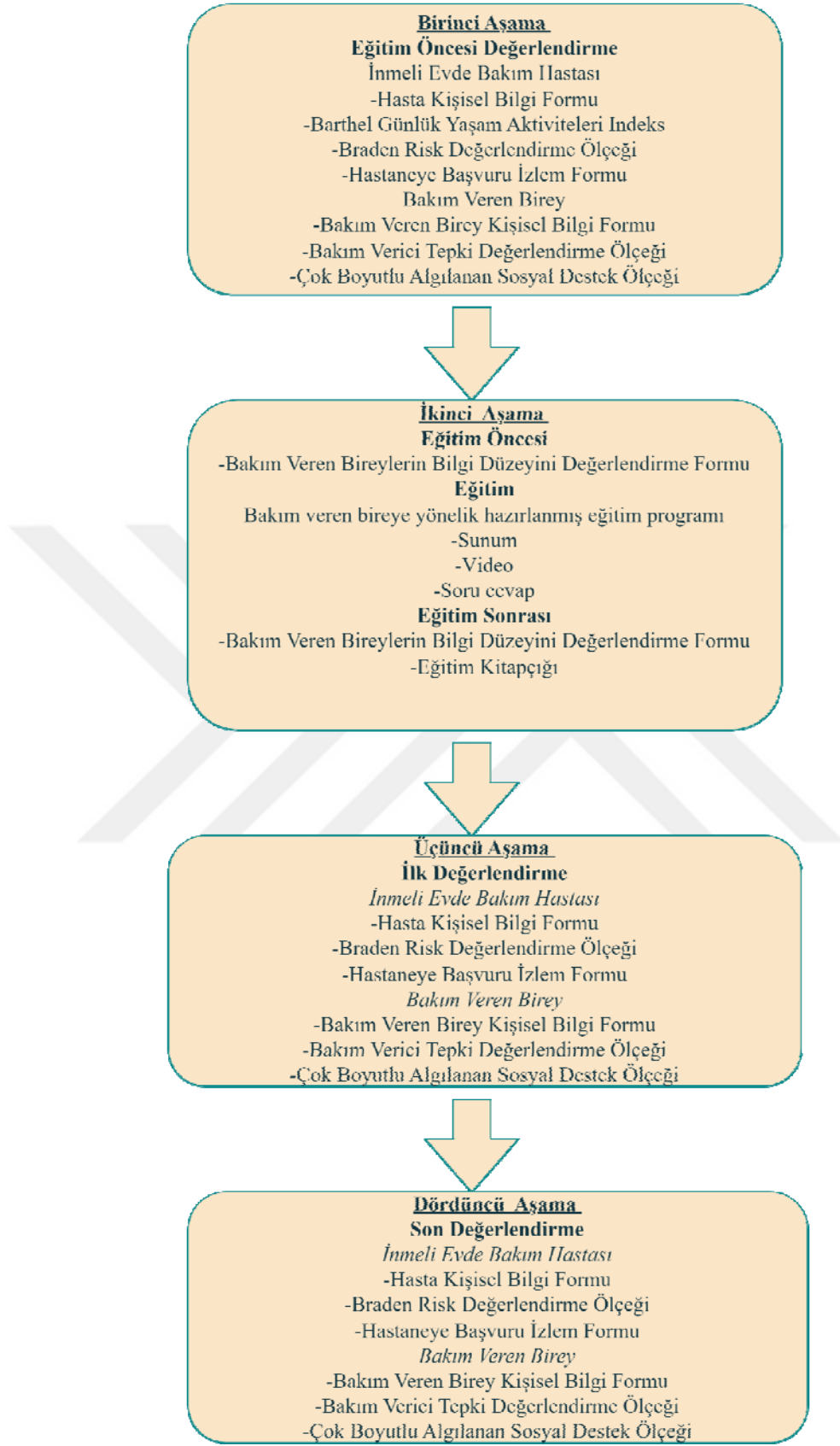
Araştırma verilerinin toplanması *dört aşamada* gerçekleştirilmiştir. İlk aşamada araştırma verileri bakım veren bireyler için eğitim öncesi hastanede, hastalar için ise ev ziyaretleri ile toplanmıştır. Precede-Proceed Modele temellendirilmiş eğitim öncesi innmeli hastaların bakım vericilerine; eğitimin hangi amaçla yapıldığı, eğitimin içeriği, eğitimin nerede ve ne şekilde yapılacağına ilişkin bilgi verilmiştir. İkinci aşamada bakım vericilere yönelik hastanenin toplantı salonunda Precede-Proceed Modele temellendirilmiş eğitim programı uygulanmıştır. Eğitime başlamadan önce bakım vericilerin bilgi düzeyini değerlendirme amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan bilgi formu bakım vericiler tarafından doldurulmuştur. Eğitim programında araştırmacı tarafından hazırlanan sunum, video desteği ile bilgilendirme sonrasında bakım vericilere soru-cevap eşliğinde eksik bilgilerinin giderilmesi sağlanmıştır. Planlanan eğitim programı 3 saatlik iki seans şeklinde uygulanmıştır.

Eğitim sonrasında ise bakım vericilerin kazanımlarını değerlendirme amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan bilgi formu bakım vericiler tarafından doldurulmuştur (Ek-5). Öte yandan araştırmacı tarafından hazırlanmış olan eğitim kitapçığı bakım vericilere verilmiştir (Ek-6). Bakım vericilerin olası soruları, yanıt aradıkları yeni problemleri çözmek için eğitim sonrasında da bakım vericiler ile iletişim kurulmaya devam edilmiştir. Bu bağlamda cep telefonu ve sosyal medya üzerinden bakım vericilerin soruları cevaplanarak iletişim kurmaları desteklenmiştir. Eğitim programı belirlenen sayıdaki bakım vericilerin tamamına ulaşp, eğitim bittikten sonra 8. hafta bakım vericiler ve hastaya yönelik ilk değerlendirme yapılmıştır. İlk değerlendirme araştırmanın üçüncü aşaması olup, bakım vericilere yönelik ölçekler kullanılmıştır. Hastalara ise Braden Risk Değerlendirme Ölçeği ile hasta kişisel bilgi formu uygulanmıştır.. İlk değerlendirme ev ziyaretleri şeklinde yapılarak innmeli evde bakım hastaları araştırmacı tarafından gözlemlenmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden bakım vericilerin ise veri toplama formlarını yüz yüze doldurmaları sağlanmıştır. Dördüncü aşama ise eğitimin tamamlanmasından sonraki 16. hafta olup, hasta ve bakım vericilere yönelik son değerlendirme yapılmıştır. Son değerlendirmede ilk değerlendirme ile aynı yöntem uygulanmıştır.

Araştırmaya başlamadan önce tüm bakım vericilere ve hastalara çalışmaya yönelik gerekli açıklamalar yapılarak bilgiler verilmiştir. Araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları, hasta ve bakım vericilere ait bilgilerin çalışma dışında

kullanılmayacağı ifade edilmiştir. Eğitim öncesi değerlendirme, ilk değerlendirme ve son değerlendirmede “Bakım Verici Kişisel Bilgi Formu”, “Bakım Verici Tepki Değerlendirme Ölçeği” ile “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” hastalara ise “Hasta Kişisel Bilgi Formu”, “Barthel Günlük Yaşam aktiviteleri İndeks” ve “Braden Risk Değerlendirme Ölçeği” kullanılmıştır. Ayrıca eğitim öncesi değerlendirme, ilk değerlendirme ve son değerlendirmede inmeli evde bakım hastalarının herhangi bir sağlık kurumuna yatışını değerlendirmek amacıyla “Hastaneye Başvuru İzlem Formu” kullanılmıştır.

Bu araştırma [ClinicalTrials.gov](https://clinicaltrials.gov) adresine “Sakcoba” olarak kaydedilerek [ClinicalTrials.gov](https://clinicaltrials.gov) ID (NCT05901909), Protocol ID (HMKU-KMY-SA-01) alındı. Bu bilgiler mevcut platform üzerinden görüntülenebilmektedir.



Şekil 3. 2 Araştırma Planı

3.7 Bakım Vericilere Yönelik Eğitim Programı

Planlanan eğitimde, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan(Çetinkaya ve Dönmez, 2023;Feigin vd., 2022;Kaya vd., 2018;Z. Liu vd., 2020;Caro vd., 2018)eğitim rehberi, inmeli hastalara bakım veren bireylere yönelik hazırlanmış sunum, araştırmacı tarafından hazırlanmış tam/yarı bağımlı evde bakım hastasına verilecek bakım ile uygun videoların bakım vericilere izletilmesi yer almıştır.

3.7.1 Bakım Vericilere Yönelik Eğitim Programında Yer Alan Konular

- ✓ İnmeli hastalara bakım veren bireylerin hasta bakımında dikkat edeceği ilkeler,
- ✓ Bakım veren bireylerin hastaya vereceği bakımda sosyal destek algılarını güçlendirme,
- ✓ Bakım vericilerin inmeli hastada bakıma ilişkin fiziksel, sosyal, psikolojik açıdan bakım verme davranışlarını güçlendirme,

Hasta bakımına yönelik

- ✓ Hastanın sürekli kullandığı ilaçların takibi,
- ✓ İnmeli evde bakım hastalarına pozisyon değişikliği,
- ✓ Hastanın beslenme durumu,
- ✓ Hastanın boşaltım durumu,
- ✓ Hastanın hijyenik gereksinimleri,
- ✓ Hastada basınç yarası takibi,
- ✓ Üriner kataterizasyon bakımı,
- ✓ Postoperative bakımı,
- ✓ Diyabetik ayak bakımı,
- ✓ Trakeostomi bakımı,

3.7.2 Eğitim Programının Özellikleri

Yer: Bakım vericilere yönelik planlanan eğitim ilgili hastanenin toplantı salonunda yüz yüze yapılmış olup, hastaya yönelik gerekli değerlendirmeler ise ev ziyareti ile yapılmıştır.

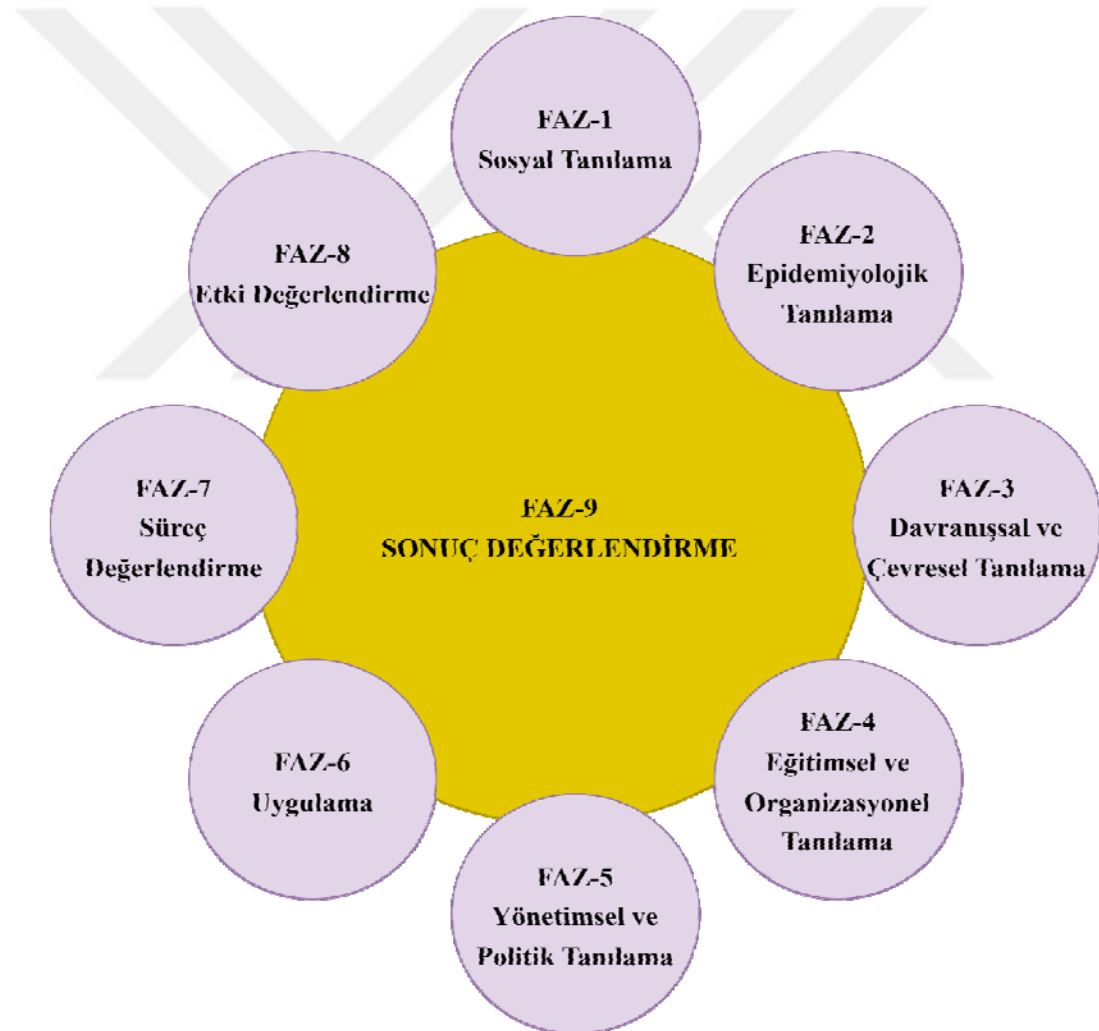
Zaman: Bakım vericilere yönelik planlanan veri toplama araçları ile eğitim öncesi değerlendirme yapılmıştır. Ardından planlanan eğitim programı yüz yüze bakımvericilere uygulanmıştır.Bakım vericilerin soruları cevaplanarak iletişim kurmaları desteklenmiştir. Hasta ve bakım vericilerin eğitim sonrası ilk değerlendirmeleri 8. hafta yapılmıştır. Bakım verici ve hastaların son değerlendirmesi ise eğitim sonrası 16. hafta yapılmıştır.

Eğitim yöntemi ve araç-gereçler: Araştırmacı tarafından belirlenen konu başlıkları ile ilgili bilgilendirmeler yapılmış, yine araştırmacı tarafından hazırlanmış eğitim rehberi bakım vericilere verilmiştir. Ayrıca bakım vericilerin soruları cevaplanmıştır.

İnmeli Hastaların Bakım Vericilerine Yönelik Eğitim Rehberi İçeriği

Eğitim rehberi; İnmeli hasta kavramı, bakım verme kavramı, inmeli evde bakım hastalarının gereksinimleri, inmeli hastaların bakım vericilerinin gereksinimleri, bakım vericilerin sosyal destek algıları, inmeli hastalara bakım vermede dikkat edilecek konular, inmeli evde bakım hastalarında görülebilecek komplikasyonlar ve bakım vericilerin bakım verme tepki düzeylerine yönelik eğitim konularını içermiştir.

3.8 Precede-Proceed Modele göre Uygulama Basamakları



Şekil 3. 3 Precede Proceed Model Uygulama Basamakları

FAZ-1 Sosyal Tanılama

Modelin ilk basamağı olan sosyal tanılama aşaması inmeli hastaların bakım vericilerinin fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunları ile inmeli hastanın var olan sağlık problemlerinin saptanmasını içermiştir. Bu bağlamda;

- ✓ Hastanenin evde sağlık hizmetleri birimindeki hasta kayıtları ve hasta dosyaları incelenerek inme tanısı ile sağlık bakımı alan hastalar ve bakım vericiler belirlenmiştir.
- ✓ Sonrasında bakım vericiler ile yüz yüze görüşme yapılarak bakım vericilerde görülen fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar ile hastada var olan şikayetler kişisel bilgi formuna kaydedilmiştir.

FAZ-2Epidemiyolojik Tanılama

Bu aşamada inmeli evde bakım hastalarının bakım vericileri ve hastalar araştırmanın yapılmaya başlandığı tarihlerde gözlenmeye başlanmıştır. Hekim ve hemşire kayıtları, hastanede mevcut hasta kayıt sistemi detaylı olarak incelenmiştir. Modelin ikinci basamağı olan epidemiyolojik tanılama aşamasında bakım vericilerde kronik hastalık varlığı, destek alma durumu, hasta bakımında yardıma gereksinim duyma durumu, hastaya bakım vermeye başladıktan sonra yaşamda meydana gelen değişiklikler (fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik) belirlenerek yüz yüze görüşme ile kişisel bilgi formuna kaydedilmiştir. İnmeli hastaların kronik hastalıkları, beslenme durumları, hijyenik gereksinimleri, basınç yarası, enfeksiyon bulguları, sağlık kurumuna yatış yaptığı tarihler yüz yüze görüşme ve ziyaret ile belirlenerek kişisel bilgi formuna kaydedilmiştir.

FAZ-3 Davranışsal ve Çevresel Tanılama

Modelin üçüncü basamağı olan davranışsal ve çevresel tanılama aşamasında bakım vericilerde sosyal destek yetersizliği ve bakım uygulamalarına yönelik eksiklikler Bakım Verici Tepki Değerlendirme Ölçeği ve Sosyal Destek Ölçeği ile yüz yüze toplandı ve eğitim öncesi değerlendirme, ilk değerlendirme ve son değerlendirme testindeki değişimler ile belirlenmiştir. Öte yandan bakım vericilerde meydana gelen değişimlere paralel olarak inmeli hastada oluşacak tüm komplikasyonlar, hastaneye tekrarlı başvurular, yüz yüze ziyaret edilerek hastaya yönelik gözlemler ilk değerlendirme ve son değerlendirmede değişimleri ile belirlenmiştir.

FAZ-4 Eğitimsel ve Organizasyonel Tanılama

Bu aşamada planlanan eğitim programının hazırlanması ve eğitim programının uygulanmasına yönelik değerlendirmeler gerçekleştirilmiştir. Araştırmada bakım

vericilere yönelik eğitim programı uygulandı ve hasta sonuçları değerlendirildi. “Eğitimsel ve Organizasyonel Tanılama” aşamasında **“hazırlayıcı faktörler, olanak sağlayıcı faktörler ve güçlendirici faktörlere”**yönelik eğitim içeriği planlanmıştır.

Hazırlayıcı Faktörler

- ✓ Planlanan eğitim programının içeriğinin hazırlanması,
- ✓ Eğitim öncesi değerlendirme ile bakım vericilerin eksiklerine yönelik eğitim içeriğinin tespit edilmesi,

Olanak Sağlayıcı Faktörler

- ✓ Bakım vericilerin eğitim programına katılımının sağlanması,

Güçlendirici Faktörler

- ✓ Bakım vericilerde davranış değişikliği sağlanması,

Hazırlayıcı, olanak sağlayıcı ve güçlendirici faktörlerde belirlenen hedeflerin gerçekleştirilmesinde aşağıdaki yöntemler uygulanmıştır.

- Bakım verici kişisel bilgi formu
- Barthel İndeks
- Braden risk değerlendirme ölçeği
- Bakım verici tepki değerlendirme ölçeği
- Sosyal destek ölçeği
- Hasta kişisel bilgi formu
- Hastaneye başvuru izlem formu
- Bakım vericilere yönelik eğitim kitapçığının hazırlanması
- Bakım vericilere yönelik uygun sunum ve video desteğinin hazırlanması
- Bakım vericilerde davranış değişikliğinin sağlanması

FAZ-5Yönetimsel ve Politik Tanılama

Modelin dördüncü basamağı olan yönetimsel ve politik değerlendirme aşamasında, eğitim programı için işbirliği yapılacak birimlerin belirlenmesi ve sürecin nasıl yönetileceğinin planlaması yapılmıştır. Bu doğrultuda eğitim programının uygulanması için ilgili kurumlardan yasal izinler alınmıştır. Eğitimin yürütüleceği şehirdeki il sağlık müdürlüğü, araştırmanın gerçekleştirileceği sağlık kurumu araştırma hakkında bilgilendirilmiştir. Ayrıca inmeli hasta ve bakım vericilerin sağlık bakım gereksinimlerine yönelik olarak eğitim planı evde sağlık hizmetleri birimi ile koordineli olarak yürütülmüştür. Bu amaçla hastane başhekimliği, sağlık bakım hizmetleri

müdürlüğü ve evde sağlık birimi ile entegre hareket edilerek eğitim planı ve eğitim gereksinimleri birlikte ortaya konulmuştur.

FAZ-6 Uygulama

Bu aşamada planlanan eğitim programının uygulanması yer almıştır. Araştırmada bakım vericilere yönelik eğitim programı uygulanmıştır.

FAZ-7 Süreç Değerlendirme

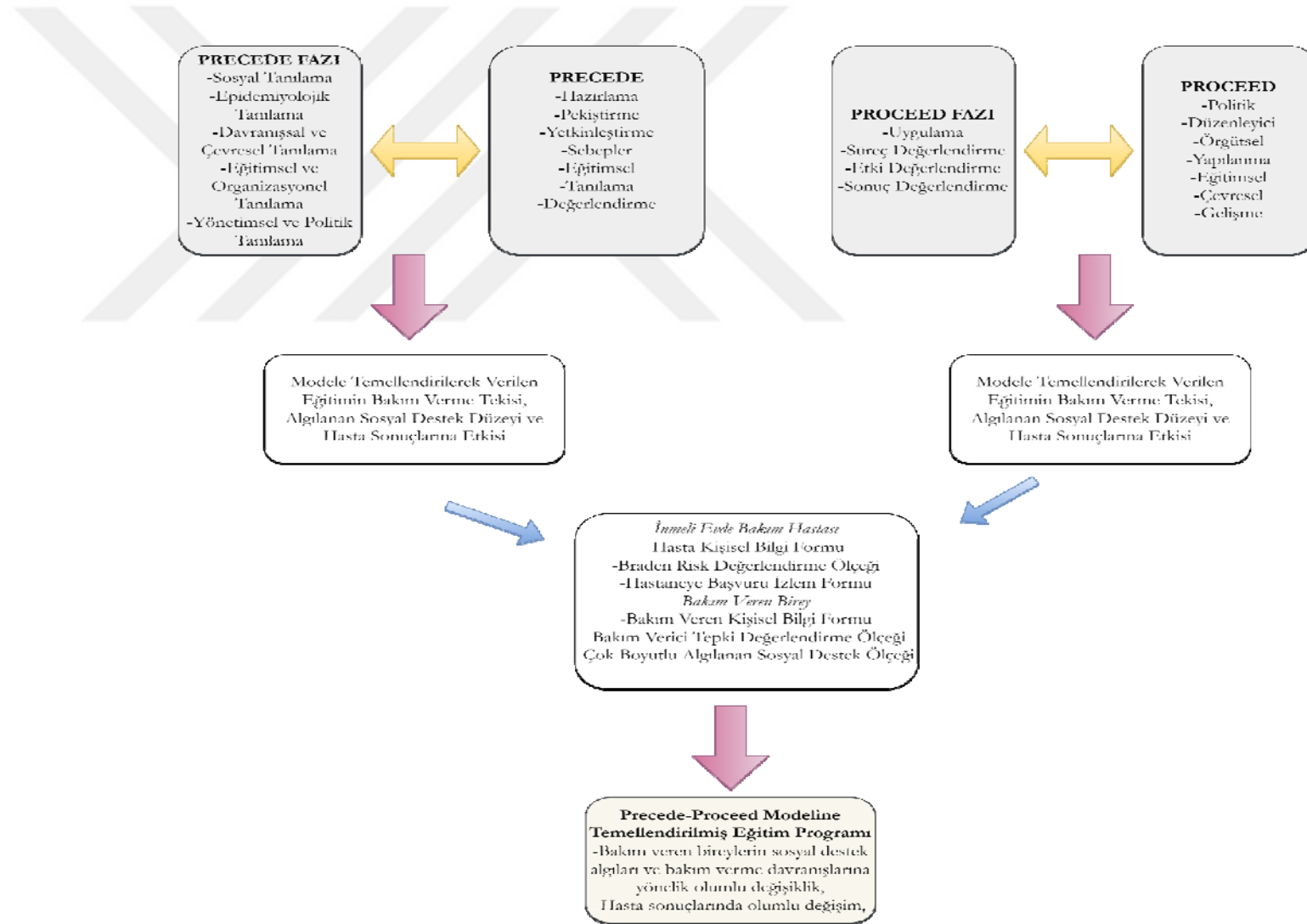
Modelin yedinci basamağı olan süreç değerlendirilmesi aşamasında, ilk değerlendirme ile eğitim sonrası sürecin değerlendirilmesi yapılmıştır. Ayrıca 16. hafta yapılan son değerlendirme testi ile de eğitimin etkinliğinin sürece olan yansımaları belirlenmiştir. Araştırmanın bu aşamasında verilen eğitimin değerlendirilmesi ilk değerlendirme ile yapılmıştır. Bakım verici ve hastaya yönelik kişisel bilgi formu, bakım verme tepki düzeyi ve bakım veren bireyin sosyal destek algı düzeyi veri toplama formları ile verilen eğitimin etkinliği değerlendirilmiştir.

FAZ-8 Etki Değerlendirme

Modelin sekizinci basamağı olan etki değerlendirilmesi aşamasında, son değerlendirmenin tamamlanması ile eğitim programının bütüncül olarak etkisinin değerlendirilmesi yapılmıştır. 16. hafta sonunda inmeli hastalara bakım veren bireylere yönelik verilmiş olan eğitim programının bakım veren bireylerin, bakım verme tepki düzeyleri, sosyal destek algıları ve eğitim programının hasta sonuçları üzerindeki yarattığı değişiklik yapılan analiz sonucu ile belirlenmiştir.

FAZ-9 Sonuç Değerlendirme

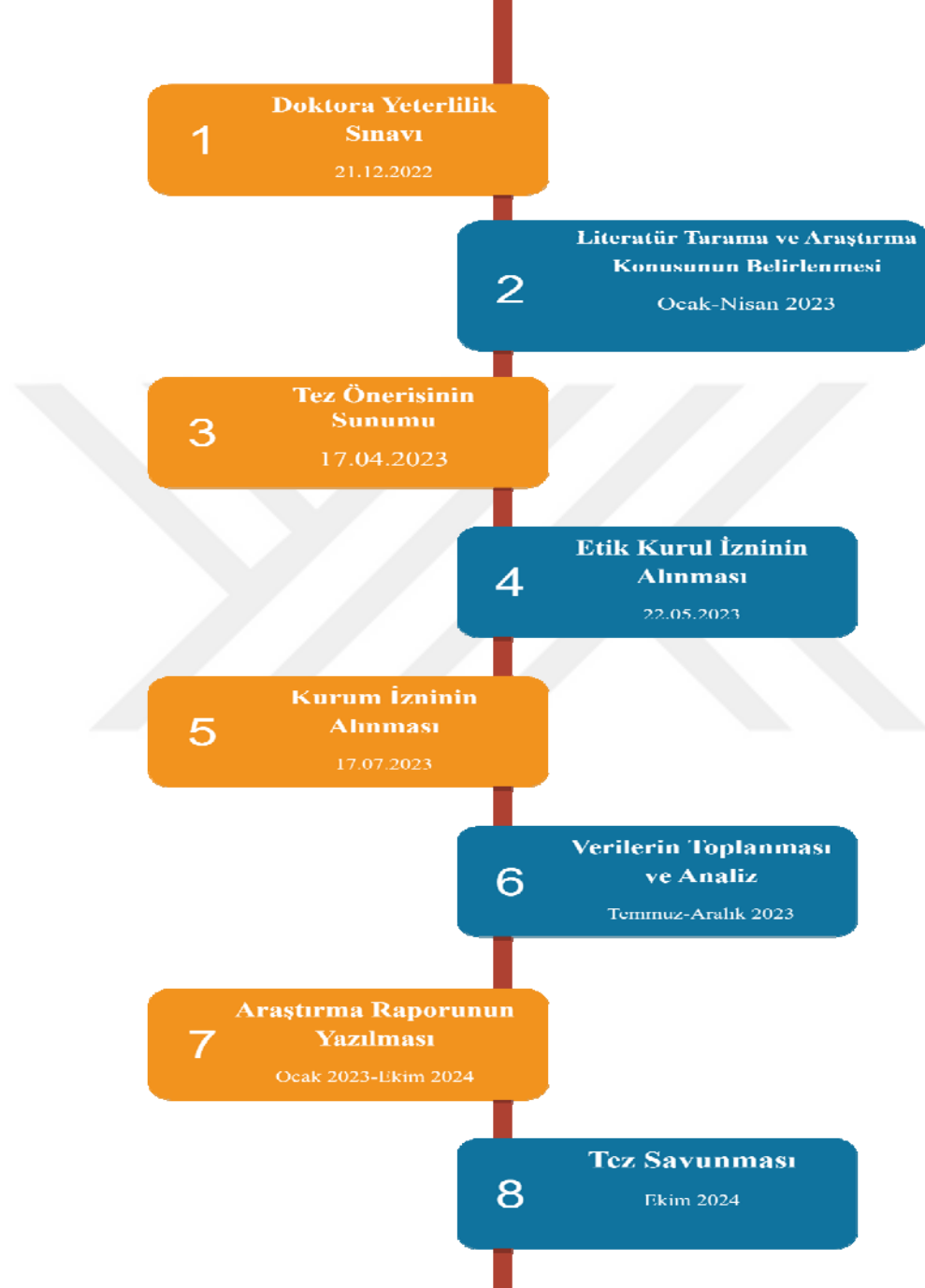
Son basamakta ise, çıktıları değerlendirme amacıyla 16. hafta yapılan son değerlendirme tamamlandı. Bu doğrultuda hazırlanan eğitim programının hasta ve bakım vericiler açısından sağlık üzerindeki yarattığı etki incelenmiştir. Verilen eğitimlerin sonucunda kurulan hipotezler değerlendirilerek, bakım vericilerde bakım verme tepkisi, sosyal destek algı düzeyi belirlenmiştir. Bakım vericilere verilen eğitim sonucunda hastanın sağlık kuruluşuna tekrarlı yatış durumu, enfeksiyon bulgusu, basınç yarası düzeyi ve bakımla ilgili olumlu gelişmelerin olup olmadığı ve davranışsal eyleme dönüşme durumu değerlendirilmiştir.



Şekil 3. 4 Precede Proceed Model Kavram Haritası

Tez Çalışma Takvimi

Tez çalışma çizelgesi Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'ne göre şekillendirilmiştir.



3.9 Tez İzleme Komitesi Toplantıları

Yapılan tüm toplantılar, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'ne uygun şekilde gerçekleşmiştir. Sırasıyla;

1. 20.11.2023 tarihi
2. 15.03.2024 tarihi
3. 27.09. 2024 tarihlerinde tez izleme toplantıları yapılmıştır.

3.10 Veri Toplama Araçları

Çalışma verileri, bakım verici kişisel bilgi formu, “Bakım Verici Tepki Değerlendirme” ile “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek” Ölçekleri, hastalara ise “Kişisel Bilgi Formu”, “Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi”, “Braden Risk Değerlendirme Ölçeği” ile “Hastaneye Başvuru İzlem Formu” kullanılarak toplanmıştır.

Hasta Kişisel Bilgi Formu

Bu bölüm güncel araştırmalarda doğrultusunda elde edilen bilgiler ışığında hazırlanmıştır. Hastanın sosyo-demografik özellikleri ve eğitim öncesi-sonrası olmak üzere bakıma yönelik ifadeler bulunmaktadır (Kazemi vd., 2021; Akçoban ve Eskimez, 2023; Ulgen ve Uğur, 2022)(Ek-7).

Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeks

Ölçek, Barthel ile Mahoney (1965) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik, güvenirliği Küçükdeveci ve diğerleri (2000) tarafından yapılmıştır. Ölçek günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili alanları değerlendirmekte olup, 0-100 arasında puan alınmaktadır. Ölçekteki puanlar, 0-20 aralığı tam bağımlılığı, 21-61 aralığı ileri düzeyde bağımlılığı, 62-90 aralığı orta düzeyde bağımlılığı, 91-99 aralığı hafif düzeyde bağımlılığı ifade etmektedir (Kucukdeveci vd., 2000). Bu araştırmada Cronbach alfa katsayısı 0.92 bulunmuştur (Ek-8).

Braden Risk Değerlendirme Ölçeği

Ölçek, ilk olarak Bergstrom ve ark. tarafından (1987) geliştirilmiştir (Bergstrom vd., 1998). Ülkemize özgü uyarlaması ilk olarak Oğuz ve Olgun (1997) yapmış, 1998 yılında ise Pınar ve Oğuz (1998) tarafından tamamlanmıştır. Ölçek, basınç yarasına ilişkin risk faktörlerini tespit etmeyi amaçlamaktadır. Başlıca risk faktörleri ise; duyu, hareketlilik, beslenme, nem, aktivite yeteneği ve sürtünme/tahriş şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekte, en düşük 6 en yüksek 23 puan alınabilmektedir. Risk değer aralıkları ise, 12 ve daha düşük puan yüksek risk, 13-14 orta derecede risk, 15-16 ise düşük riskli puandır.

Ölçeğin Cronbach Alfa değeri yıllara göre sırasıyla 0.95, 0.85 bulunmuştur(PınarveOğuz, 1998).Çalışmamızda güvenirlik katsayısı 0.90 bulunmuştur(Ek-9).

Hastaneye Başvuru İzlem Formu

Bu form araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır(Z. C. Liu vd., 2020). İnmeli evde bakım hastalarının araştırmaya başlamadan son iki aydaki hastane başvuruları ve araştırmaya başladıktan sonraki beş aylık süreçte hastane başvuruları değerlendirilmiştir (Ek-10).

Bakım Verici Kişisel Bilgi Formu

Form araştırma sonuçları doğrultusunda oluşturulmuştur. Bakım vericinin sosyo-demografik özellikleri, bakım davranışları, eğitim gereksinimi, algıladığı sosyal destek mekanizmalarına yönelik ifadeler yer almaktadır(Kazemi vd., 2021;Akçoban ve Eskimez, 2023;Ulgen ve Uğur, 2022) (Ek-11).

Bakım Verici Tepki Değerlendirme Ölçeği (BVTDO)

Ölçek, hastalara birinci dereceden bakım veren kişilerin kendilerini değerlendirmeyi amacıyla Given ve diğerleri (1992) tarafından geliştirilmiştir(Given vd., 1992).Bakım Verici Tepki Değerlendirme Ölçeğinin ülkemize göre uyarlaması Afşarile Pinar tarafından 2008 tarihinde gerçekleştirilmiştir. Ölçekteki pozitif maddeler; 7, 13, 3, 15, 19 iken negatif maddeler 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24'tür. Pozitif maddelerin puanlaması yapılırken 1 değeri için 5, 5 değeri için ise 1'e dönüşüm gerçekleştirilerek puanlamaya katılır. Toplam puan 24-120 arasında değişmekte olup, beş alt boyuttan (günlük yaşamın kesintiye uğraması, aile destek eksikliği, finansal sıkıntı, sağlık sorunları ve öz değer) oluşmaktadır. Toplam ölçek puanının yüksek olması birinci dereceden bakım veren kişilerin kötü durumda olduğunu göstermektedir (Pinar ve Afsar, 2016). Çalışmamızda güvenirlik katsayısı 0.72 bulunmuştur(Ek-12).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Ölçek ilk olarak Zimet ve ark. (1988) tarafından geliştirilmiştir(Zimet et al., 1988). Ölçekte amaç bireylerin sosyal destek algı düzeylerini incelemektir. Bu ölçeğin Türkçe uyarlaması Eker ve Akar (1995) tarafından yapılmıştır. Türkçe uyarlamasında 12 ifadeden oluşan ölçek, “kesinlikle hayır” ile “kesinlikle evet” arasında değişen 7'li likert tipe sahiptir. Ölçekten alınacak puanlar 4-28 puan arasında değişmekle birlikte puanın yüksek olması sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir(Eker, 1995). Çalışmamızda, güvenirlik katsayısı 0.96 bulunmuştur(Ek-13).

3.11 Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde SPSS 25.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerde sayı, yüzdelik dağılımları, ortalama değer ve standart sapma kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro- Wilk test istatistiği ile belirlenmiştir. Öncesi ve sonrası değerlendirmelerde puanlara yönelik karşılaştırılma yapılırken ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Tekrarlı Ölçümlerde Anova Testi, bağımlı ve kategorik değişkenlerin ölçümlerinde Cochran Q test istatistiğinden yararlanılmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlı değer $p < 0.05$ olarak değerlendirilmiştir. Farkı oluşturan zaman dilimini belirlemek için ise Bonferroni Post-Hoc testi kullanılmıştır.



4. BULGULAR

4.1 Bakım Vericilere İlişkin Sonuçlar

Tablo 4.1. 1 Bakım Vericilerin Sosyo-demografik Özelliklerinin dağılımı (N=70)

Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	
	<i>Mean(SD)</i>
Yaş (yıl)	52.89±11.24 (31-75)
Gün içerisinde hastaya bakım verilen süre (saat).....	5.60±2.22 (2-12)
Hastaya toplam bakım verilen süre (ay).....	167.84±66.93 (60-360)
	n (%)
Cinsiyet	
Kadın	53 (75.7)
Erkek	17 (24.3)
Eğitim durumu	
Okur yazar değil	8 (11.4)
Ortaokul ve ↓	40 (57.1)
Lise ve ↑	22 (31.4)
Medeni durum	
Evli	63 (90.0)
Bekar	7 (24.3)
Çocuk sahibi olma durumu	
Evet	62 (88.6)
Hayır	8 (11.4)
Gelir düzeyi	
Gelir giderden az	47 (67.1)
Gelir gidere denk	20 (28.6)
Gelir giderden fazla	3 (4.3)
Meslek	
Ev hanımı	41 (58.6)
Çalışan	10 (14.3)
Serbest meslek	2 (2.9)
Çalışmıyor	17 (24.3)
Bakım desteği alma durumu (maddi)	
Evet	59 (84.3)
Hayır	11 (15.7)
Kronik hastalık varlığı	
Evet	48 (68.6)
Hayır	22 (31.4)
Hastaya yakınlık durumu	
Birinci dereceden aile bireyi (kızı, oğlu, eşi)	48 (68.6)
Akraba	12 (17.1)
Ücretli bakıcı	8 (11.4)
Diğer	2 (2.9)
Hasta bakımında yardıma gereksinim duyma durumu	
Evet	48 (68.6)
Bazen	17 (24.3)
Hayır	5 (7.1)
Hasta bakımını üstlenen tek kişi olma durumu	
Evet	62 (88.6)
Hayır	8 (11.4)

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 52.89 ± 11.24 yıl (min. 31; maks. 75), %75.7'si kadın, %58.6'sı ev hanımı %90'ı evli ve %88.6'sı çocuk sahibiydi. Bakım vericilerin %57.1'sinin Ortaokul ve altı eğitim seviyesine sahip olduğu, %84'ünün bakım desteği aldığı, %68.6'sının kronik hastalığı olduğu, birinci dereceden aile ferdi olduğu ve hasta bakımında yardıma gereksinim duyduğu bulunmuştur. Ayrıca bakım vericilerin %88.6'sının hasta bakımını üstlenen tek kişi olduğu görülmüştür (Tablo 4.1.1).



Tablo 4.1.2 Bakım Vericilerin Bakıma İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=70)

Katılımcıların Bakıma İlişkin Özellikleri				
	T1 (1)	T2 (2)	T3 (3)	t; p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Hasta bakımında kendini yeterli hissetme durumu				
Yeterli	3 (4.3)	9 (12.9)	26 (37.1)	t=37.130; p<0.001 3>1,2
Kısmen yeterli	33 (47.1)	41 (58.6)	34 (48.6)	t=14.250; p<0.001 3>1
Yetersiz	34 (48.6)	20 (28.6)	10 (14.3)	t=36.333; p<0.001 3<1,2
Yaşamınızda fiziksel alanda meydana gelen değişiklikler				
Değişiklik olmadı	3 (4.3)	8 (11.4)	8 (11.4)	t=10.000; p=0.50
Kronik hastalıklar	31 (44.3)	31 (44.3)	31 (44.3)	t=0.000; p=1.000
İştahsızlık	62 (88.6)	41 (58.6)	32 (45.7)	t=47.400; p<0.001 3<1,2
Yorgunluk	68 (97.1)	47 (67.1)	40 (57.1)	t=45.500; p<0.001 3<1,2
Solunum rahatsızlıkları	36 (51.4)	26 (37.1)	20 (28.6)	t=24.500; p<0.001 3<1,2
Nörolojik rahatsızlık	19 (27.1)	17 (24.3)	15 (21.4)	t=6.000; p=0.050
Uyku bozukluğu	64 (91.4)	48 (68.6)	41 (58.6)	t=36.361; p<0.001 3<1,2
Psikolojik alanda				
Değişiklik olmadı	6 (8.6)	14 (20.0)	14 (20.0)	t=13.000; p=0.070
Öfke	26 (37.1)	15 (21.4)	14 (20.0)	t=19.500; p<0.001 3<1,2
Ümitsizlik	62 (88.6)	45 (64.3)	42 (60.0)	t=34.900; p<0.001 3<1,2
Kaygı	65 (92.9)	45 (64.3)	35 (50.0)	t=46.667; p<0.001 3<1,2
Ölüm korkusu	49 (70.0)	36 (51.4)	28 (40.0)	t=32.095; p<0.001 3<1,2
Stres	63 (90.0)	45 (64.3)	39 (55.4)	t=39.000; p<0.001 3<1,2
Kızgınlık	22 (31.4)	12 (17.1)	9 (12.9)	t=21.385; p<0.001 3<1,2
Bakımı kabullenememe korkusu	38 (54.3)	27 (38.6)	25 (35.7)	t=22.615; p<0.001 3<1,2
Sosyal alanda				
Değişiklik olmadı	1 (1.4)	6 (8.6)	6 (8.6)	t=57.515; p=0.052
Sosyal etkileşimde azalma	59 (84.3)	47 (67.1)	43 (61.4)	t=26.000; p<0.001 3<1,2
Sosyal etkileşimde artma	2 (2.9)	2 (2.9)	1 (1.4)	t=2.000; p=0.368
Sosyal etkileşimin bozulması	62 (88.6)	43 (61.4)	32 (45.7)	t=43.786; p<0.001 3<1,2
Aile içi ilişkilerde bozulma	59 (84.3)	38 (54.3)	34 (48.6)	t=42.126; p<0.001 3<1,2
Yaşam tarzında değişim	61 (87.1)	41 (58.6)	35 (50.0)	t=42.769; p<0.001 3<1,2
Rolleri yerine getirmede değişim	41 (58.6)	29 (41.4)	27 (38.6)	t=24.571; p<0.001 3<1,2
Ekonomik alanda				
Değişiklik olmadı	10 (14.3)	17 (24.3)	20 (28.6)	t=15.800; p<0.001 3<1,2

Ekonomik durumda bozulma	60 (85.7)	53 (75.7)	50 (71.4)	t=15.800; p<0.001 3<1,2
İş kaybı	32 (45.7)	29 (41.4)	28 (40.0)	t=6.500; p=0.039 3<1,2
Hastanın kişisel bakımının sağlanması				
Evet	48 (68.6)	59 (84.3)	64 (91.4)	t=25.125; p<0.001 3<1,2
Bazen	4 (5.7)	4 (5.7)	2 (2.9)	t=4.000; p<0.001 3<1,2
Hayır	17 (24.3)	7 (10.0)	4 (5.7)	t=15.800; p<0.001 3<1,2
Hasta bakımında herhangi bir eğitim danışmanlık alma durumu				
Evet	19 (27.1)	57 (81.4)	61 (87.1)	t=14.300; p<0.001 3<1,2
Hayır	51 (72.9)	13 (18.6)	9 (12.9)	t=12.600; p=0.052
Eğitim-danışmanlık gereksinim duyma durumu				
Evet	56 (80.0)	64 (91.4)	65 (92.9)	t=14.250; p<0.001 3>1,2
Fikrim yok	6 (8.6)	2 (2.9)	3 (4.3)	t=6500; p=0.039 3<1
Hayır	8 (11.4)	4 (5.7)	2 (2.9)	t=9.333 p=0.009 3<1,2
Sağlık kurumlarınca (evde sağlık birimi) verilen eğitimi yeterli bulma durumu				
Yeterli	11 (15.7)	5 (7.1)	5 (7.1)	t=12.000; p=0.002 1>2,3
Kısmen yeterli	26 (37.1)	15 (21.4)	13 (18.6)	t=31.714; p<0.001 3<1,2
Yetersiz	33 (47.1)	50 (71.4)	52 (74.3)	t=34.421; p<0.001 1<2,3
Hastada tıbbi olmayan bakım yönetimi (sağlama)				
Evet	57 (81.4)	61 (87.1)	65 (92.9)	t=12.000; p=0.002 1<2,3
Bazen	7 (10.0)	7 (10.0)	4 (5.7)	t=6.000; p=0.050
Hayır	6 (8.6)	2 (2.9)	1 (1.4)	t=10.333; p=0.006 3<1,2
Hastada tıbbi bakım yönetimi (sağlama)				
Evet	35 (50.0)	49 (70.0)	57 (81.4)	t=33.818; p<0.001 3<1,2
Bazen	22 (31.4)	14(20.0)	9 (12.9)	t=23.333; p<0.001 3<1,2
Hayır	13 (18.6)	7 (10.0)	4 (5.7)	t=14.000; p=<0.001 3<1,2

T1 =Eğitim öncesi, T2 = Eğitim sonrası ilk değerlendirme (8.hafta) T3 = Eğitim sonrası son değerlendirme (16.hafta)t=Cochran'n Q testi1,2,3 Bonferroni Post Hoc testine göre farklılıkları gösterir

Tablo 4.1.2’de bakım vericilerin bakıma ilişkin eğitim öncesi, eğitim sonrası ilk değerlendirme ve eğitim sonrası son değerlendirme olmak üzere verdikleri yanıt dağılımı incelenmiştir. Bakım vericilerin eğitim sonrası bakımında kendini yeterli hissetme durumu($t=37.130$, $p<0.001$), hastanın kişisel bakımının sağlanması ($t=25.125$, $p<0.001$), hasta bakımında eğitim danışmanlığa gereksinim duyma($t=14.250$, $p<0.001$) ve eğitim-danışmanlık alma($t=14.300$, $p<0.001$) durumunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir artış olduğu belirlenmiştir. Farklılığın kaynağını tespit etmek amacıyla düzeltilmiş Bonferroni Post Hoc ikili karşılaştırma kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre farklılığın eğitim sonrası son değerlendirme (16. hafta) ‘den kaynaklandığı bulunmuştur. Öte yandan tıbbi olmayan ve tıbbi bakım yönetimi ile evde sağlık birimi tarafından hasta bakımına yönelik verilen eğitimin yetersiz olması durumunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir artış olduğu tespit edilmiştir($p<0.05$). Bonferroni Post Hoc ikili karşılaştırma analiz sonucuna göre farklılığın eğitim sonrası son değerlendirme (16. hafta) ‘den kaynaklandığı bulunmuştur.

Bakım vericilerin eğitim sonrası yaşamlarında meydana gelen değişiklikler incelendiğinde;

Fiziksel alanda iştahsızlık($t=47.400$, $p<0.001$), yorgunluk ($t=45.500$, $p<0.001$), solunum rahatsızlıkları ($t=24.500$, $p<0.001$) ve uyku bozukluğu ($t=36.361$, $p<0.001$) durumlarında azalmalar olduğu bulunmuştur. Psikolojik alanda ise öfke($t=19.500$, $p<0.001$), ümitsizlik($t=34.900$, $p<0.001$), kaygı($t=46.667$, $p<0.001$), ölüm korkusu($t=32.095$, $p<0.001$), stres($t=39.000$, $p<0.001$), kızgınlık($t=21.385$, $p<0.001$) ve bakımı kabullenememe($t=22.615$, $p<0.001$) durumlarında anlamlı düzeyde azalmalar olduğu görülmüştür. Sosyal alanda; sosyal etkileşimde azalma($t=26.000$, $p<0.001$), sosyal etkileşimde bozulma($t=43.786$, $p<0.001$), aile içi ilişkilerde bozulma($t=42.126$, $p<0.001$), yaşam tarzında değişim ($t=42.769$, $p<0.001$) verolleri yerine getirmede değişim ($t=24.571$, $p<0.001$) durumlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmalar olduğu belirlenmiştir. Ekonomik alanda ise; ekonomik alanda değişiklik olmadığını ($t=15.800$, $p<0.001$) belirten kişi sayısında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış olduğu, ekonomik durumda bozulma ($t=15.800$, $p<0.001$) ve iş kaybı yaşadığını ($t=6.500$, $p=0.039$) ifade eden kişi sayısında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu görülmüştür. Ayrıca tüm bu değişikliklerin eğitim sonrası son değerlendirme (16. hafta) ‘den kaynaklanan istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır($p<0.05$) (Tablo 4.1.2).

Tablo4.1.3 Bakım Vericilerin Eğitim Öncesi ve Precede-Proceed Modeline Temellendirilerek Verilen Eğitim Sonrası ÇBASDÖ ve BVTDO Puanlarının Karşılaştırılması (N=70)

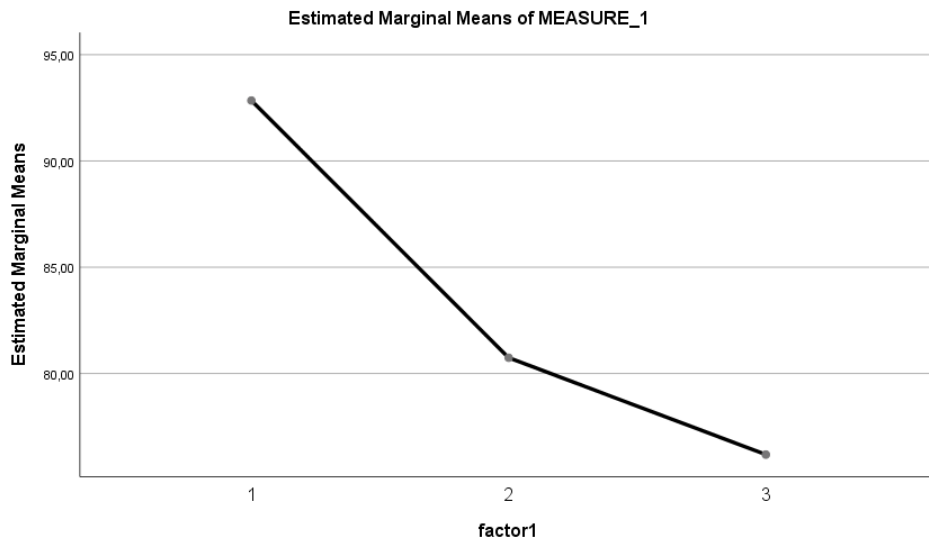
ÇBSAD					
Zaman	Mean (SD)	F	p	np ²	Bonferroni
T1 ¹	31.74 (13.58)	608.436	<.001	0.898	2>1, 3>1, 3>2
T2 ²	44.98 (11.76)				
T3 ³	50.87 (11.57)				
BVTDO					
Zaman	Mean (SD)	F	p	np ²	Bonferroni
T1 ¹	92.84 (11.14)	112.303	<.001	0.619	1>2,3
T2 ²	80.74 (7.35)				
T3 ³	76.18 (8.90)				
BVTDO Alt Boyutları					
Özdeğer					
Zaman	Mean (SD)	F	p	np ²	Bonferroni
T1 ¹	23.80 (5.92)	7.336	<.001	0.696	3>1, 3>2
T2 ²	24.75 (3.55)				
T3 ³	25.75 (3.44)				
Aile destek eksikliği					
Zaman	Mean (SD)	F	p	np ²	Bonferroni
T1 ¹	21.32 (3.41)	148.424	<.001	0.683	1>2,3
T2 ²	16.81 (2.38)				
T3 ³	14.98 (3.31)				
Finansal sıkıntı					
Zaman	Mean (SD)	F	p	np ²	Bonferroni
T1 ¹	11.64±2.98	32.783	<.001	0.522	1>2,3
T2 ²	10.14±1.97				
T3 ³	10.00±1.93				
Günlük yaşamın kesintiye uğraması					
Zaman	Mean (SD)	F	p	np ²	Bonferroni
T1 ¹	20.84 (3.28)	101.498	<.001	0.595	1>2,3
T2 ²	16.88 (1.87)				
T3 ³	14.78 (3.38)				
Sağlık sorunları					
Zaman	Mean (SD)	F	p	np ²	Bonferroni
T1 ¹	15.22 (4.38)	73.573	<.001	0.516	1>2,3
T2 ²	12.14 (2.48)				
T3 ³	10.84 (2.75)				

T1 =Eğitim öncesi, T2 = Eğitim sonrası ilk değerlendirme (8.hafta) T3 = Eğitim sonrası son değerlendirme (16.hafta)ÇBASD=Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği, BVTDO=Bakım verici tepki değerlendirme ölçeği

*p<0.05, **p<.001***F=Tekrarlı ölçümlerde ANOVA **** np²: Partial eta kare (etki gücü) *****1,2,3: Bonferroni Post Hoc testine göre zamana bağlı farklılıkları gösterir

Tablo 4.1.3'te bakım vericilere eğitim öncesi ve Precede-Proceed Modeline temellendirilerek verilen eğitim sonrası ÇBASDÖ ve BVTDO puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Araştırmaya katılan bakım vericilerin zamana bağlı BVTDO puan ortalamaları incelendiğinde ölçümlerin ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (F=112.303, p<0.001, np²= 0.619). Fark yaratan zamanı bulmak için Post Hoc ikili karşılaştırma testlerinden Bonferroni kullanılmıştır. Bonferroni Post Hoc ikili karşılaştırma analiz sonucuna göre farklılığın

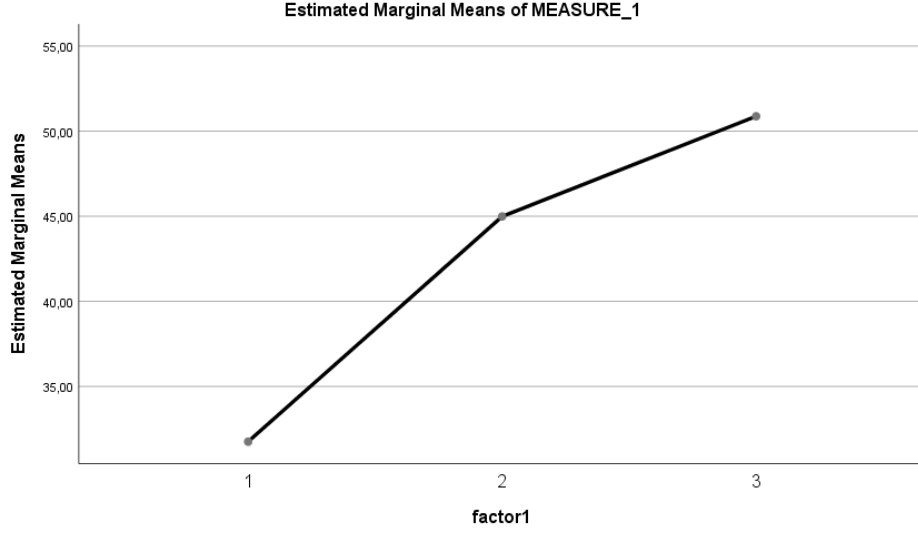
eğitim sonrası ilk değerlendirme (8. hafta) ile son değerlendirme (16. hafta) ‘den kaynaklandığı bulunmuştur. Müdahalenin gücü %61 olarak belirlendi ($np^2 = 0.619$). Öte yandan müdahaleye ilişkin Estimate Marginal Means tablosu Grafik 4.1.1’de görülmektedir. Bu doğrultuda, bakım vericilerin “Bakım Verici Tepki Değerlendirme Ölçeği” puanlarının zamana bağlı olarak kademeli şekilde azaldığı bulunmuştur. BVTDO alt boyut puanları incelendiğinde, aile destek eksikliği ($F=148.424$, $p<0.001$, $np^2 = 0.683$), finansal sıkıntı ($F=32.783$, $p<0.001$, $np^2 = 0.522$), günlük yaşamın kesintiye uğraması ($F=101.498$, $p<0.001$, $np^2 = 0.595$), sağlık sorunları ($F=73.573$, $p<0.001$, $np^2 = 0.516$), özdeğer ($F=7.336$, $p<0.001$, $np^2 = 0.696$) ölçümlerin ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Bonferroni Post Hoc ikili karşılaştırma analiz sonucuna göre farklılığın eğitim sonrası ilk değerlendirme (8. hafta) ile son değerlendirme (16. hafta) ‘den kaynaklandığı bulunmuştur. Yapılan eğitim müdahalesinin aile destek eksikliği alt boyutunda etki gücünün %68, finansal sıkıntı alt boyutunda etki gücünün %52, günlük yaşamın kesintiye uğraması alt boyutunda etki gücünün %59, sağlık sorunları alt boyutundaki etki gücünün %51 ve özdeğer alt boyutundaki etki gücünün %69 olduğu tespit edilmiştir.



Grafik 4.1. 1 BVTDO Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimi

Araştırmaya katılan bakım vericilerin zamana bağlı ÇBASDÖ puan ortalamaları incelendiğinde ölçüm ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($F=608.436$, $p<0.001$, $np^2 = 0.898$). Fark yaratan zamanı belirlemek için Post Hoc ikili karşılaştırma testlerinden Bonferroni kullanılmıştır. Bonferroni Post Hoc ikili karşılaştırma analiz sonucuna göre farklılığın eğitim sonrası ilk değerlendirme (8. hafta) ile eğitim sonrası son değerlendirme (16. hafta) ‘den kaynaklandığı bulunmuştur.

Yapılan eğitim müdahalesinin etki gücünün %89 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.3).Öte yandan müdahaleye ilişkin Estimate Marginal Means tablosu Grafik 4.1.2’de görülmektedir. Bu doğrultuda; bakım veren bireylerin “Çok Boyutlu Algılana Sosyal Destek Ölçeği” puanlarının zamana bağlı olarak kademeli şekilde arttığı görülmüştür.



Grafik 4.1. 2ÇBASDÖPuan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimi

Tablo 4.1.4 Bakım Vericilerin Bakıma İlişkin Özellikleri ile BVTDO Puanlarının Zamana Bağlı Olarak Karşılaştırılması (N=70)

Katılımcıların Bakıma İlişkin Özellikleri	BVTDO puan ortalamaları					
	T1 (1)	T2 (2)	T3 (3)	Zamana bağlı değişim	Grup*Zaman Etkileşimi	Gruplar arası farklılık
	Mean(SD)	Mean(SD)	Mean(SD)			
Hasta bakımında kendini yeterli hissetme durumu				F=43.622 p<0.001 $np^2=0.394$, 1>3, 1>2, 2>3	F=2.210 p=0.082 $np^2=0.60$	F=43.622 p<0.001 $np^2=0.981$ c>a, c>b
Yeterli ^a	90.00 (10.14)	79.66 (7.76)	68.00 (2.64)			
Kısmen yeterli ^b	87.69 (11.90)	78.12 (7.84)	73.87 (7.68)			
Yetersiz ^c	98.08 (7.77)	83.38 (5.97)	79.14 (9.36)			
Yaşamınızda fiziksel alanda meydana gelen değişiklikler*						
Değişiklik olmadı	85.66 (6.02)	74.66 (2.51)	74.66 (2.51)	F=13.779; p=0.216	F=0.607; p=0.009	F=1.397; p=0.243
Kronik hastalıklar	96.58 (10.35)	82.61 (6.88)	77.12 (10.07)	F=17.100; p=0.055	F=2.493; p=0.086	F=5.104; p=0.027 $np^2=0.070$
İştahsızlık	93.96 (10.46)	81.66 (6.67)	77.16 (8.51)	F=41.751; p<0.001 $np^2=0.380$, 1>3, 1>2, 2>3	F=0.132; p=0.877	F=11.491; p=0.001 $np^2=0.145$
Yorgunluk	92.61 (11.13)	80.70 (7.36)	76.33 (8.96)	F=23.115; p<0.001 $np^2=0.254$, 1>3, 1>2, 2>3	F=1.861; p=0.159	F=0.057; p=0.812
Solunum rahatsızlıkları	95.83 (10.05)	82.75 (6.52)	77.36 (9.82)	F=112.065; p<0.001 $np^2=0.622$, 1>3, 1>2, 2>3	F=1.331; p=0.268	F=6.121; p=0.016 $np^2=0.083$
Nörolojik rahatsızlık	98.68 (8.72)	83.21 (6.83)	77.05 (10.11)	F=110.296; p<0.001 $np^2=0.619$, 1>3, 1>2, 2>3	F=3.788; p=0.025 $np^2=0.053$	F=4.665; p=0.034 $np^2=0.064$
Uyku bozukluğu	92.79 (11.10)	80.56 (7.52)	75.82 (9.01)	F=29.378; p<0.001 $np^2=0.302$, 1>3, 1>2, 2>3	F=0.391; p=0.677	F=0.471; p=0.495
Psikolojik alanda*						
Değişiklik olmadı	99.00 (9.65)	95.16 (8.1)	94.50 (10.55)	F=47.140; p=0.063	F=1.248; p=0.281	F=1.048; p=0.310
Öfke	93.96 (11.25)	82.11 (7.46)	77.23 (9.84)	F=103.365; p<0.001 $np^2=0.603$, 1>3, 1>2, 2>3	F=0.026; p=0.315	F=1.440; p=0.310
Ümitsizlik	93.70 (10.34)	81.16 (6.72)	77.11 (8.44)	F=44.486; p<0.001 $np^2=0.395$, 1>3, 1>2, 2>3	F=1.099; p=0.317	F=5.456; p<0.001 $np^2=0.740$
Kaygı	92.78 (11.07)	80.69 (7.37)	76.40 (8.96)	F=34.571; p<0.001 $np^2=0.337$, 1>3, 1>2, 2>3	F=0.471; p=0.558	F=1.020; p=0.880
Ölüm korkusu	95.06 (10.25)	81.91 (6.78)	76.93 (8.98)	F=84.900; p<0.001 $np^2=0.555$, 1>3, 1>2, 2>3	F=2.042; p=0.149	F=6.084; p=0.016 $np^2=0.082$

Stres	92.88 (10.88)	80.41 (7.30)	75.98 (8.77)	F=34.600; p<0.001 $np^2=0.337$, 1>3, 1>2, 2>3	F=0.495; p=0.255	F=0.297; p=0.588
Kızgınlık	98.31 (8.52)	82.40 (7.27)	76.68 (9.73)	F=119.840; p<0.001 $np^2=0.638$, 1>3, 1>2, 2>3	F=4.980; p=0.080	F=3.936; p=0.051
Bakımı kabullenememe korkusu	96.42 (9.21)	82.86 (6.38)	77.71 (8.94)	F=110.565; p<0.001 $np^2=0.619$, 1>3, 1>2, 2>3	F=2.036; p=0.150	F=9.892; p=0.002 $np^2=0.127$
Sosyal alanda*						
Değişiklik olmadı	101.00 (0.00)	99.00 (0.00)	98.00 (0.00)	F=14.351; p=0.078	F=2.276; p=0.125	F=0.036; p=0.850
Sosyal etkileşimde azalma	93.05 (11.22)	80.32 (7.64)	75.91 (9.08)	F=51.121; p<0.001 $np^2=0.429$, 1>3, 1>2, 2>3	F=0.875; p=0.385	F=0.175; p=0.677
Sosyal etkileşimde artma	89.50 (24.74)	90.00 (1.41)	89.00 (14.14)	F=7.990; p=0.054	F=1.790; p=0.171	F=0.313; p=0.578
Sosyal etkileşimin bozulması	93.41 (10.46)	80.91 (6.69)	76.87 (8.46)	F=45.368; p<0.001 $np^2=0.400$, 1>3, 1>2, 2>3	F=0.841; p=0.396	F=2.307; p=0.133
Aile içi ilişkilerde bozulma	93.93 (10.55)	81.32 (6.80)	76.71 (8.83)	F=50.485; p<0.001 $np^2=0.426$, 1>3, 1>2, 2>3	F=0.784; p=0.418	F=3.796; p=0.055
Yaşam tarzında değişim	94.42 (10.02)	81.62 (6.63)	76.90 (8.81)	F=36.666; p<0.001 $np^2=0.350$, 1>3, 1>2, 2>3	F=2.219; p=0.130	F=11.090; p=0.010; $np^2=0.140$
Rolleri yerine getirmede değişim	95.56 (9.24)	82.39 (6.10)	77.26 (9.14)	F=105.449; p<0.001 $np^2=0.608$, 1>3, 1>2, 2>3	F=1.489; p=0.229	F=6.389; p=0.014 $np^2=0.086$
Ekonomik alanda*						
Değişiklik olmadı	80.90 (11.14)	74.20 (9.39)	69.50 (7.07)	F=41.376; p<0.001 $np^2=0.378$, 1>3, 1>2, 2>3	F=2.442; p=0.110	F=18.749; p<0.001 $np^2=0.216$
Ekonomik durumda bozulma	94.83 (9.90)	81.83 (6.43)	81.83 (6.43)	F=41.376; p<0.001 $np^2=0.378$, 1>3, 1>2, 2>3	F=2.442; p=0.091	F=18.749; p<0.001 $np^2=0.216$
İş kaybı	96.71 (9.51)	81.90 (6.68)	75.87 (9.39)	F=124.556; p<0.001 $np^2=0.647$, 1>3, 1>2, 2>3	F=6.188; p=0.07	F=2.725; p=0.103
Hastanın kişisel bakımının sağlanması						
Evet	93.52 (11.07)	80.97 (7.44)	74.33 (9.01)	F=2.259; p<0.001 $np^2=0.139$, 1>2	F=2.94; p=0.065	F=2.94; p=0.068
Bazen	86.25 (8.18)	74.75 (5.85)	74.75 (5.85)			
Hayır	93.64 (11.18)	82.17 (6.66)	82.17 (6.66)			
Hasta bakımında herhangi bir eğitim danışmanlık alma durumu						
Evet	90.36 (14.12)	78.10 (9.57)	70.26 (7.50)	F=100.280; p<0.001 $np^2=0.596$, 1>3, 1>2, 2>3	F=2.173; p=0.135	F=6.959; p=0.100
Hayır	93.76 (9.81)	81.72 (6.17)	78.39 (8.41)			
Eğitim-danışmanlık gereksinim						

duyma durumu						
Evet	93.35 (10.08)	81.42 (6.19)	75.73 (8.43)	F=39.234; p<0.001 $np^2=0.269$, 1>3, 1>2, 2>3	F=1.192; p=0.316	F=0.154; p=0.858
Fikrim yok	91.50 (10.09)	77.66 (6.83)	77.66 (6.83)			
Hayır	90.25 (18.46)	78.2(13.42)	78.25 (3.42)			
Sağlık kurumlarınca (evde sağlık birimi) verilen eğitimi yeterli bulma durumu						
Yeterli	89.45 (13.18)	78.09 (9.77)	73.36 (10.50)	F=84.192; p<0.001 $np^2=0.557$, 1>3, 1>2, 2>3	F=0.357; p=0.770	F=3.466; p=0.337
Kısmen yeterli	91.07(11.29)	78.73 (6.99)	75.34 (7.81)			
Yetersiz	95.69 (9.81)	83.21 (6.05)	77.78 (9.09)			
Hastada tıbbi olmayan bakım yönetimi (sağlama)						
Evet	93.22 (11.48)	80.94 (7.55)	75.70 (9.24)	F=34.981; p<0.001 $np^2=0.543$, 1>3, 1>2, 2>3	F=1.840; P=0.502	F=1.743; p=0.480
Bazen	92.85 (9.65)	81.71 (4.60)	81.71 (6.60)			
Hayır	89.16 (10.30)	77.66 (8.31)	74.33 (7.81)			
Hastada tıbbi bakım yönetimi (sağlama)						
Evet	94.57 (11.45)	83.28 (7.21)	75.88 (10.09)	F=89.694; p<0.001 $np^2=0.572$, 1>3, 1>2, 2>3	F=2.184; p=0.074	F=1.140; p=0.328
Bazen	92.13 (9.83)	78.50 (6.65)	75.77 (8.14)			
Hayır	89.38 (12.27)	77.69 (6.93)	77.69 (6.93)			

T1 =Eğitim öncesi, T2 = Eğitim sonrası ilk değerlendirme (8.hafta) T3 = Eğitim sonrası son değerlendirme (16.hafta)BVTDO=Bakım verici tepki değerlendirme ölçeği

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir ** $p<0.05$, ***Tekrarlı ölçümlerde ANOVA **** np^2 : Partial eta kare (etki gücü) *****1,2,3: Bonferroni Post Hoc testine göre zamana bağlı farklılıkları gösterir,a,b,c: Bonferroni Post Hoc testine göre gruplar arası farklılıkları gösterir

Tablo 4.1.4 'te bakım vericilerin bakıma ilişkin özellikleri ile BVTDO puanlarının zamana bağlı olarak karşılaştırılması verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin hasta bakımına yönelik yeterli hissetme durumları incelendiğinde; yeterli, kısmen yeterli ve yetersiz hisseden bakım vericilerin zamana bağlı olarak BVTDO puan ortalamalarının azaldığı ve değişimin anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F=43.622$, $p<0.001$, $np^2=0.394$). Zamana bağlı farkın kaynağını tespit etmek için, Bonferroni yapılmış olup farkın eğitim sonrası ilk değerlendirme (8. hafta) ile son değerlendirme (16. hafta) 'den kaynaklandığı bulunmuştur. Gruplar arası farkın ise kendini yetersiz hisseden bakım vericilerden kaynaklandığı belirlenmiştir. Hastanın kişisel bakımının sağlanması ($F=2.259$, $p<0.001$, $np^2=0.139$), hasta bakımında eğitim danışmanlık alma durumu ($F=100.280$, $p<0.001$, $np^2=0.596$) ve hasta bakımında eğitim danışmanlığa gereksinim duyma ($F=39.234$, $p<0.001$, $np^2=0.269$) durumlarında zamana bağlı BVTDO puan ortalamalarının azaldığı ve değişimin anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bakım vericilerin evde sağlık birimi tarafından verilen eğitimi yeterli bulma ($F=84.192$, $p<0.001$, $np^2=0.557$), hastada tıbbi olmayan bakım yönetimi ($F=34.981$, $p<0.001$, $np^2=0.543$) ve tıbbi olmayan bakım yönetimi ($F=89.694$, $p<0.001$, $np^2=0.572$) durumlarında zamana bağlı BVTDO puan ortalamalarının azaldığı ve değişimin anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Bakım vericilerin yaşamlarındaki değişiklikler incelendiğinde;

Fiziksel alanda; iştahsızlık ($F=41.751$, $p<0.001$, $np^2=0.380$) yorgunluk ($F=23.115$, $p<0.001$, $np^2=0.254$), solunum rahatsızlıkları ($F=112.065$, $p<0.001$, $np^2=0.622$), nörolojik rahatsızlık ($F=110.296$, $p<0.001$, $np^2=0.619$), uyku bozukluk ($F=29.328$, $p<0.001$, $np^2=0.302$) durumlarında zamana bağlı BVTDO puan ortalamalarının azaldığı ve değişimin anlamlı olduğu belirlenmiştir. Psikolojik alanda; öfke ($F=103.365$, $p<0.001$, $np^2=0.603$), ümitsizlik ($F=44.486$, $p<0.001$, $np^2=0.395$), kaygı ($F=34.571$, $p<0.001$, $np^2=0.337$), ölüm korkusu ($F=84.900$, $p<0.001$, $np^2=0.555$), stres ($F=34.600$, $p<0.001$, $np^2=0.337$), kızgınlık ($F=119.840$, $p<0.001$, $np^2=0.638$), bakımı kabullenememe ($F=110.565$, $p<0.001$, $np^2=0.619$) durumlarında zamana bağlı BVTDO puan ortalamalarının azaldığı ve zamana bağlı değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Sosyal alanda; sosyal etkileşimde azalma ($F=51.121$, $p<0.001$, $np^2=0.429$), sosyal etkileşimin bozulması ($F=45.368$, $p<0.001$, $np^2=0.400$), aile içi ilişkilerde bozulma ($F=50.485$, $p<0.001$, $np^2=0.426$), yaşam tarzında değişim ($F=36.666$, $p<0.001$, $np^2=0.350$), rolleri yerine getirmede değişim ($F=105.449$, $p<0.001$,

$np^2=0.608$) durumlarında zamana bağılı BVTDO puan ortalamalarının azaldığı ve zamana bağılı değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Ekonomik alanda; değişiklik olmadı ($F=41.376$, $p<0.001$, $np^2=0.378$), ekonomik durumda bozulma ($F=41.376$, $p<0.001$, $np^2=0.378$), iş kaybı ($F=124.556$, $p<0.001$, $np^2=0.647$) durumlarında zamana bağılı BVTDO puan ortalamalarının azaldığı ve zamana bağılı değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca belirlenen tüm bu alanlarda zamana bağılı farkın kaynağını tespit etmek için; Bonferroni yapılmış olup, farkın eğitim sonrası ilk değerlendirme (8. hafta) ile son değerlendirme (16. hafta) 'den kaynaklandığı bulunmuştur.

Tablo 4.1.5 Bakım Vericilerin Bakıma İlişkin Özellikleri ile ÇBASDÖ Puanlarının Karşılaştırılması (N=70)

Katılımcıların Bakıma İlişkin Özellikleri	ÇBASDÖ puan ortalamaları					
	T1 (1)	T2 (2)	T3 (3)	Zamana bağlı değişim	Grup*Zaman Etkileşimi	Gruplar arası farklılık
	Mean(SD)	Mean(SD)	Mean(SD)			
Hasta bakımında kendini yeterli hissetme durumu						
Yeterli	40.33 (17.89)	52.33 (17.89)	58.33 (17.89)	F=199.686 p<0.001 $np^2=0.7491>2,2>3$	F=2.563 p=0.084	F=1.872 p=0.162
Kısmen yeterli	36.72 (15.91)	48.48 (13.88)	54.30 (13.68)			
Yetersiz	26.17 (7.59)	40.94 (7.00)	46.88 (6.75)			
Yaşamınızda fiziksel alanda meydana gelen değişiklikler*						
Değişiklik olmadı	33.25 (15.79)	46.87 (15.79)	52.62 (14.96)	F=246.390; p=0.050	F=0.033; p=0.968	F=0.180; p=0.672
Kronik hastalıklar	25.65 (7.60)	27.72 (6.45)	28.72 (6.43)	F=601.572; p=0.616	F=1.225; p=0.273	F=11.992; p= 0.001 ; $np^2=0.512$
İştahsızlık	29.37 (12.00)	43.25 (10.20)	49.18 (10.01)	F=605.953; p< 0.001 $np^2=0.8962>1, 3>1, 3>2$	F=0.807; p=0.448	F=1.532; p=0.220
Yorgunluk	32.25 (13.80)	45.40 (11.25)	51.30 (11.07)	F=558.251; p< 0.001 $np^2=0.8962>1, 3>1, 3>2$	F=0.015; p=0.985	F=0.126; p=0.724
Solunum rahatsızlıkları	25.25 (7.70)	39.05 (6.66)	45.05 (6.63)	F=502.944; p< 0.001 $np^2=0.8812>1, 3>1, 3>2$	F=0.339; p=0.713	F=7.871; p= 0.007 ; $np^2=0.613$
Nörolojik rahatsızlık	26.20 (6.94)	39.40 (6.62)	45.33 (6.53)	F=403.967; p< 0.001 $np^2=0.8562>1, 3>1, 3>2$	F=0.001; p=0.976	F=4.264; p=0.643
Uyku bozukluğu	30.85 (11.89)	44.24 (10.15)	50.12 (9.94)	F=580.517; p< 0.001 $np^2=0.8952>1, 3>1, 3>2$	F=0.074; p=0.789	F=0.431; p=0.514
Psikolojik alanda*						
Değişiklik olmadı	32.64 (12.77)	44.57 (12.56)	50.42 (12.38)	F=367.546; p=0.112	F=0.913; p=0.404	F=0.000; p=0.997
Öfke	26.71 (8.48)	40.21 (7.98)	46.07 (7.86)	F=388.003; p< 0.001 $np^2=0.8512>1, 3>1, 3>2$	F=0.035; p< 0.001	F=2.945; p=0.091
Ümitsizlik	31.85 (13.76)	45.69 (11.90)	51.59 (11.71)	F=575.652; p< 0.001 $np^2=0.8942>1, 3>1, 3>2$	F=1.202; p=0.277	F=0.186; p=0.668
Kaygı	32.25 (14.22)	45.51 (12.32)	51.40 (12.08)	F=599.633; p< 0.001 $np^2=0.8982>1, 3>1, 3>2$	F=0.002; p=0.968	F=0.128; p=0.721

Ölüm korkusu	29.39 (9.35)	43.53 (9.34)	49.50 (9.17)	F=597.371; p<0.001 $np^2=0.8982>1, 3>1, 3>2$	F=1.2295; p=0.260	F=0.961; p=0.330
Stres	32.64 (15.07)	45.76 (12.26)	51.69 (12.04)	F=592.577; p<0.001 $np^2=0.8972>1, 3>1, 3>2$	F=0.20; p=0.980	F=0.414; p=0.522
Kızgınlık	31.44 (14.68)	44.55 (14.44)	50.33 (14.18)	F=266.191; p<0.001 $np^2=0.7972>1, 3>1, 3>2$	F=0.012; p=0.988	F=0.013; p=0.910
Bakımı kabullenememe korkusu	27.32 (10.13)	41.84 (10.18)	47.80 (10.04)	F=587.106; p<0.001 $np^2=0.8962>1, 3>1, 3>2$	F=2.114; p=0.150	F=3.506; p=0.065
Sosyal alanda*						
Değişiklik olmadı	29.00 (11.13)	45.33 (8.23)	51.16 (8.18)	F=224.720; p=0.124	F=1.905; p=0.172	F=0.022; p=0.882
Sosyal etkileşimde azalma	31.11 (14.63)	44.41 (12.59)	50.32 (12.34)	F=566.790; p<0.001 $np^2=0.8932>1, 3>1, 3>2$	F=0.025; p=0.877	F=0.260; p=0.612
Sosyal etkileşimde artma	24.00 (0.00)	39.00 (0.00)	45.00 (0.00)	F=37.408; p=0.761	F=0.102; p=0.754	F=0.396; p=0.588
Sosyal etkileşimin bozulması	28.59 (11.46)	41.31 (9.89)	47.21 (9.74)	F=596.454; p<0.001 $np^2=0.8982>1, 3>1, 3>2$	F=0.442; p=0.510	F=5.279; p=0.025
Aile içi ilişkilerde bozulma	31.29 (13.50)	43.97 (12.14)	49.85 (12.01)	F=603.451; p<0.001 $np^2=0.8992>1, 3>1, 3>2$	F=0.610; p=0.439	F=0.313; p=0.578
Yaşam tarzında değişim	28.74 (11.06)	41.77 (10.35)	47.68 (10.11)	F=600.264; p<0.001 $np^2=0.8982>1, 3>1, 3>2$	F=0.073; p=0.790	F=5.032; p=0.028
Rolleri yerine getirmede değişim	26.51 (7.79)	39.62 (7.77)	45.59 (7.50)	F=567.722; p<0.001 $np^2=0.8932>1, 3>1, 3>2$	F=0.014; p=0.986	F=9.537; p=0.003
Ekonomik alanda*						
Değişiklik olmadı	35.90 (16.36)	48.40 (12.22)	54.25 (12.13)	F=480.367; p<0.001 $np^2=0.876 2>1, 3>1, 3>2$	F=0.469; p=0.498	F=2.627; p=0.110
Ekonomik durumda bozulma	30.10 (12.09)	43.62 (11.41)	49.52 (11.18)	F=480.367; p<0.001 $np^2=0.8762>1, 3>1, 3>2$	F=0.469; p=0.498	F=2.627; p=0.110
İş kaybı	28.32 (10.41)	42.78 (9.58)	48.67 (9.49)	F=608.216; p<0.001 $np^2=0.8992>1, 3>1, 3>2$	F=2.205; p=0.114	F=2.231; p=0.140
Hastanın kişisel bakımının sağlanması						
Evet	31.35 (13.14)	44.57 (11.43)	50.46 (11.25)	F=93.809 p<0.001 $np^2=0.683 2>1, 1>3$	F=0.921; p=0.404	F=5.651; p=0.055
Bazen	60.00 (0.00)	69.00 (4.24)	74.50 (3.53)			
Hayır	24.00 (0.00)	39.50 (2.08)	45.50 (2.08)			
Hasta bakımında herhangi bir eğitim danışmanlık alma durumu						
Evet	31.27 (13.63)	44.44 (11.91)	50.34 (11.69)	F=273.517; p<0.001 $np^2=0.8012>1, 1>3$	F=0.048; p=0.953	F=0.870; p=0.354
Hayır	35.00 (13.56)	48.66 (10.58)	54.44 (10.64)			

Eğitim-danışmanlık gereksinim duyma durumu						
Evet	31.15 (12.79)	44.63 (11.29)	50.52 (11.11)	F=74.856; p<0.001 $np^2=0.6282>1, 3>1, 3>2$	F=1.222; p=0.305	F=0.603; p=0.550
Fikrim yok	40.00 (27.71)	48.33 (20.50)	54.00 (19.92)			
Hayır	39.00 (19.78)	51.50 (11.11)	57.50 (20.50)			
Sağlık kurumlarınca (evde sağlık birimi) verilen eğitimi yeterli bulma durumu						
Yeterli	50.40 (21.46)	59.20 (13.91)	65.00 (13.69)	F=255.093; p<0.001 $np^2=0.7922>1, 3>1, 3>2$	F=2.812; p=0.067	F=5.136; p=0.088 $np^2=0.633$
Kısmen yeterli	29.69 (16.71)	45.30 (14.39)	51.23 (14.07)			
Yetersiz	30.48 (10.53)	43.53 (10.06)	49.42 (9.90)			
Hastada tıbbi olmayan bakım yönetimi (sağlama)						
Evet	31.69 (13.55)	45.05 (11.82)	50.90 (11.01)	F=46.636; p<0.001 $np^2=0.6101>2, 3>1$	F=0.785; p=0.462	F=2.491; p=0.091
Bazen	25.75 (3.50)	39.00 (2.44)	45.00 (2.44)			
Hayır	60.00 (0.00)	66.00 (0.00)	72.00 (0.00)			
Hastada tıbbi bakım yönetimi (sağlama)						
Evet	32.54 (14.21)	45.78 (11.96)	51.66 (11.81)	F=204.204; p<0.001 $np^2=0.7531>2, 2>3$	F=0.068; p=0.991	F=0.872; p=0.872
Bazen	30.00 (11.62)	42.77 (12.48)	48.66 (11.89)			
Hayır	24.50 (4.93)	38.50 (3.87)	44.50 (3.87)			

T1 =Eğitim öncesi, T2 = Eğitim sonrası ilk değerlendirme (8.hafta) T3 = Eğitim sonrası son değerlendirme (16.hafta) ÇBSAD=Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir * $p<0.05$, ***Tekrarlı ölçümlerde ANOVA **** np^2 : Partial eta kare (etki gücü) *****1,2,3: Bonferroni Post Hoc testine göre zamana bağlı farklılıkları gösterir a,b,c: Bonferroni Post Hoc testine göre gruplar arası farklılıkları gösterir

Tablo 4.1.5 'te bakım vericilerin bakıma ilişkin özellikleri ile ÇBASDÖpuanlarının zamana bağlı olarak karşılaştırılması verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin hasta bakımında kendini yeterli hissetme durumları incelendiğinde; yeterli, kısmen yeterli ve yetersiz hissedenden bakım vericilerin zamana bağlı olarak ÇBASDÖ puan ortalamalarının arttığı ve zamana bağlı anlamlı bir değişim olduğu belirlenmiştir ($F=199.686$, $p<0.001$, $np^2=0.749$). Zamana bağlı farkın kaynağını tespit etmek için; Bonferroni yapılmış olup, farkın son değerlendirme (16. hafta) 'den kaynaklandığı bulunmuştur. Hastanın kişisel bakımının sağlanması ($F=93.809$, $p<0.001$, $np^2=0.683$), hasta bakımında eğitim danışmanlık alma durumu ($F=273.517$, $p<0.001$, $np^2=0.801$) ve hasta bakımında eğitim danışmanlığa gereksinim duyma ($F=74.856$, $p<0.001$, $np^2=0.628$) durumlarında zamana bağlı ÇBASDÖpuan ortalamalarının arttığı ve zamana bağlı değişimin anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bakım vericilerin evde sağlık birimi tarafından verilen eğitimi yeterli bulma ($F=255.093$, $p<0.001$, $np^2=0.792$), hastada tıbbi olmayan bakım yönetimi ($F=46.636$, $p<0.001$, $np^2=0.610$) ve tıbbi olmayan bakım yönetimi ($F=204.204$, $p<0.001$, $np^2=0.753$) durumlarında zamana bağlı ÇBASDÖpuan ortalamalarının arttığı ve zamana bağlı değişimin anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Bakım vericilerin yaşamlarında meydana gelen değişiklikler incelendiğinde;

Fiziksel alanda; iştahsızlık ($F=605.953$, $p<0.001$, $np^2=0.896$) yorgunluk ($F=558.251$, $p<0.001$, $np^2=0.254$), solunum rahatsızlıkları ($F=112.065$, $p<0.001$, $np^2=0.896$), nörolojik rahatsızlık ($F=502.944$, $p<0.001$, $np^2=0.881$), uyku bozukluk ($F=580.517$, $p<0.001$, $np^2=0.895$) durumlarında zamana bağlı ÇBASDÖpuan ortalamalarının arttığı ve zamana bağlı olarak anlamlı bir değişimin olduğu bulunmuştur. Psikolojik alanda; öfke ($F=388.003$, $p<0.001$, $np^2=0.851$), ümitsizlik ($F=575.652$, $p<0.001$, $np^2=0.898$), kaygı ($F=599.633$, $p<0.001$, $np^2=0.898$), ölüm korkusu ($F=597.331$, $p<0.001$, $np^2=0.898$), stres ($F=592.577$, $p<0.001$, $np^2=0.897$), kızgınlık ($F=266.191$, $p<0.001$, $np^2=0.797$), bakımı kabullenememe ($F=587.106$, $p<0.001$, $np^2=0.896$) durumlarında zamana bağlı BVTDÖ puan ortalamalarının azaldığı ve zamana bağlı değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Sosyal alanda; sosyal etkileşimde azalma ($F=566.790$, $p<0.001$, $np^2=0.893$), sosyal etkileşimin bozulması ($F=596.454$, $p<0.001$, $np^2=0.898$), aile içi ilişkilerde bozulma ($F=603.451$, $p<0.001$, $np^2=0.898$), yaşam tarzında değişim ($F=600.264$, $p<0.001$, $np^2=0.898$), rolleri yerine getirmede değişim ($F=567.722$, $p<0.001$, $np^2=0.986$) durumlarında zamana bağlı ÇBASDÖpuan ortalamalarının arttığı ve zamana bağlı değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu

tespit edilmiştir. Ekonomik alanda; değişiklik olmadı ($F=480.367$, $p<0.001$, $\eta^2=0.876$), ekonomik durumda bozulma ($F=480.367$, $p<0.001$, $\eta^2=0.876$), iş kaybı ($F=608.216$, $p<0.001$, $\eta^2=0.899$) durumlarında zamana bağlı ÇBASDÖpuan ortalamalarının arttığı ve zamana bağlı değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca belirlenen tüm bu alanlarda zamana bağlı farkın kaynağını tespit etmek için; Bonferroni yapılmış olup, farkı eğitim sonrası ilk değerlendirme (8. hafta) ile eğitim sonrası son değerlendirme (16. hafta) 'den kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 4.1.5).



4.2 Hastalara İlişkin Sonuçlar

Tablo 4.2.1 Hastaların Sosyodemografik Özellikleri (N=70)

Katılımcıların Sosyodemografik özellikleri	Mean (SD)
Yaş	70.47 (11.97) (37-89)
Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi	25.64 (21.93)
Bağımlı olma durumu	n (%)
Tam bağımlı	33 (47.1)
İleri derecede bağımlı	25 (35.7)
Orta derecede bağımlı	10 (14.3)
Hafif derecede bağımlı	2 (2.9)
Cinsiyet	
Kadın	45 (64.3)
Erkek	25 (35.7)
Eğitim durumu	
Okur yazar değil	14 (20.0)
Ortaokul ve ↓	46 (65.7)
Lise ve ↑	10 (14.3)
Medeni durumu	
Evli	58 (82.9)
Bekar	12 (17.1)
Kronik hastalık varlığı	
Diyabet	60 (85.7)
Hipertansiyon	63 (90.0)
Kardiyovasküler hastalıklar	59 (84.3)
Solunum sistemi hastalıkları	40 (57.1)
Deri hastalıkları	24 (34.3)
Kronik eklem hastalıkları	22 (31.4)
Obezite	6 (8.6)

Tablo 4.2.1 ‘de inmeli evde bakım hastalarının sosyodemografik ve eğitim öncesi ile sonrası olmak üzere sağlığa ilişkin özellikleri verilmiştir. Araştırmaya katılan inmeli hastaların yaş ortalaması 70.47±11.97 yıl (min. 37; maks. 89), %64.3’ü kadın, %82.9’u evli ve %65.7’si Ortaokul ve ↓ eğitim seviyesine sahiptir. İnmeli evde bakım hastalarının bağımlı olma durumları Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeks ile değerlendirildi ve 25.64±21.93 ortalama puan değeri olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %47.1’i tam bağımlı, %35.7’si ileri derecede bağımlı, %14.3’ü orta derecede bağımlı ve %2.9’u hafif derecede bağımlı olarak bulunmuştur. Öte yandan inmeli evde bakım hastaların serebrovasküler hastalıklar dışında; %85.7’sinin diyabet, %90’ının hipertansiyon, %84.3’ünün kardiyovasküler hastalıklar, %57.1’nin solunum rahatsızlıkları, %34.3’ünün deri hastalıkları ve %31.4’ünün kronik eklem hastalıkları olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2.2Hastaların Sağlığa İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=70)

Sağlığa ilişkin özellikleri	T1(1) n (%)	T2(2) n (%)	T3(3) n (%)	t; p
Aspirasyon/pnömoni varlığı				
Evet	22 (31.4)	17 (24.3)	17 (24.3)	t=10.000 p<0.001 1>2,3
Hayır	48 (68.6)	53 (75.4)	53 (75.4)	
Hastanın beslenme şekli				
Oral	55 (78.6)	57 (81.4)	57 (81.4)	t=12.000 p=0.039 1<2,3
Enteral	11 (5.7)	11 (15.7)	11 (15.7)	t=0.000 p=1.000
Parenteral	4 (5.7)	2 (2.9)	2 (2.9)	t=9.337 p=0.005 1>2,3
Hastada konstipasyon-diyare varlığı				
Evet	42 (60.0)	35 (50.0)	29 (41.4)	t=19.538 p<0.001 1>2,3
Hayır	28 (40.0)	35 (50.0)	41 (58.6)	
İnkontinans varlığı (üriner-fekal)				
Evet	45 (64.3)	39 (55.7)	38 (54.3)	t=12.286 p=0.002 1>2,3
Hayır	25 (35.7)	31 (44.3)	32 (45.7)	
Demans varlığı				
Evet	36 (51.4)	36 (51.4)	36 (51.4)	t=0.000 p=1.000
Hayır	34 (48.6)	34 (48.6)	34 (48.6)	
Düşme durumu				
Evet	38 (54.3) ^{1,2,3}	31 (44.3)	26 (37.1) ³	t=18.167 p<0.001 1>2,3
Hayır	32 (45.7) ^{1,2,3}	39 (55.7)	44 (62.9) ³	
Afazi/Dizarti riski/varlığı				
Evet	29 (41.4)	27 (38.6)	26 (37.1)	t=4.667 p=0.097
Hayır	41 (58.6)	43 (61.4)	44 (62.9)	
Ekipman varlığı (kateter, PEG...)				
Evet	38 (54.3)	32 (45.7)	30 (42.9)	t=13.000 p=0.002 1>2,3
Hayır	32 (45.7)	38 (54.3)	40 (57.1)	
	T0 (1) Mean (SD)	T1 (2) Mean (SD)	T2 (3) Mean (SD)	Zamana bağlı değişim
Braden Risk Değerlendirme Ölçeği	14.43 (1.18)	16.43 (2.39)	16.71 (2.83)	F=26.938 p<0.001 np ² =0.721 1<2,3

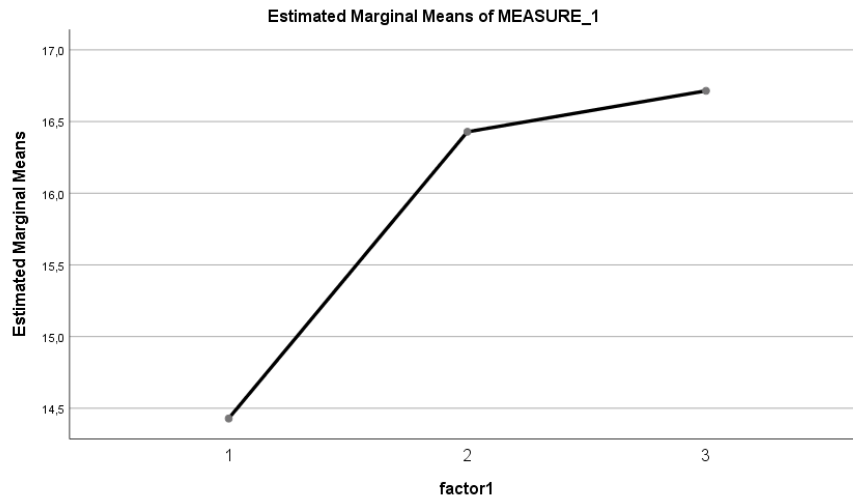
T1 =Eğitim öncesi, T2 = Eğitim sonrası ilk değerlendirme (8.hafta) T3 = Eğitim sonrası son değerlendirme (16.hafta) * Cochran'ın Q testi ** Tekrarlı ölçümlerde ANOVA *** np²: Partial eta kare (etki gücü) ****1,2,3: Bonferroni Post Hoc testine göre zamana bağlı farklılıkları gösterir

İnmeli evde bakım hastalarının bakım vericilerine yönelik verilen eğitim öncesi ve eğitim sonrası hasta sonuçlarını değerlendirmek amacıyla sağlığa ilişkin özellikler Tablo 4.2.2’de verilmiştir.

Buna göre aspirasyon pnömoni varlığı($t=10.000$, $p=0.007$),inkontinans varlığı ($t=12.286$, $p=0.002$),konstipasyon diyare varlığı($t=19.538$, $p<0.001$), düşme durumu($t=18.167$, $p<0.001$)ve inmeli hastalarda ekipman varlığı($t=13.000$, $p=0.002$) durumunda azalmalar olduğu görülmüştür. Görülen bu azalmaların anlamlı olduğu saptanmıştır($p<0.05$).İnmeli evde bakım hastalarına bakım vericilere ilişkin verilen eğitim sonrasında, hastaların oral beslenme şeklinde($t=12.000$, $p<0.001$)anlamlı düzeyde artış, paranteral beslenme şeklinde ($t=9.337$, $p=0.005$)anlamlı bir azalma olduğu ve enteral beslenme ($t=0.000$, $p=1.000$) şeklinde bir değişiklik olmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca afazi dizarti varlığında eğitim sonrası T2 ve T3 zaman aralıklarında azalma olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($t=4.667$, $p=0.097$). Zamana bağlı farkın kaynağını tespit etmek için; post hoc ileri analizlerinde Bonferroni düzeltmesi yapılmış olup, farkın eğitim sonrası ilk değerlendirme T2 (8. hafta) ve son değerlendirme T3, (16. hafta) ‘den kaynaklandığı bulunmuştur.

Hastalarda basınç yarası risk değerlendirmesini incelemek amacıyla Braden risk değerlendirme ölçeği kullanılmıştır. Bakım veren bireylere verilen eğitim sonrasında hastalarda zamana bağlı olarak Braden ölçeği ortalama puanda anlamlı bir artış olduğu tespit edilmiştir($F=26.938$, $p<0.001$, $\eta^2=0.721$).

Müdahaleye ilişkin Estimate Marginal Means tablosu Grafik 4.2.2’de görülmektedir.



Grafik 4.2. 1 Braden Ölçeği Puan Ortalamasının Zamana göre Değişimi

Hastaneye tekrarlı başvuru	T1(1)	T2 (2)	T3 (3)	t	p**	Bonferroni
	n (%)	n (%)	n (%)			
Var	17 (24.3)	11 (15.7)	8 (11.4)	14.000	0.001	1>2,3 2>3
Yok	53 (75.7)	59 (84.3)	62 (88.6)			

Tablo 4.2. 3İnmeli Evde Bakım Hastalarının Hastaneye Başvuru Oranlarının Karşılaştırılması (N=70)

*T1=İnmeli hastalara bakım veren bireylere eğitim verilmeden önce son iki ayda inmeli hastaların hastaneye başvuru durumu, T2=Eğitim sonrası ilk değerlendirme (8. hafta), T3=Eğitim sonrası son değerlendirme (16. hafta) 1,2,3 Bonferroni Post Hoc testine göre farklılıkları gösterir. Sağlık kurumuna başvuru nedenleri; sistemik-kronik hastalıklar, pnömoni, enfeksiyon, konstipasyon-diyare, beslenme bozukluğu, düşme, kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları *t= Cochran'n Q testi, **p<0.05*

Tablo 4.2.3'te inmeli evde bakım hastalarının bakım aldıkları bireylere yönelik eğitim öncesi, eğitim sonrası ilk değerlendirme (8.hafta), eğitim sonrası son değerlendirme (16.hafta) olmak üzere üç farklı zaman dilimindeki hastaneye başvuru oranları bulunmaktadır. Cochran'n Q test sonucuna göre T0 zaman diliminde hastaneye başvuru oranı %24.3 iken T1 zaman diliminde %15.7 ve T3 zaman diliminde ise %11.4 olarak belirlenmiştir. Hastaneye tekrarlı yatış durumları arasında fark olduğu belirlenmiştir (t=14.000, p=0.001). Bonferroni test istatistiğine göre, farkın T2 ve T3 zaman diliminden kaynaklandığı bulunmuştur.

5.TARTIŞMA

İnmeli evde bakım hastalarının bakım vericisi ve inmeli evde bakım hastasının katılımıyla (n=70)yürütülen bu çalışmadan elde edilen bulgular literatür ışığında değerlendirilmiştir.

5.1 İnmeli Evde Bakım Hastalarının Bakım Vericilerinin ÇBASDÖve BVTDÖ

İlişkin Bulgularının Tartışması

Bu araştırmaya katılan inmeli evde bakım hastalarının bakım vericilerinin çoğunluğunun kadın, birinci dereceden aile ferdi olduğu, bakım desteği aldığı ve hasta bakımında yardıma gereksinim duyduğu bulunmuştur. Bu tanımlayıcı bulgular, evde bakım hastaları ve palyatif bakım hastalarının bakım vericileri ile yapılan araştırmalarla benzerdir (Haki ve Ali, 2020; Milberg vd., 2020; Kavga vd., 2021). Ataerkil bir toplumda yaşamamız, toplumumuzun kadınlara yüklemiş olduğu bakım verici rol nedeniyle bir ailede hasta varlığı durumunda hasta bakım görevi kadınlaraverilmektedir. Ayrıca kültürel yapımız sebebiyle birinci dereceden aile fertlerine hasta bakım görevi verilmektedir. Çoğu zaman hastaya bakım veren aile ferdine hasta bakımında destek olunmamaktadır (Özkan vd., 2022; Çalışır Kundakçı ve Yürügen, 2023). Bütün bunları düşündüğümüzde elde ettiğimiz araştırma sonucu beklenen bir durumdur.

Araştırmada model temelli eğitim öncesi bakım vericilerin bakımda kendini yeterli hissetme durumu, hastanın kişisel bakımının sağlanması, hasta bakımında eğitim danışmanlığa gereksinim duyma ve eğitim-danışmanlık alma durumlarının yetersiz düzeyde olduğu, eğitim sonrası ise bu parametrelerde anlamlı bir artış olduğu görülmüştür. Ahn ve diğerleri (2020) kanser tedavisi gören evde bakım hastalarının bakım vericilerine yapılan eğitimsel vepsikososyal müdahalelerin; bakım vericilerin eğitim gereksinimlerini karşıladığını, hasta bakımında yeterlilik düzeyini arttırdığını bulmuşlardır (Leung vd., 2022; Ahn vd., 2020). Başka bir araştırmada ise inmeli evde bakım hastalarının bakım vericilerinin, hasta bakımına yönelik eğitim gereksinimi olduğu ve hasta bakımında kendilerini yetersiz hissettikleri belirlenmiştir. Daha sonra bakım vericilere hemşireler tarafından hasta bakımına yönelik Transisyonel Bakım Modeline temellendirilmiş eğitim programı uygulanmıştır. Çalışmanın sonucunda bakım vericilerin bakıma yönelik kendini yeterli hissetme düzeyinde artış, bakıma ilişkin eğitim-danışmanlık gereksinimlerinde azalma olduğu görülmüştür (S. Lin, Xiao vd., 2022). İnmeli evde bakım hastalarına bakım verme zor, tecrübesizlik ve yetersiz eğitimi içersinde barındıran uzun bir süreçtir (Tang vd., 2017; Lobo vd.,

2023). Dolayısıyla anı gerçekleşen inme durumu ve bakım vericilerin deneyimsiz ve tecrübesiz oluşu, sağlık profesyonellerinin bakım veren bireylere kısıtlı zaman ayırmalarının müdahale öncesi sonuçlarda etkili olabileceği düşünülmektedir.

Öte yandan eğitim öncesi bakım vericilerde iştahsızlık, yorgunluk, uyku bozuklukları olmak üzere fiziksel alanda; öfke, ümitsizlik, kaygı, ölüm korkusu, stres, kızgınlık ve bakımı kabullenememe olmak üzere psikolojik alanda olumsuz değişiklikler olduğu belirlenmiştir. Ayrıca sosyal etkileşimde azalma, sosyal etkileşimde bozulma, aile içi ilişkilerde bozulma, yaşam tarzında değişim ve rolleri yerine getirmede değişim olmak üzere sosyal alanda; ekonomik durumda bozulma ve iş kaybı olmak üzere ekonomik alanda olumsuz değişiklikler olduğu bulunmuştur. Bu araştırma sonucu inmeli evde bakım hastaları, palyatif bakım alan hastalar ve onkoloji hastalarının bakım vericilerine yönelik çalışma sonuçlarıyla benzerdir (Cengiz vd., 2021; Tiwari vd., 2021; Thana vd., 2021). Model temelli eğitim sonrası tüm bu alanlardaki olumsuz deneyimlerde azalmalar olduğu tespit edilmiştir. Weir ve diğerleri (2022) nörolojik rahatsızlığı bulunan evde bakım hastalarının bakım vericileri ile yaptıkları araştırmalarında, belli periyotlarla hasta bakımına ilişkin verilen eğitimin bakım vericilerde fiziksel, sosyal ve psikolojik alanlarda olumlu gelişmeler sağladığını bulmuşlardır (Weir vd., 2022). İnmeli evde bakım hastalarının bakım vericileri ile yapılan farklı bir araştırmada ise, hasta bakımı ve bakım vericilerin fiziksel-psikolojik sağlığını iyileştirmeye ilişkin müdahale sonrası bu alanlarda olumlu değişimler olduğu belirlenmiştir (Ali vd., 2020). Araştırma sonucundan elde edilen bulgular bakım vericilerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik alanda desteğe gereksinimi olduğuna işaret etmektedir. Dolayısıyla, evde sağlık hizmeti veren hemşirelerin bakım verici ve hastaları bütüncül olarak ele alması gerektiği öngörülmektedir.

Bu araştırmada eğitim sonrası BVTDO puan ortalamalarının zamana bağlı olarak azaldığı ve ölçümler arasında (eğitim sonrası ilk değerlendirme (8. hafta) ile son değerlendirme (16. hafta)) fark olduğu bulunmuştur. Araştırma sonucu ile benzer şekilde inmeli evde bakım hastalarının bakım vericileri üzerinde yapılan bir çalışmada bakıma yönelik eğitim, destek almayan bireylerde bakım verme tepkisinin daha yüksek boyutta olduğu belirlenmiştir (Gogoi vd., 2020). Başka bir araştırmada ise inmeli evde bakım hastalarının bakım vericilerine uygulanan eğitim müdahalesi sonrasında izlemler yapılmış olup, hasta bakımına yönelik olumlu duygularının zaman içinde arttığı belirlenmiştir (Rumiati vd., 2021). Araştırmadan farklı şekilde yapılmış bir çalışmada

ise inme sonrası evde bakım alan yaşlı hastaların bakım vericilerine bakım faaliyetleri konusunda rehberlik amacıyla hemşireler tarafından yapılan ev ziyaretleri sonrası müdahale grubundabakım vermetepkilerindeolumlu etkiler olduğu görülmüştür(Day vd., 2021).

Araştırmada eğitimsonrası ÇBASDÖpuan ortalamalarının zamana bağlı olarak arttığı bulundu.Yalnızca inmeli hastaların değil bakım vericilerinin de sosyal desteğe gereksinimi bulunmaktadır (Lobo vd., 2023).Huang ve diğerleri (2023)araştırmalarında inmeli evde bakım hastalarının bakım vericilerininsağlık profesyonelleri tarafından geri planda tutulduğu, yalnızca hasta odaklı bakım verildiği ve bakım vericilerin sosyal destek algılarının oldukça düşük olduğunubildirmişlerdir(Huang vd., 2023).Araştırma sonucu ile benzer şekilde Lin ve diğerleri (2023) çalışmalarında inmeli evde bakım hastalarının bakım vericilerine geçiş bakım modeli doğrultusunda eğitim vermişlerdir. Eğitim sonrasında inmeli hastaların bakım vericilerine bakıcı eğitimi ve bakıcı desteği gibi çoklu müdahaleler ile sosyal destek algılarının zamana bağlı olarak arttığını saptamışlardır(S. Lin vd., 2023).Araştırma sonucunda inmeli evde bakım hastalarının bakım vericilerinin bakım verme tepkilerinin daha olumlu düzeyde olduğu ve sosyal destek düzeylerinin arttığı ve literatürle uyumlu olduğu görülmektedir(Mack ve Hildebrand, 2023;Sajwani-Merchant vd., 2023).Eğitim sonrası değerlendirmelerde bu etkinin devam etmesi, bakım vericilerin bir desteğe ihtiyacının olduğunu düşündürmektedir. Bu bağlamda evde bakım hemşirelerinin yalnızca hastayı değil bakım verenleri de ele alarak bütüncül değerlendirmeleri önemlidir.

Araştırmada eğitim sonrası bakım vericilerin kendilerini yeterli hissetme durumlarına yönelik bakım verme tepkilerininzamana bağlı olarak azaldığıbelirlenmiştir. Yine eğitim sonrası bakım vericilerin kendini yeterli hissetme durumlarına yönelik algıladıkları sosyal destek düzeyinin arttığı bulunmuştur. İnmeli evde bakım hastalarının bakım vericileri genel olarak hasta bakımında kendilerini yetersiz hissetmektedir. Hasta ve ailenin bireysel ihtiyaçlarına dayalı bilgi ve eğitim sağlamasıbakım vericilerin bakıma yönelik olumsuz tepkilerini azaltmakta ve sosyal destek algılarını güçlendirmektedir (Zhong vd., 2020;Merati-Fashi vd., 2022). İnmeli hastaların bakım vericilerine hasta bakımında yeterliliği arttıracak eğitimsel müdahalelere yer verilmesi hatta sağlık kurumu olarak bütün bu rehberlik hizmetlerinin kurum politikası haline getirilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada eğitim sonrası bakım vericilerin zamanla BVTDO puan ortalamalarının; hasta bakımında danışmanlık alma, hasta bakımında eğitim-danışmanlığa gereksinim duyma ve hastanın kişisel bakımının sağlanması durumlarına göre azaldığı bulunmuştur. ÇBASDO puan ortalamalarının ise, bu parametrelerde arttığı bulunmuştur. Farklı bir araştırmada hem inme geçiren hastalar hem de bakım vericilerine İşbirlikçi Bakım Modeline dayalı eğitim programı uygulanmıştır. Araştırma sonucunda bakım vericilerinden danışmanlık alması ve eğitim danışmanlığa gereksinim duymaları ile hastaların öz bakım gereksinimlerini gidermede olumlu gelişmeler kaydedilmiştir. Ayrıca bakım verme tepkileri ve sosyal destek algılarında da iyileşmeler olduğu bildirilmiştir (Wu vd., 2020). Benzer şekilde yapılmış olan çalışmalar araştırma sonucunu desteklemektedir (Moukhtar Ibrahim vd., 2021; Ashghali Farahani vd., 2021). Bu bilgiler bize inmeli hastaların bakım vericilerine uygulanan model temelli eğitim sonrasında, hasta bakımına ilişkin danışmanlık-eğitimsel gereksinimlerinin karşılandığını göstermektedir. Bakım verme tepkileri azalan ve sosyal destek algıları yükselen bakım vericilerin hasta öz bakımına daha fazla odaklanması beklenen bir durumdur. Fakat bakım vericilerin eğitim danışmanlık gereksiniminin her iki izlemde de artması, bakım vericilerin bu konuda uzun vadeli bir çözüme ihtiyaçları olduğuna işaret etmektedir.

Model temelli eğitim sonrasında, bakım vericilerin BVTDO puan ortalamalarının fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik alanlarda azaldığı, ÇBASDO puan ortalamalarının ise bu alanlarda anlamlı düzeyde arttığı bulunmuştur. Anlamlı farklılığın eğitim sonrası ilk değerlendirme (8. hafta) ile son değerlendirme (16. hafta) kaynaklı olduğu ve araştırmada sürekliliğin sağlandığı belirlenmiştir. Literatürde inmeli hastaların bakım vericilerine bakıma yönelik eğitim sonrasında, iştahsızlık, yorgunluk, uykusuzluk gibi fiziksel alanda; bakımı kabullenememe, kaygı, stres gibi psikolojik alanda ve sosyal ilişkiler ile aile ilişkilerin bozulması gibi sosyal alanlarda olumlu değişimler olduğu belirlenmiştir. Öte yandan bu olumlu değişimlerin bakım verme ve sosyal destek algılarına da olumlu etkileri olduğunu bildiren araştırmalar mevcuttur (Hekmatpou vd., 2019; Andrades-González vd., 2021). Araştırma bulgularında inmeli hastaların bakım vericilerine Precede-Proceed Model temelli verilen eğitim sonrasında, bakım verme tepkileri, sosyal destek algı düzeyleri ve hasta bakımına yönelik olumlu gelişmeler olduğu görülmüştür. Görülen olumlu gelişmeler üzerinde bakım vericilerin kendilerini yalnız hissetmeleri, sağlık profesyonelleri tarafından

gerekli desteği görememeleri ve eğitim danışmanlık konusunda ciddi şekilde gereksinimlerinin olması etkili olabilir. Bu bağlamda sağlık profesyonellerinin bakım vericileri hasta bakımında yalnız bırakmamaları, onların ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurmaları hasta ve bakım veren üzerinde olumlu gelişmelerin sürekliliğini sağlayacağı düşünülmektedir.

5.2 İnmeli Evde Bakım Hastalarının Hasta Sonuçlarına İlişkin Bulgularının Tartışılması

Bu araştırmaya katılan inmeli evde bakım hastalarının çoğunluğunun kadın, yaşlı, tam bağımlı ve birden fazla kronik hastalıkları olduğu bulunmuştur. Bu tanımlayıcı bulgular, inmeli evde bakım hastalarına yönelik yapılan araştırmalarla paralellik göstermektedir(Vluggen vd., 2020; Ewing vd., 2023;Zhou vd., 2022).Araştırmadan elde edilen sonuçlarda kadınların yaşam süresinin daha uzun olması, erkeklerle kıyaslandığında fiziksel, ruhsal yıpranmanın fazla olması(Sarkar vd., 2023), yaşlanma ve yaşlanmaya bağlı kronik hastalık düzeylerinde artış ve bağımlı olma düzeylerinde artış gibi faktörlerin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada, inmeli evde bakım hastalarının genelinde konstipasyon-diyare varlığı, inkontinans varlığı, daha önce düştüğü ve ekipman kullanım durumu olduğu bulunmuştur.Bakım vericilere Precede-Proceed model doğrultusunda verilen eğitim sonrasında, hastalara ait bu parametrelerde olumlu yönde iyileşmeler olduğu bulunmuştur. Pucciarelli ve diğerleri (2021)ele aldıkları araştırmada inmeli hastaların bakım vericilerine yapılan etkin eğitim müdahalleri sonrasında inmeli hastalarda boşaltım, gastrointestinal sistem, düşme gibi fiziksel alanlarda anlamlı derecede iyileşme olduğunu bulmuşlardır (Pucciarelli vd., 2021). Başka bir araştırmada ise,inmeli evde bakım hastalarının bakım vericilerine, Neuman Sistemler Modeli doğrultusunda verilen eğitim sonrasında, müdahale grubundaki hastalarda fiziksel ve psikolojik alanlarda olumsuz değişim olmadığı belirlenmiştir. Fakat kontrol grubundaki hastalarda, enfeksiyon, gastrointestinal sistem rahatsızlıkları, boşaltım sorunu kaynaklı üriner kateter kullanımı ve psikolojik sorunlar görüldüğü bildirilmiştir (Deepradit vd., 2023).

Araştırma sonucunda hastalarda aspirasyon pnömonisi olduğu fakat model temelli eğitim sonrasında anlamlı düzeyde azalma olduğu, basınç yarası gelişme riskinde azalma ve oral beslenme düzeyinde eğitim sonrası anlamlı bir artış olduğu bulunmuştur. Pender ‘in Sağlığı Geliştirme Modeli kullanılarak yapılan bir çalışmada eğitim programı sonrasında müdahale yapılan hasta grubundabeslenme bozukluğu, aspirasyon

pnömonisi ve basınç yarası gelişme riski durumlarında azalma olduğu ve bu farkın anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur (Mudgal vd., 2021).Demir Avcı ve Gözüm (2023)'ün bu araştırma ile benzer şekilde Transisyonel Bakım Modeli kullanarak yaptıkları çalışmalarında, inmeli evde bakım hastalarının bakım vericilerine verdikleri eğitim sonrası hastalarda basınç yarası gelişme riskinin azaldığını saptamışlardır (Demir Avcı ve Gözüm, 2023).

Bu araştırma sonucuna göre eğitim sonrası zamana bağlı olarak hastaların sağlık kurumuna başvuru oranlarının azaldığı belirlenmiştir. Ayrıca hastaneye tekrarlı yatış oranlarının da azaldığı görülmüştür.Literatürde farklı modeller kullanılarak yapılan çalışma sonuçları bu araştırma sonucunu desteklemektedir (Deepradit vd., 2023;Tan vd., 2022;Demir Avcı ve Gözüm, 2023).

İnmeli evde bakım hastalarının bakım vericilerinin çoğu zaman hasta bakımında yalnız kaldığı, sağlık çalışanlarından yeterince destek göremedikleri ve hastaya bakım verirken zorlandıkları araştırma sonucuyla da desteklenmiştir. Dolayısıyla bakım vericilerin öncelikle hasta bakımına ve kendilerine olan olumsuz düşüncelerinin değişmesi gerekmektedir. Bu değişim ise sağlık çalışanlarının bakım vericilere sunacağı etkin eğitim danışmanlık hizmeti ile mümkün olacağı düşünülmektedir. Precede-Proceed Model temelli eğitim sonrasında bakım vericilerin deneyimlerinin olumlu hale gelmesinin yanısıra hastalarda komplikasyonların azalması, hastaneye tekrarlı yatış oranlarının azalması ve olumlu değişimlerin görülmesi bu durumu desteklemektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

İnmeli evde bakım hastalarının bakım vericilerine Precede-Proceed Modeline temellendirilerek verilen eğitim programının bakım verme tepkisi, algılanan sosyal destek düzeyi ve hasta sonuçlarına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmada şu sonuçlar bulunmuştur:

- İnmeli evde bakım hastalarının bakım vericilerine Precede-Proceed Modeli doğrultusunda verilen eğitimin bakım vericilerin bakım verme tepkilerine olumlu etkisi olmuştur(Tablo 4.1.3).
- İnmeli evde bakım hastalarının bakım vericilerine Precede-Proceed Modeli doğrultusunda verilen eğitimin bakım vericilerin sosyal destek düzeylerine olumlu etkisi olmuştur (Tablo 4.1.3).

- İnmeli evde bakım hastalarının bakım vericilerine Precede-Proceed Modeli doğrultusunda verilen eğitim sonrasında bakım vericilerin bakıma ilişkin özelliklerinde olumlu gelişmeler olduğu görülmüştür (Tablo 4.1.2).
- İnmeli evde bakım hastalarının bakım vericilerine Precede-Proceed Modeli doğrultusunda verilen eğitimin hastada oluşabilecek komplikasyonları azalttığı bulunmuştur(Tablo 4.2.1).
- İnmeli evde bakım hastalarının bakım vericilerine Precede-Proceed Modeli doğrultusunda verilen eğitimin hastaneye tekrarlı başvuruları azalttığı belirlenmiştir(Tablo 4.2.2)

6.2 Öneriler

- İnmeli evde bakım hastalarının bakım vericilerine Precede-Proceed Model doğrultusunda eğitim verilerek hem bakım vericilerin hem de hastaların bakım sürecinin kolaylaştırılması,
- Evde bakım hemşirelerinin yalnızca hasta odaklı hareket etmeden hem hastayı hem de bakım vereni içerisine alan Precede-Proceed Model doğrultusunda bütüncül bir yaklaşımla bakım sunmaları,
- İnmeli hastalara bakım veren tüm sağlık çalışanlarının Precede-Proceed Model temelli eğitim hakkında bilgilendirilmelerinin sağlanması,
- İnmeli evde bakım hastalarının bakım vericilerinin bakım verme tepkilerini azaltıp sosyal destek algılarını güçlendirmek amacıyla psikososyal destek olunması,
- İnmeli hastalara ve bakım vericilerine daha etkin bakım sunarak, yapılan tüm uygulamaları tek sistem üzerinde görebilmek amacıyla bir aplikasyon tasarlanması önerilmektedir.

6.3 Sınırlılıklar

Bakım vericiler ile ilgili elde edilen bulguların bakım vericilerin ifadelerine dayanması, araştırmanın tek merkezde yapılması, örneklem çeşitliliğinin belli sayıda olması ve yalnızca inmeli hastalar ile bakım vericilerinin ele alınması araştırmanın sınırlılıkları arasındadır.

KAYNAKÇA

- Ahn, S., Romo, R. D., & Campbell, C. L. (2020). A systematic review of interventions for family caregivers who care for patients with advanced cancer at home. *Patient Education and Counseling*, 103(8), 1518–1530. <https://doi.org/10.1016/J.PEC.2020.03.012>
- Akçoban, S., & Eskimez, Z. (2023). Homecare patients' quality of life and the burden of family caregivers: a descriptive cross-sectional study. *Home Health Care Services Quarterly*. <https://doi.org/10.1080/01621424.2023.2177224>
- Al-Surimi, K., Al-Harbi, I., El-Metwally, A., & Badri, M. (2019). Quality of life among home healthcare patients in Saudi Arabia: household-based survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/S12955-019-1095-Z>
- Albayrak, I., Biber, A., Çalışkan, A., & Levendoglu, F. (2019). Assessment of pain, care burden, depression level, sleep quality, fatigue and quality of life in the mothers of children with cerebral palsy. *https://doi.org/10.1177/1367493519864751*, 23(3), 483–494. <https://doi.org/10.1177/1367493519864751>
- Ali, E., El, A., Sheha, M., Abouda, A., Soultan, A., Malk, R. N., Mohammed, E., & Elsherbeny, M. (2020). Effect of a Planned Health Teaching on Improving Knowledge and Competence of Home Care Practice of Post Stroke Patient Among Caregivers' Achievement. *International Journal of Studies in Nursing*, 5(2), 51. <https://doi.org/10.20849/IJSN.V5I2.761>
- Andrades-González, I., Romero-Franco, N., & Molina-Mula, J. (2021). e-Health as a tool to improve the quality of life of informal caregivers dealing with stroke patients: Systematic review with meta-analysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 53(6), 790–802. <https://doi.org/10.1111/JNU.12699>
- Arshad, A., Shaheen, F., Safdar, W., Tariq, M. R., Navid, M. T., Qazi, A. S., Awan, M. A., Sajid, M. W., & Garti, H. K. (2023). A PRECEDE-PROCEED model-based educational intervention to promote healthy eating habits in middle school girls. *Food Science & Nutrition*, 11(3), 1318–1327. <https://doi.org/10.1002/FSN3.3167>
- Ashghali Farahani, M., Najafi Ghezeljeh, T., Haghani, S., & Alazmani-Noodeh, F. (2021). The effect of a supportive home care program on caregiver burden with stroke patients in Iran: an experimental study. *BMC Health Services Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/S12913-021-06340-4>
- Azar, F. E., Solhi, M., Darabi, F., Rohban, A., Abolfathi, M., & Nejhadadgar, N. (2018). Effect of educational intervention based on PRECEDE-PROCEED model combined with self-management theory on self-care behaviors in type 2 diabetic patients. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 12(6), 1075–1078. <https://doi.org/10.1016/J.DSX.2018.06.028>
- Bal, C., & Koç, Z. (2020). İskemik İnme Geçiren Bireyin NANDA-I'ya Göre Hemşirelik Tanıları, NIC Hemşirelik Girişimleri ve NOC Çıktıları. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 12(3), 443–456. <https://doi.org/10.5336/nurses.2019-70124>

- Banerjee, G., Stone, S. P., & Werring, D. J. (2018). Posterior circulation ischaemic stroke. *BMJ*, 361. <https://doi.org/10.1136/BMJ.K1185>
- Bergstrom, N., Braden, B., Kemp, M., Champagne, M., & Ruby, E. (1998). Predicting Pressure Ulcer Risk A Multisite Study of the Predictive Validity of the Braden Scale. *Nursing Research*, 47(5), 261–269.
- Bilgili, N., & Gözüm, S. (2014). İnmeli hastaların evde bakımı: bakım verenler için rehber. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(2), 128–150.
- Bridges, L. S., Sharma, M., Lee, J. H. S., Bennett, R., Buxbaum, S. G., & Reese-Smith, J. (2018). Using the PRECEDE-PROCEED model for an online peer-to-peer suicide prevention and awareness for depression (SPAD) intervention among African American college students: experimental study. *Health Promotion Perspectives*, 8(1), 15. <https://doi.org/10.15171/HPP.2018.02>
- Bullington, J., Söderlund, M., Bos Sparén, E., Kneck, Å., Omérov, P., & Cronqvist, A. (2019). Communication skills in nursing: A phenomenologically-based communication training approach. *Nurse Education in Practice*, 39, 136–141. <https://doi.org/10.1016/J.NEPR.2019.08.011>
- Calano, B. J. D., Cacal, M. J. B., Cal, C. B., Calletor, K. P., Guce, F. I. C. C., Bongar, M. V. V., & Macindo, J. R. B. (2019). Effectiveness of a community-based health programme on the blood pressure control, adherence and knowledge of adults with hypertension: A PRECEDE-PROCEED model approach. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9–10), 1879–1888. <https://doi.org/10.1111/JOCN.14787>
- Çalışır Kundakçı, Ş., & Yürügen, B. (2023). Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Faktörler. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 6(1), 35–44. <https://doi.org/10.54189/HBD.1189507>
- Çalışkan, T., Demirel, U., Yıldırım, Y., & Şenuzun, A. F. (2021). İnmede Evde Sağlık Hizmetleri Hemşiresinin Rolü: Güçlendirme Modeli. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 91–96. <https://doi.org/10.5152/EURASIANJMED.2020.19155>
- Caro, C. C., Costa, J. D., & Da Cruz, D. M. C. (2018). Burden and Quality of Life of Family Caregivers of Stroke Patients. <https://doi.org/10.1080/07380577.2018.1449046>, 32(2), 154–171. <https://doi.org/10.1080/07380577.2018.1449046>
- Çelik, G. E., & Toprak, D. (2018). Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 10(5), 15–19.
- Cengiz, Z., Turan, M., Olmaz, D., & Erce, Ç. (2021). Care Burden and Quality of Life in Family Caregivers of Palliative Care Patients. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 17(1), 50–63. <https://doi.org/10.1080/15524256.2021.1888844>
- Cereda, D., Federici, A., Guarino, A., Serantoni, G., Bastiampillai, J. A., Gabrielli, E., Grimaccia, F., Tessandri, L., Schivardi, M., Crisetig, M., Bardelli, R., Gola, G., Anghinoni, E., Bozzeda, A., Gotti, S., D’Oro, L. C., Ilardo, A., Moretti, G., Lobuono, F., ... Rossi, P. G. (2020). Development and first application of an audit system for screening programs based on the PRECEDE-PROCEED model: an experience with breast cancer screening in the region of Lombardy (Italy). *BMC*

- Public Health*, 20(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/S12889-020-09842-8/TABLES/5>
- Çetinkaya, N., & Dönmez, E. (2023). İnmeli Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yükü, Anksiyete ve Depresyon Düzeyinin İncelenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 10(1), 49–59. <https://doi.org/10.52880/sagakaderg.1179811>
- Che, F., Wang, A., Ju, Y., Liu, L., Ma, N., Cheng, Z., Duan, H., Zhao, X., & Geng, X. (2023). Prevalence and Impact of Medical Complications on Clinical Outcomes in Acute Ischemic Stroke Patients After Endovascular Therapy – Data From a Comprehensive Stroke Unit in China. *World Neurosurgery*. <https://doi.org/10.1016/J.WNEU.2023.11.113>
- Chen, J., Wen, Y., Jin, L., Peng, J., & Ji, J. (2022). Effect of Clinical Nursing Pathway Intervention Based on Evidence-Based Medicine on Venous Thrombosis in Long-Term Bedridden Patients. *Journal of Healthcare Engineering*, 2022(1), 5120569. <https://doi.org/10.1155/2022/5120569>
- Cohen, J. (2013). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. In *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Dağdeviren, S. T., Demir, N., Didem, A., Dağdeviren, M., & Tekin, O. (2020). Assessment of maintenance burden in the caregivers of the patients receiving home health care services. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14(2), 186–195. <https://doi.org/10.21763/TJFMPC.730172>
- Day, C. B., Bierhals, C. C. B. K., Mocellin, D., Predebon, M. L., Santos, N. O., Dal Pizzol, F. L. F., Fuhrmann, A. C., Aires, M., & Paskulin, L. M. G. (2021). Nursing Home Care Intervention Post Stroke (SHARE) 1 year effect on the burden of family caregivers for older adults in Brazil: A randomized controlled trial. *Health & Social Care in the Community*, 29(1), 56–65. <https://doi.org/10.1111/HSC.13068>
- Deepradit, S., Powwattana, A., Lagampan, S., & Thiangtham, W. (2023). Effectiveness of a family-based program for post-stroke patients and families: A cluster randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Sciences*, 10(4), 446–455. <https://doi.org/10.1016/J.IJNSS.2023.09.020>
- Demir Avci, Y., & Gözümlü, S. (2023). Effects of Transitional Care Model-Based Interventions for Stroke Patients and Caregivers on Caregivers' Competence and Patient Outcomes: Randomized Controlled Trial. *CIN - Computers Informatics Nursing*, 41(10), 805–814. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000991>
- Doğusan, A. R. (2019). Türkiye’de evde sağlık hizmetleri ile ilgili mevzuat ve gelişimi. *Ankara Med J*, 19(3), 684–693. <https://doi.org/10.17098/amj.624563>
- Efi, P., Fani, K., Eleni, T., Stylianos, K., Vassilios, K., Konstantinos, B., & Kyriaki, M. (2017). Quality of life and psychological distress of caregivers’ of stroke people. *Acta Neurol Taiwan*, 26(4), 154–166.
- Eker, D. (1995). Çok Boyutlu Ağılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12, 17–25.
- Ewing, A. C., Li, Y., Chen, X., Gallis, J., Su, K., Turner, E. L., & Yan, L. L. (2023).

- Stroke and activity limitation in Chinese adults 65 Years or older. *Disability and Health Journal*, 16(3), 101452. <https://doi.org/10.1016/J.DHJO.2023.101452>
- Fadhilah, H., & Permanasari, V. Y. (2020). Economic Burden Bore by Patients and Families because of stroke: Policy Assessment. *Journal of Indonesian Health Policy and Administration*, 5(3). <https://doi.org/10.7454/IHPA.V5I3.3180>
- Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., Fisher, M., Pandian, J., & Lindsay, P. (2022). World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. *International Journal of Stroke*, 17(1), 18–29. https://doi.org/10.1177/17474930211065917/ASSET/IMAGES/LARGE/10.1177_17474930211065917-FIG2.JPEG
- Fertelli, T. K., & Özkan, F. T. (2019). İnmeli bireye bakım verenlerde bakım yükü, sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *JAREN*, 5(2), 107–115. <https://doi.org/10.5222/jaren.2019.52386>
- Fırat, O., Karakuş, M., Topçuoğlu, M. A., & Demirkan, K. (2021). İskemik İnmelerde Risk Faktörlerinin Yönetiminde Kılavuz Karşılaştırması. *Journal of Continuing Medical Education*, 30(3), 211–217. <https://doi.org/10.17942/STED.890125>
- Garcia, M. L., Gatdula, N., Bonilla, E., Frank, G. C., Bird, M., Rascón, M. S., & Rios-Ellis, B. (2019). Engaging Intergenerational Hispanics/Latinos to Examine Factors Influencing Childhood Obesity Using the PRECEDE–PROCEED Model. *Maternal and Child Health Journal*, 23(6), 802–810. <https://doi.org/10.1007/S10995-018-02696-Y/TABLES/3>
- Gillen, G. (2015). Stroke rehabilitation: A function-based approach. In *Stroke Rehabilitation: A Function-Based Approach*. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/C2012-0-02658-0>
- Given, C. W., Given, B., Stommel, M., Collins, C., King, S., & Franklin, S. (1992). The caregiver reaction assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments. *Research in Nursing & Health*, 15(4), 271–283. <https://doi.org/10.1002/NUR.4770150406>
- Gogoi, R., Singh, A., Ali, A., & Borah, U. (2020). Psychiatric Social Work Intervention in Spouse of Stroke Survivor. *National Journal of Professional Social Work*, 21(2), 131–140. <https://doi.org/10.51333/NJPSW.2020.V21.I2.296>
- Gök, U. H., & Çatıker, A. (2019). Evde Bakım Hastalarının Bakım Vericilerindeki Stres Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 35(3), 115–122.
- Green, L. W., & Kreuter, M. V. (1999). *Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach (3rd ed.)*. Mc Graw-Hill.
- Güçmen, N., Güçmen, B., & Koca, T. T. (2022). İnmeli Hastalarda Malnütrisyon ve Disfajinin Önemi. *KSU Medical Journal*, 17(2), 182–190. <https://doi.org/10.17517/KSUTFD.876155>
- Gül, Ş. (2019). Bakım Kavramı Işığında Hemşirelik Bakımı ve Etkileyen Faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 129–134. <https://doi.org/10.31067/0.2019.134>
- Haki, C., & Ali, A. (2020). Comparative Evaluation of Stroke Awareness of Individuals

- Whose First-Degree Relatives had a Stroke and that of Individuals Whose First-Degree Relatives Did Not. *The Neurologist*, 26(1), 10–14.
<https://doi.org/10.1097/NRL.0000000000000306>
- Hekmatpou, D., Baghban, E. M., & Dehkordi, L. M. (2019). The effect of patient care education on burden of care and the quality of life of caregivers of stroke patients. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 12, 211–217.
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S196903>
- Hlaing, P. H., Sullivan, P. E., & Chaipayat, P. (2019). Application of PRECEDE-PROCEED planning model in transforming the Clinical Decision Making behavior of physical therapists in Myanmar. *Frontiers in Public Health*, 7(May), 415574.
<https://doi.org/10.3389/FPUH.2019.00114/BIBTEX>
- Hu, P., Yang, Q., Kong, L., Hu, L., & Zeng, L. (2018). Relationship between the anxiety/depression and care burden of the major caregiver of stroke patients. *Medicine*, 97(40). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012638>
- Huang, N., Tang, Y., Zeng, P., Guo, X., & Liu, Z. (2023). Psychological status on informal carers for stroke survivors at various phases: a cohort study in China. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1173062.
<https://doi.org/10.3389/FPSYT.2023.1173062/BIBTEX>
- Jacobs, G. (2018). Patient autonomy in home care: Nurses' relational practices of responsibility. <https://doi.org/10.1177/0969733018772070>, 26(6), 1638–1653.
<https://doi.org/10.1177/0969733018772070>
- Jarva, E., Mikkonen, K., Tuomikoski, A. M., Kääriäinen, M., Meriläinen, M., Karsikas, E., Koivunen, K., Jounila-Ilola, P., & Oikarinen, A. (2021). Healthcare professionals' competence in stroke care pathways: A mixed-methods systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(9–10), 1206–1235.
<https://doi.org/10.1111/JOCN.15612>
- Jeihooni, A. K., Kashfi, S. M., Hatami, M., Avand, A., & Bazrafshan, M. R. (2019). The Effect of Educational Program Based on PRECEDE Model in Promoting Prostate Cancer Screening in a Sample of Iranian Men. *Journal of Cancer Education*, 34(1), 161–172. <https://doi.org/10.1007/S13187-017-1282-8/METRICS>
- Johnson, S., & Bacsu, J. (2018). Understanding complex care for older adults within Canadian home care: a systematic literature review. *Home Health Care Services Quarterly*, 37(3), 232–246. <https://doi.org/10.1080/01621424.2018.1456996>
- Kargar, M., Ghahremani, L., Kaveh, M. H., & Nazari, M. (2021). The Role of Occupational Factors in Physical Activity of Nurses Based on PRECEDE-PROCEED Model. *Journal of Health Sciences & Surveillance System*, 9(4), 235–242. <https://doi.org/10.30476/JHSS.2020.87943.1128>
- Kavga, A., Kalemikerakis, I., Faros, A., Milaka, M., Tsekoura, D., Skoulatou, M., Tsatsou, I., & Govina, O. (2021). The Effects of Patients' and Caregivers' Characteristics on the Burden of Families Caring for Stroke Survivors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14).
<https://doi.org/10.3390/IJERPH18147298>
- Kaya, Ç. A., Mercan, E., & Çifçili, S. (2018). Evde sağlık hizmeti almak için başvuran inmeli hastaların sağlık ve bakım ihtiyaçları. *The Journal of Turkish Family*

- Physician*, 9(3), 69–77. <https://doi.org/10.15511/TJTTP.18.00369>
- Kazemi, A., Azimian, J., Mafi, M., Allen, K. A., & Motalebi, S. A. (2021). Caregiver burden and coping strategies in caregivers of older patients with stroke. *BMC Psychology*, 9(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/S40359-021-00556-Z/TABLES/3>
- Khani Jeihooni, A., Ghasemi, M., Mobaraei, A. H., Jamshidi, H., & Afzali Harsini, P. (2019). The Application of PRECEDE Model on Preventing Osteoporosis in Women. *Clinical Nursing Research*, 30(3), 241–252. <https://doi.org/10.1177/1054773819865874>
- Kim, J., Jang, J., Kim, B., & Lee, K. H. (2022). Effect of the PRECEDE-PROCEED model on health programs: a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/S13643-022-02092-2>
- Kucukdeveci, A. A., Yavuzer, G., Tennant, A., Suldur, N., Sonel, B., & Arasil, T. (2000). Adaptation of the modified Barthel Index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 32(2), 87–92. <https://doi.org/10.1080/003655000750045604>
- Lamontagne, M. E., Richards, C., Azzaria, L., Rosa-Goulet, M., Clément, L., & Pelletier, F. (2018). Perspective of patients and caregivers about stroke rehabilitation: the Quebec experience. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 26(1), 39–48. <https://doi.org/10.1080/10749357.2018.1534453>
- Langhorne, P., & Ramachandra, S. (2020). Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(4). https://doi.org/10.1002/14651858.CD000197.PUB4/MEDIA/CDSR/CD000197/IMAGE_N/CD000197-CMP-005.05.SVG
- Leung, P. B., Silva, A. F., Cho, J., Kaur, H., Lee, A., Escamilla, Y., Wiggins, F., Safford, M. M., Kern, L. M., Shalev, A., & Sterling, M. R. (2022). Eliciting the educational priorities of home care workers caring for adults with heart failure. *Gerontology & Geriatrics Education*, 1–11. <https://doi.org/10.1080/02701960.2020.1793760>
- Lin, H., Wang, X., Luo, X., & Qin, Z. (2020). A management program for preventing occupational blood-borne infectious exposure among operating room nurses: an application of the PRECEDE-PROCEED model. *Journal of International Medical Research*, 48(1). https://doi.org/10.1177/0300060519895670/ASSET/IMAGES/LARGE/10.1177_0300060519895670-FIG1.JPEG
- Lin, S., Wang, C., Wang, Q., Xie, S., Tu, Q., Zhang, H., Peng, M., Zhou, J., & Redfern, J. (2022). The experience of stroke survivors and caregivers during hospital-to-home transitional care: A qualitative longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 130, 104213. <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2022.104213>
- Lin, S., Xiao, L. D., Chamberlain, D., Ullah, S., Wang, Y., Shen, Y., Chen, Z., & Wu, M. (2022). Nurse-led health coaching programme to improve hospital-to-home transitional care for stroke survivors: A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 105(4), 917–925. <https://doi.org/10.1016/J.PEC.2021.07.020>

- Lin, S., Xie, S., Zhou, J., Tu, Q., Wang, C., & Chen, L. (2023). Stroke survivors', caregivers' and nurse coaches' perspectives on health coaching program towards hospital-to-home transition care: A qualitative descriptive process evaluation. *Journal of Clinical Nursing*, 32(17–18), 6533–6544. <https://doi.org/10.1111/JOCN.16590>
- Liu, Z. C., Gao, L., Zhang, W. H., Wang, J., Liu, R. R., & Cao, B. H. (2020). Effects of a 4-week Omaha System transitional care programme on rheumatoid arthritis patients' self-efficacy, health status, and readmission in mainland China: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Practice*, 26(4), e12817. <https://doi.org/10.1111/IJN.12817>
- Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(4), 438–445. <https://doi.org/10.1016/J.IJNSS.2020.07.012>
- Lobo, E. H., Frølich, A., Abdelrazek, M., Rasmussen, L. J., Grundy, J., Livingston, P. M., Islam, S. M. S., & Kensing, F. (2023). Information, involvement, self-care and support—The needs of caregivers of people with stroke: A grounded theory approach. *PLOS ONE*, 18(1), e0281198. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0281198>
- Loh, A. Z., Tan, J. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2017). The Global Prevalence of Anxiety and Depressive Symptoms Among Caregivers of Stroke Survivors. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(2), 111–116. <https://doi.org/10.1016/J.JAMDA.2016.08.014>
- López-Espuela, F., González-Gil, T., Amarilla-Donoso, J., Cordovilla-Guardia, S., Portilla-Cuenca, J. C., & Casado-Naranjo, I. (2018). Critical points in the experience of spouse caregivers of patients who have suffered a stroke. A phenomenological interpretive study. *PLoS ONE*, 13(4). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0195190>
- Lou, S., Carstensen, K., Jørgensen, C. R., & Nielsen, C. P. (2017). Stroke patients' and informal carers' experiences with life after stroke: an overview of qualitative systematic reviews. *Disability and Rehabilitation*, 39(3), 301–313. <https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1140836>
- Mack, A., & Hildebrand, M. (2023). Interventions for Caregivers of People Who Have Had a Stroke: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 77(1). <https://doi.org/10.5014/AJOT.2023.050012/24043>
- Marcus-Varwijk, A. E., Peters, L. L., Visscher, T. L. S., Smits, C. H. M., Ranchor, A. V., & Slaets, J. P. J. (2020). Impact of a Nurse-Led Health Promotion Intervention in an Aging Population: Results From a Quasi-Experimental Study on the “Community Health Consultation Offices for Seniors.” *Journal of Aging and Health*, 32(1), 83–94. <https://doi.org/10.1177/0898264318804946>
- Merati-Fashi, F., Dalvandi, A., & Yekta, Z. P. (2022). Stroke Survivors and Their Family Caregivers' Experiences of Health Information Seeking: A Qualitative Study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 10(4), 269. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2022.94489.1997>
- Milberg, A., Liljeroos, M., Wåhlberg, R., & Krevers, B. (2020). Sense of support within

- the family: A cross-sectional study of family members in palliative home care. *BMC Palliative Care*, 19(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/S12904-020-00623-Z/TABLES/4>
- Moukhtar Ibrahim, H., Elwardany Aly, S., Mohamed Abd El-Aziz, A., Saad Abd El-aty, N., Youssef Sayed, S., Abd-Elrazik Abdelall, H., & Khalaf Abd, H. (2021). Effect of Caregivers Training Program on Stroke Patients' Self-Efficacy. *Egyptian Journal of Health Care*, 12(3), 2021.
- Mudd, A., Feo, R., Conroy, T., & Kitson, A. (2020). Where and how does fundamental care fit within seminal nursing theories: A narrative review and synthesis of key nursing concepts. *Journal of Clinical Nursing*, 29(19–20), 3652–3666. <https://doi.org/10.1111/JOCN.15420>
- Mudgal, S. K., Sharma, S. K., Chaturvedi, J., & Chundawat, D. S. (2021). Effects of Health Promotion Model-Based Visual Learning Module on Self-Efficacy and Health Promotion Behavior of Stroke Survivors: A Nonrandomized Controlled Trial. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 12(2), 389–397. https://doi.org/10.1055/S-0041-1727407/ID/JR_30/BIB
- Murali, K. M., Mullan, J., Roodenrys, S., Hassan, H. C., Lambert, K., & Lonergan, M. (2019). Strategies to improve dietary, fluid, dialysis or medication adherence in patients with end stage kidney disease on dialysis: A systematic review and meta-analysis of randomized intervention trials. *PLOS ONE*, 14(1), e0211479. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0211479>
- Murphy, S. J., & Werring, D. J. (2020). Stroke: causes and clinical features. *Medicine*, 48(9), 561–566. <https://doi.org/10.1016/J.MPMED.2020.06.002>
- Omar, O., Aziz, A. F. A., Ali, M. F., Ja, S. E. H. A., & Izzudin, M. P. E. (2021). Caregiver Depression Among Home-Bound Stroke Patients in an Urban Community. *Cureus*, 13(9). <https://doi.org/10.7759/CUREUS.17948>
- Özkan, Ç. G., Bayrak, B., & Demirbağ, B. C. (2022). Ev Ortamında Yatağa Bağımlı Hastanın Bakım Vericilerinin Bakım Yükü ve Kaygı Düzeyine Yönelik Hemşirelik Girişimleri. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(1), 89–101. <https://doi.org/10.54061/JPHN.964777>
- Özvarış, Ş. (2001). Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme. In *Precede-Proceed Modeli* (pp. 8–24). Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı.
- Parvanta, C., Maibach, E., Arkin, E., Nelson, D. E., & Woodward, J. (2002). Public health communication: A planning framework. In *Essentials of Public Health Communication; Parvanta, C., Nelson, DE, Parvanta, SA, Harner, RN, Eds*, (pp. 19–38).
- Pınar R, Oğuz S. Norton ve Braden Bası Yarası Değerlendirme ölçeklerinin yatağa bağımlı aynı hasta grubunda güvenilirlik ve geçerliğinin sınanması. VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi- Uluslararası Katılımlı Kongre Kitabı, Damla Matbaacılık Ltd. Şti.,
- Pinar, R., & Afsar, F. (2016). Back massage to decrease state anxiety, cortisol level, blood pressure, heart rate and increase sleep quality in family caregivers of patients with cancer: A. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16(18), 8127–8133.

- Pindus, D. M., Mullis, R., Lim, L., Wellwood, I., Rundell, A. V., Aziz, N. A. A., & Mant, J. (2018). Stroke survivors' and informal caregivers' experiences of primary care and community healthcare services – A systematic review and meta-ethnography. *PLOS ONE*, 13(2), e0192533. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0192533>
- Pucciarelli, G., Lommi, M., Magwood, G. S., Simeone, S., Colaceci, S., Vellone, E., & Alvaro, R. (2021). Effectiveness of dyadic interventions to improve stroke patient–caregiver dyads' outcomes after discharge: A systematic review and meta-analysis study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(1), 14–33. <https://doi.org/10.1177/1474515120926069>
- Rakhshani, T., Limouchi, Z., Daneshmandi, H., Kamyab, A., & Jeihooni, A. K. (2024). Investigating the effect of education based on PRECEDE-PROCEED model on the preventive behaviors of musculoskeletal disorders in a group of nurses. *Frontiers in Public Health*, 12, 1371684. <https://doi.org/10.3389/FPUBH.2024.1371684/BIBTEX>
- Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J., & Weaver, S. J. (2018). Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *American Psychologist*, 73(4), 433–450. <https://doi.org/10.1037/AMP0000298>
- Rumiati, R., Kariasa, I. M., & Waluyo, A. (2021). The Effectiveness of Post-Stroke Patient Care Education Intervention in Stroke Caregivers: A Literature Review. *IJNP (Indonesian Journal of Nursing Practices)*, 5(2), 67–75. <https://doi.org/10.18196/IJNP.V5I2.11437>
- Sahbaz, T., & Medin-Ceylan, C. (2023). Stroke severity to determine musculoskeletal symptoms in family caregivers. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31, e4004. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6725.4004>
- Sajwani-Merchant, Z., Behan, D., Swank, C., & Daniel, K. (2023). Caregiver experiences of social support following stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 32(9), 107253. <https://doi.org/10.1016/J.JSTROKECEREBROVASDIS.2023.107253>
- Sarkar, S. M., Dhar, B. K., Crowley, S. S., Ayithey, F. K., & Gazi, M. A. I. (2023). Psychological Adjustment and Guidance for Ageing Urban Women. *Ageing International*, 48(1), 222–230. <https://doi.org/10.1007/S12126-021-09467-1/METRICS>
- Scheffler, E., & Mash, R. (2020). Figuring it out by yourself: Perceptions of home-based care of stroke survivors, family caregivers and community health workers in a low-resourced setting, South Africa. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, 12(1), 1–12. <https://doi.org/10.4102/PHCFM.V12I1.2629>
- Senior, H., Grant, M., Rhee, J. J., Aubin, M., McVey, P., Johnson, C., Monterosso, L., Nwachukwu, H., Fallon-Ferguson, J., Yates, P., Williams, B., & Mitchell, G. (2019). General practice physicians' and nurses' self-reported multidisciplinary end-of-life care: a systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care*. <https://doi.org/10.1136/BMJSPCARE-2019-001852>
- Sezgin, D., & Esin, M. N. (2018). Effects of a PRECEDE-PROCEED model based

- ergonomic risk management programme to reduce musculoskeletal symptoms of ICU nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 47, 89–97. <https://doi.org/10.1016/J.ICCN.2018.02.007>
- Shim, R., & Wong, C. H. Y. (2016). Ischemia, Immunosuppression and Infection—Tackling the Predicaments of Post-Stroke Complications. *International Journal of Molecular Sciences* 2016, Vol. 17, Page 64, 17(1), 64. <https://doi.org/10.3390/IJMS17010064>
- Sockolow, P., Radhakrishnan, K., Chou, E. Y., & Wojciechowicz, C. (2017). Patient Health Goals Elicited During Home Care Admission: A Categorization. *Western Journal of Nursing Research*, 39(11), 1447–1458. <https://doi.org/10.1177/0193945916676541>
- Soedirham, O. (2017). *The Precede-Proceed Model As Proposed Model In The One Health Paradigm*. 17–22. <https://doi.org/10.2991/ICOH-17.2018.5>
- Tan, C., Qin, Y., Liao, C., Liu, J., Peng, Q., Jiang, W., & Gan, X. (2022). Effect of Continuous Nursing Model Based on WeChat Public Health Education on Self-Management Level and Treatment Compliance of Stroke Patients. *Iranian Journal of Public Health*, 51(5), 1040. <https://doi.org/10.18502/IJPH.V51I5.9419>
- Tang, E. Y. H., Price, C., Stephan, B. C. M., Robinson, L., & Exley, C. (2017). Gaps in care for patients with memory deficits after stroke: Views of healthcare providers. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/S12913-017-2569-5>
- Tekin, Ç. (2018). Evde hasta bakım hizmetleri alanındaki gelişmeler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 32(2), 115–117.
- Thana, K., Sikorskii, A., Lehto, R., Given, C., & Wyatt, G. (2021). Burden and psychological symptoms among caregivers of patients with solid tumor cancers. *European Journal of Oncology Nursing*, 52, 101979. <https://doi.org/10.1016/J.EJON.2021.101979>
- Tiwari, S., Joshi, A., Rai, N., & Satpathy, P. (2021). Impact of Stroke on Quality of Life of Stroke Survivors and Their Caregivers: A Qualitative Study from India. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 12(4), 680–688. <https://doi.org/10.1055/S-0041-1735323/ID/JR20121410-31/BIB>
- Topçuoğlu, M. A. (2022). Türkiye’de inme epidemiyolojisi ve yakın gelecek projeksiyonu: küresel hastalık yükü çalışması Türkiye verilerinin analizi. *Türk J Neurol*, 28, 200–211. <https://doi.org/10.4274/tn.2022.31384>
- Tosun, Z. K., & Temel, M. (2017). Burden of caregiving for stroke patients and the role of social support among family members: an assessment through home visits. *International Journal of Caring Sciences*, 10(3), 1696.
- Ugur, H. G., & Erci, B. (2019). The Effect of Home Care for Stroke Patients and Education of Caregivers on the Caregiver Burden and Quality of Life. *Acta Clinica Croatica*, 58(2), 321. <https://doi.org/10.20471/ACC.2019.58.02.16>
- Ulgen, T., & Uğur, Ö. (2022). Home care practices of cancer caregivers and the effect of perceived social support on care burden. *Supportive Care in Cancer*, 30(10), 8323–8332. <https://doi.org/10.1007/S00520-022-07266-1/TABLES/5>
- Vargas-Escobar, L. M., Reina-Gamba, N. C., Medellín-Olaya, J., & Consuegra-Pareja,

- C. A. (2021). Palliative home care: health-related quality of life. *BMJ Supportive & Palliative Care*, bmjpcare-2021-003198. <https://doi.org/10.1136/BMJSPCARE-2021-003198>
- Varughese, T., Casamendi Montiel, T., Engebretson, J., Savitz, S. I., Sharrief, A., & Beauchamp, J. E. S. (2022). A Person-Centered Approach Understanding Stroke Survivor and Family Caregiver Emotional Health. *Journal of Neuroscience Nursing*, 54(2), 68–73. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000640>
- Vickery, M. (2018). Efficacy of Post-discharge Interventions on Preventing Hospital Readmissions in Stroke Patients. *Doctor of Nursing Practice Scholarly Projects*.
- Vluggen, T. P. M. M., Van Haastregt, J. C. M., Tan, F. E. S., Kempen, G. I. J. M., Schols, J. M. G. A., & Verbunt, J. A. (2020). Factors associated with successful home discharge after inpatient rehabilitation in frail older stroke patients. *BMC Geriatrics*, 20(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/S12877-020-1422-6/TABLES/4>
- Wagachchige Muthucumarana, M., Samarasinghe, K., & Elgán, C. (2018). Caring for stroke survivors: experiences of family caregivers in Sri Lanka—a qualitative study. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 25(6), 397–402. <https://doi.org/doi.org/10.1080/10749357.2018.1481353>
- Weir, R. L., Danilovich, M. K., & Hoover, D. L. (2022). Systematic review of the effectiveness of caregiver training with functional mobility tasks for informal caregivers assisting patients with neurological diagnoses. *Disability and Rehabilitation*, 44(18), 5082–5089. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1923073>
- WHO. (2021). <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>
- Wu, Z., Xu, J., Yue, C., Li, Y., & Liang, Y. (2020). Collaborative Care Model Based Telerehabilitation Exercise Training Program for Acute Stroke Patients in China: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 29(12), 105328. <https://doi.org/10.1016/J.JSTROKECEREBROVASDIS.2020.105328>
- Zhong, Y., Wang, J., & Nicholas, S. (2020). Social support and depressive symptoms among family caregivers of older people with disabilities in four provinces of urban China: The mediating role of caregiver burden. *BMC Geriatrics*, 20(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S12877-019-1403-9/TABLES/4>
- Zhou, J., Liu, F., Zhou, M., Long, J., Zha, F., Chen, M., Li, J., Yang, Q., Zhang, Z., & Wang, Y. (2022). Functional status and its related factors among stroke survivors in rehabilitation departments of hospitals in Shenzhen, China: a cross-sectional study. *BMC Neurology*, 22(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/S12883-022-02696-0/TABLES/3>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA5201_2

EKLER

EK-1 Etik Kurul Onay Formu



EK-2 Kurum İzni

HKU Ün v - Evrak Tarih ve Sayısı: 17.07.2023-38755



T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-96172664-050.06.04-219911734
Konu : Bilimsel Araştırma Talebi (Sümeyye
AKÇOBAN)

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisanüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Bölümü doktora öğrencisi Sümeyye AKÇOBAN tarafından, ekte bulunan başvuru ile, Kozan Devlet Hastanesinde yürütülmek istenen **"İnmeli Evde Bakım Hastalarının Bakım Vericilerine Precede-Proceed Modeline Temellendirilerek Verilen Eğitim Programının Bakım Verme Tepkisi, Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ve Hata Sonuçlarına Etkisi"** başlıklı, bilimsel çalışma için araştırma talebi "Sağlık Tesislerinde Klinik Araştırma, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma ile Bilimsel Araştırma ve Proje Çalışmaları Ön İzin Değerlendirme Komisyonu" tarafından **12 Temmuz 2023** tarihli toplantıda değerlendirilmiştir.

Başvuru talebinin, Covid-19'a karşı gerekli önlemlerin alınması, çalışmaya katılacak gönüllülerin açık rızasının alınması, kişisel veri elde edilmesi/işlenmesi durumunda 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve alt düzenlemelerine uygun şekilde hareket edilmesi ve çalışma sonuçlarının Müdürlüğümüz Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı Ar-Ge ve Proje Koordinatörlüğüne sunulması koşulu ile uygun bulunduğu talep sahibine bildirilmesi hususunda;

Nigar DAL
İl Sağlık Müdürü a.
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı V.

Ek: Bilimsel Araştırma Talebi (Sümeyye AKÇOBAN).pdf

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 0EA9439C-17FF-45BE-834A-20B6FB2581B0

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Yenibaraj Mahallesi 68008 Sok. Seyhan/ADANA 01150
Telefon No: 03224557000

Bilgi için: Kemal LAPÇIN
Sağlık Memuru



EK-3 Hasta Bilgilendirilmiş Onam Formu

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU (HASTA)

Sayın Gönüllü;

Kontrol grubu kendisi olan tek örneklemli çalışma olarak planlanan “İnmeli Evde Bakım Hastalarının Bakım Vericilerine Precede-Proceed Modeline Temellendirilerek Verilen Eğitim Programının Bakım Verme Tepkisi, Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ve Hasta Sonuçlarına Etkisi” başlıklı doktora tez çalışması Doç. Dr. Betül TOSUN danışmanlığında Doktora öğrencisi Sümeyye AKÇOBAN ile birlikte yürütülmektedir. Sizlere, bakım veren bireylere bakım veren bireyin hasta bakımına ilişkin bakım verme davranışlarını ve sosyal destek algılarını güçlendirme, hasta bakımında dikkat edeceği ilkeler konusunda eğitim verilecektir. Bakım veren bireylere eğitim verilmeden önce sizin değerlendirmenizi, bakım veren bireylere eğitim verildikten sonra 8. Hafta ilk değerlendirme, 16.hafta son değerlendirmenizi yapmak üzere hazırlamış olduğumuz anket sorularını size yönelterek ve gözlemleyerek doldurulacaktır.

Sizin araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya gönüllü olmanız durumunda size herhangi bir ücret ödenmeyecek veya sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Ancak araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmayı beyan ettiğinizi belirtebilirsiniz. Çalışmaya katılmak istememeniz durumunda veya çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak istemeniz durumunda çalışmadan ayrılabilirsiniz. Bu veriler kimliğiniz belirtilmeden bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu çalışmaların dışında bu veriler kullanılmayacak, başkalarına verilmeyecek ve herhangi bir yaptırım söz konusu olmayacaktır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonucunu doğrudan etkileyeceği için soru yanıtlarınızın sizin tarafınızdan işaretlenmesi ve soruları boş bırakmamanızı dilerim.

Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum.

Bana, belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkımın olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğum gibi kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) İmza.....Tarih.....
Bilgi Verebilecek Kişi:	
VELİ, VASİ VEYA VEKİL	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) İmza.....Tarih.....
Yakınlığı:	

EK-4Bakım Verici Bilgilendirilmiş Onam Formu

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU (BAKIM VERİCİ)

Sayın Gönüllü;

Kontrol grubu kendisi olan tek örneklemli çalışma olarak planlanan “İnmeli Evde Bakım Hastalarının Bakım Vericilerine Precede-Proceed Modeline Temellendirilerek Verilen Eğitim Programının Bakım Verme Tepkisi, Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ve Hasta Sonuçlarına Etkisi” başlıklı doktora tez çalışması Doç. Dr. Betül TOSUN danışmanlığında Doktora öğrencisi Sümeyye AKÇOBAN ile birlikte yürütülmektedir. İnmeli hastalara bakım veren bireyler olarak sizlere bakım veren bireyin hasta bakımına ilişkin bakım verme davranışlarını ve sosyal destek algılarını güçlendirme, hasta bakımında dikkat edeceğimiz ilkeler konusunda eğitim verilecektir. Eğitim öncesi değerlendirme, eğitim verildikten sonra 8. hafta ilk değerlendirme ve eğitim verildikten sonra 16. hafta son değerlendirme olmak üzere size literatür doğrultusunda hazırlanan anket soruları yöneltilecektir.

Sizin araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya gönüllü olmanız durumunda size herhangi bir ücret ödenmeyecek veya sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Ancak araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmayı beyan ettiğinizi belirtebilirsiniz. Çalışmaya katılmak istememeniz durumunda veya çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak istemeniz durumunda çalışmadan ayrılabilirsiniz. Bu veriler kimliğiniz belirtilmeden bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu çalışmaların dışında bu veriler kullanılmayacak, başkalarına verilmeyecek ve herhangi bir yaptırım söz konusu olmayacaktır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonucunu doğrudan etkileyeceği için soru yanıtlarınızın sizin tarafınızdan işaretlenmesi ve soruları boş bırakmamanızı dilerim.

Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bana, belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkımın olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğum gibi kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ	
Adı Soyadı:	Telefon : (0)
Adresi:	İmza.....Tarih.....
Bilgi Verebilecek Kişi:	
ARASTIRMACI (Sorumlu araştırmacı)	

EK-5 Bakım Verici Kazanım Değerlendirme Formu

EĞİTİM SONRASI

Tarih:

İnmeli Evde Bakım Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu

İnmeli evde bakım hastalarına bakım verirken karşılaştığınız güçlükleri (fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik) ve bu sorunların çözümüne yönelik neler yapabileceğinizi yazınız .

İnmeli evde bakım hastalarında bakıma yönelik karşılaştığınız sorunları ve bu sorunların çözümüne yönelik neler yapabileceğinizi yazınız.

İnmeli evde bakım hastalarında gelişebilecek ya da gelişmiş olan komplikasyonları önlemek amacıyla yaptığınız uygulamaları işaretleyiniz. Bu uygulamalara yönelik neler yapılabileceğinizi kısaca açıklayınız.

- ☐ Akciğer enfeksiyon riski ve önlenmesi ☐ Pıhtı gelişme riski ve önlenmesi
☐ Yatak yarası riski ve önlenmesi ☐ Enfeksiyon riski ve önlenmesi
☐ İdrar sonda bakımı ☐ Ameliyat sonrası bakım
☐ Diyabetik ayak bakımı ☐ Trakeostomi bakımı
☐ Hijyen gereksinimleri ☐ Düşme riski ve önlenmesi
☐ Boşaltıma yönelik komplikasyonlar ve önlenmesi ☐ Beslenme bozukluğu riski ve önlenmesi
☐ Konuşma bozukluğu ve önlenmesi ☐ Kaslarda katılık ve önlenmesi
☐ İlaç takibi
Uygulamalarınız.....

Arastirmacılar

Doç. Dr. Betül TOSUN

Doç. Dr. Mirko PROSEN

Doktora Öğrencisi Sümeyye AKÇOBAN

EK-6Eğitim Kitapçığı

İNME Lİ EVDE BAKIM HASTALARINA BAKIM VEREN BİREYLERE YÖNELİK EĞİTİM KİTAPÇIĞI



Bu kitapçıkta inme l evde bakım hastalarına bakım veren bireylerin hasta bakımında dikkat edeceği hususlara yönelik bilgiler yer almaktadır.

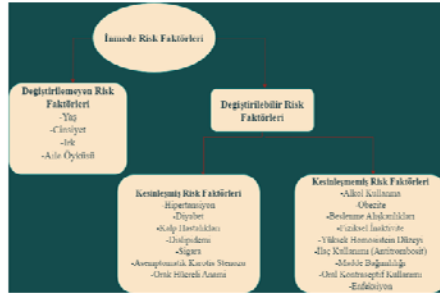
Hazırlayan:Sümeyye AKÇOBAN (Doktora Öğrencisi)
Danışman: Doç. Dr. Betül TOSUN
Danışman: Doç. Dr. Mirko PROSEN
Gaziantep, 2023

İÇİNDEKİLER

1. İNME TANIMI VE RİSK FAKTÖRLERİ	1
2. İNME Lİ HASTALARDA EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ	1
3. İNME Lİ EVDE BAKIM HASTALARINA BAKIM VEREN BİREYLER	2
4. İNME Lİ EVDE BAKIM HASTALARINA BAKIM VEREN BİREYLERDE SOSYAL DESTEK	4
5. İNME Lİ EVDE BAKIM HASTALARINA BAKIM VEREN BİREYLERİN BAKIM DAVRANIŞLARI	5
6. İNME Lİ EVDE BAKIM HASTALARINDA GÖRÜLEN KOMPLİKASYONLAR VE BAKIM VEREN BİREYLERİN DİKKAT EDECEĞİ NOKTALAR	7
6.1. İnme l Evde Bakım Hastalarında Akciğer Enfeksiyon Riski ve Önlenmesi	8
6.2. İnme l Evde Bakım Hastalarında Pıhtı Riski ve Önlenmesi	9
6.3. İnme l Evde Bakım Hastalarında Yatak Yarası Riski ve Önlenmesi	10
6.4. İnme l Evde Bakım Hastalarında Enfeksiyon Riski ve Önlenmesi	12
6.4.1. İdrar Sonda Bakımı	12
6.4.2. Ameliyat Sonrası Bakım	12
6.4.3. Diyabetik Ayak Bakımı	13
6.4.4. Trakeostomi Bakımı	14
6.4.5. İnme l Evde Bakım Hastasının Hijyen Gereksinimleri	14
6.5. İnme l Evde Bakım Hastalarında Düşme Riski ve Önlenmesi	19
6.6. İnme l Evde Bakım Hastalarının Vücutlarında Görülebilecek Komplikasyonlar ve Önlenmesi	20
6.7. İnme l Evde Bakım Hastalarında Boşaltıma Yönelik Komplikasyonlar ve Önlenmesi	21
6.8. İnme l Evde Bakım Hastalarında Beslenme Bozukluğu Riski ve Önlenmesi	22
6.9. İnme l Evde Bakım Hastalarında Konuşma Bozukluğu Riski ve Önlenmesi	23
6.10. İnme l Evde Bakım Hastalarında Kaslarda Katılık (Spasite) Riski ve Önlenmesi	23
6.11. İnme l Evde Bakım Hastalarında İlaç Kullanımı	24
KAYNAKLAR	25

1. İNME TANIMI VE RİSK FAKTÖRLERİ

İnme, beyin kan akımının tıkanıklık veya kanama nedeniyle bozulması sonucu ortaya çıkan nörolojik bir sistemdir. Bilgi, duyu ve motor fonksiyonlarında hasarlanma yoluyla bu nörolojik bozukluklar inme hastalığı olarak değerlendirilir. İnme hastalığı, meydana getirdiği fiziksel problemlerle yanı sıra, uzun süreli bakım ihtiyacı ve yüksek kayıpları nedeniyle kişiye, ailesine ve topluma ekonomisine önemli bir yük olmaktadır. İnme, dünya genelinde ölüm neden olan hastalıklar arasında ikinci, engelliğe sebep olan hastalıklar arasında üçüncü sırada yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization [WHO]) 2023 verilerine göre yılda yaklaşık 5 milyon kişi inme sebebiyle hayatını yitirmekte ve 13 milyon kişi inme geçirmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2023 verilerine göre (2018) ölüm oranları 627,40 kişi inme olmaktadır.



2. İNME Lİ HASTALARDA EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ

- ✓ Ülkemizde İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı hastanelerde, yerel yönetimler ve özel sektör tarafından evde sağlık hizmetleri yürütülmektedir.
- ✓ Evde sağlık hizmeti ihtiyacı olan hastaların yakınları 4448882 numaralı telefona erişimle sisteme kayıtlıdır. Anca en fazla 24 saat içinde çağrıldığı ilgisiz İl Sağlık

Müdürlüğü'ne bağlı hastanelerin evde sağlık ekibi tarafından aranarak iletişime geçilmektedir.



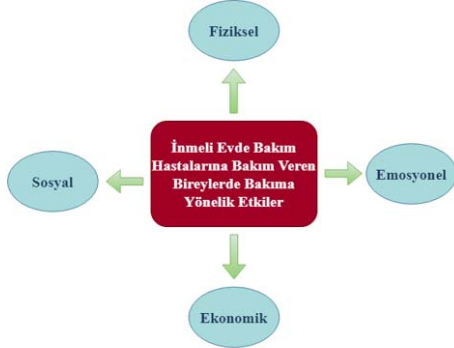
- ✓ İnme tanılı hastalar sağlık kurumlarından taburcu olduktan sonra sağlık kurumlarının evde sağlık hizmetleri birimleri tarafından takip edilmektedir.
- ✓ Bu hastaların anca Sağlık Bakanlığı'na kayıtlı ve evde bakım hizmeti gerektiren durumları inme hastalarını hastanelerden taburcu olmaları,
 - ✦ Gerçek sağlık bakımını almaları ve bakım veren aile bireylerinin hastanelerin evde bakım verme konusunda yeterli olmaları için desteklenmeleri,
 - ✦ Hastaların olabilecek komplikasyonlar ve yönetme süreci bakımından izlenmeleri, yeniden hastaneye döndü oranlarını azaltılma evde sağlık hizmetlerinin hedefleri arasında.



3. İNME Lİ EVDE BAKIM HASTALARINA BAKIM VEREN BİREYLER

- ✓ İnme l hastaların bakım verenleri genellikle hastaneden aile üyelerinden oluşur, bakım için beşinci bir üyeye atılmayan, hastaların sosyal, ailesel, fiziksel bakımında en çok yer alan kişilerdir. Bazı durumlarda ise aile üyesi olmayan belli bir ücret karşılığında hastaya bakım veren bireyler inme l hastalara bakım veren bireyleri olmaktadır.
- ✓ Hastalara bakım verme çok yönlü olup, fiziksel, sosyal, duygusal ve ekonomik birçok alanda bakım verilebilir. Bunun arasında alımı, alıverisi, para yönetimi, temel sağlık hizmetleri, günlük kişisel bakım (giyime, beslenme, yutuma) gibi tıbbi ve tıbbi olmayan konular yer almaktadır.

- ✓ Hasta ve bakım veren arasındaki geçirilen zamanın fazla olması, boş zamanın az olması, hasta-bakım veren arasındaki yüksek duygusal etki, bakım verenin kendi sağlık sorunları, duygusal (depresyon, kaygı, özgüven düşüklüğü, uykusuzluk, sosyal izolasyon vb.), ekonomik (çalışma saatlerinin azaltılması, sosyal sigorta kapsamına girmeyen ek bir maliyet yükü oluşturma vb.) etkenler kişilerin kaygı ve korkularını artırmaktadır.
- ✓ *Bakım veren kişiler hastanın bakımında en büyük sorumluluk alan kişidir.*



4. İMMELİ EVDE BAKIM HASTALARINA BAKIM VEREN BİREYLERDE SOSYAL DESTEK

- ✓ Kişinin ihtiyacı olduğunda yardıma ulaşabileceğine olan inancı "*algılanan sosyal destek*", o anda ortaya konularak gerçekleştirilmiş olan destek ise "*alınan sosyal destek*" olarak ifade edilmektedir.

- ✓ Sosyal destek bakım veren bireylerde aile fonksiyonlarında önemli bir rol oynamakta ve bakım veren bireyler verilen sosyal, emosyonel destek hem fiziksel hem de psikososyal sağlık sonuçlarını edilemektedir.



- ✓ Genel anlamda bakım vericilerin sosyal destek düzeyi düşük olduğunda daha yüksek oranda bakım yükü hissetmeleri, sosyal destek aile ve bakım vericiler ile ilişkili negatif etkilere sebep olmaktadır.
- ✓ Sağlık çalışanları tarafından bakım veren bireyler hasta bakımında destek olmaları, bakım veren bireylerin problemlerini sağlık çalışanlarına anlatabilmesi hem bakım veren birey hem de hasta açısından önemlidir.
- ✓ Sonuç olarak immeli evde bakım hastalarına bakım veren bireyler, hasta bakımı, fiziksel, psikolojik, sosyal sağlık alanlarında sağlık çalışanlarından yardım talebinde bulunabilmektedir.
- ✓ İmmeli hastalara bakım veren bireyler olarak yalnız olmadığınızı hissetmeniz kendi sağlığınız açısından oldukça önemlidir.
- ✓ Bu bağlamda sağlık profesyonelleri ve yakın bulduğunuz aile fertlerinizden yardım talebinde bulunmaktan çekinmeyin...
- ✓ Sağlık profesyonellerinin yalnızca hastalara değil hastalara bakım veren bireyler de sosyal destek alanında yardımcı olmaları, immeli evde bakım hastalarına sunulan bakımın etkinliğini artırmaktadır.
- ✓ Dolayısıyla immeli evde bakım hastalarına bakım veren bireyler hastalar ile bütüncül olarak değerlendirilmektedir.



5. İMMELİ EVDE BAKIM HASTALARINA BAKIM VEREN BİREYLERİN BAKIM DAVRANIŞLARI

İmmeli evde bakım hastalarına bakım veren bireyler hasta bakım esnasında *fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik* sorunlar ile karşılaşmaktadır.

Fiziksel sorunların giderilmesi amacıyla; Psikolojik sorunların giderilmesi amacıyla

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> -Haftalık egzersizlerin uygulanması (yürüyüş, dans, meditasyon) -Dengeli beslenme, -Alkol ve sigara tüketiminden kaçınılması, -İnme konusunda sağlık çalışanları tarafından gerekli eğitim programlarına yönlendirilme | <ul style="list-style-type: none"> -Bakım veren bireylerin sevdikleri aktivitelere katılım sağlaması, -Bakıma yönelik duygularını sağlık personellerine ifade edebilmesi, -Sevdikleri bireyler ile vakit geçirebilmelerinin sağlanması, -Bakım konusunda baş edemediği durumlarda suçluluk duymaması gerektiği. |
|---|---|

Sosyal sorunların giderilmesi amacıyla; Ekonomik sorunların giderilmesi amacıyla

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> -Bakım veren destek gruplarına katılabilmesi, -Aile fertlerinden destek sağlayabilecek yakınardan yardım istenebilmesi, -Çalışıyor ise iş yaşamını sürdürmesi için çalışmaya devam etmek, -Destek alınabilecek kurumlar ile iletişime geçmek | <ul style="list-style-type: none"> -Bakım veren bireyler maddi olarak destek alabilecekleri kurumlar hakkında araştırma yapmalıdır. |
|---|--|

- ✚ İmmeli evde bakım hastalarına bakım veren bireylerin, hastadan bağımız olarak düşünülmesi son derece yanlıştır.

✚ HASTAYA BAKIM VEREN BİREYLER BAKIMIN EN ÖNEMLİ KISMINI OLUŞTURMAKTADIR.



DAHA GÜÇLÜ BİR BAKIM VEREN OLMAK İÇİN NE YAPMALISINIZ?

6. İNME Lİ EVDE BAKIM HASTALARINDA GÖRÜLEN KOMPLİKASYONLAR VE BAKIM VEREN BİREYLERİN DİKKAT EDECEĞİ NOKTALAR

❖ İnme l evde bakım hastalarında en fazla görülen komplikasyonlar aşağıda sıralanmıştır.



❖ Bakım veren bireylerin bu konuda dikkatli olması ve gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi için sağlık çalışanları ile işbirliği halinde olması önemlidir.

❖ İnme l evde bakım hastalarında görülebilecek komplikasyonların giderilmesinde bakım veren bireylerin hasta bakımında bilinçli hareket etmesi birçok komplikasyonu önleyecektir.

❖ Bakım veren bireyler hem kendileri hem de bakım verdikleri hastaların yaşam kalitesi açısından gerekli durumda sağlık personellerinden destek alabilmelidir. Korku, endişe

BAKIM VEREN BİREYİN AKCİĞER ENFEKSİYONUNU ÖNLEMEDE DİKKAT EDECEĞİ NOKTALAR

- Hastanın beslenme şekli değerlendirilir.
- Yutma bozukluğunu gösteren bulgular (besinlerin ağızda kalması, beslenme esnasında öksürük, boğulma hissiyatı) açısından hasta gözlemlenir.
- Beslenmeden önce ağız bakımı yapılır.
- Hasta beslenirken oturur/yarı oturur pozisyonunda beslenmesi sağlanır.
- Hastanın beslenmesi için kolay yutabileceği yumuşak besinler tercih edilir.
- Hastaya verilen yiyecekler oda ısısında hazırlanır.
- Hastanın yutma refleksi azalmış ise ağızdan direkt kayacak küçük parçalı yumuşak besinler verilir.
- Hastanın yiyecekleri yutup yutmadığı kontrol edilir.
- Damağa ve ağıza yapışan gıdalar hastaya verilmez.
- Yutma zorluğu artar veya devam eder ise mutlaka evde sağlık hizmetleri birimine haber verilir.

"ASPIRASYON/ASPIRASYON PNÖMONİSİNİN BAKIM VEREN BİREYLERİN BAKIMA YÖNELİK UYUMU VE DİKKATİ İLE ÖNLENEBİLECEĞİNİ UNUTMAYINIZ"

6.2. İnme l Evde Bakım Hastalarında Pıhtı Riski ve Önlenmesi
Pıhtı; bacak, kalça veya kollarındaki büyük toplar damarlar içinde pıhtı oluşması anlamına gelmektedir. Pıhtı kan akımını kısmen veya tamamen engelleyebileceği gibi, koparak kalp aracılığıyla akciğere giderek akciğerleri tıkarabilir. Bu olaya ise "Embol" adı verilmektedir.

kaygılarını bu şekilde aşarak sosyal destek yetersizliğini giderecek, olumlu bakım davranışları kazanacak ve bakımın kalitesini arttıracaktır.

BAKIM VEREN BİREYİN İNME Lİ HASTADA DİKKAT EDECEĞİ NOKTALAR

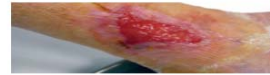
- Hasta inme belirtileri yönünden gözlemlenir.
- Hastanın mevcut sağlık sorunları ile başetme yöntemleri açısından gerekli değerlendirmeler yapılır.
- Hastanın topluma kazandırılması için sosyal destek olunur.
- Hastada olabilecek nörolojik değişiklikler açısından hasta izlenir.
- Hastanın hijyen gereksinimleri göz ardı edilmemelidir.
- Hastaya yatak içi uygun pozisyon verilir.
- Hastaya uygun egzersizler yaptırılır.

6.1. İnme l Evde Bakım Hastalarında Akciğer Enfeksiyon Riski ve Önlenmesi
Çeşitli sebeplerden ötürü yutulan maddelerin soluk borusuna kaçmasına "aspirasyon" denir. Bu olaya bağlı olarak akciğerlere kaçan maddelerin oluşturduğu enfeksiyona ise "aspirasyon pnömonisi" adı verilmektedir.

BAKIM VEREN BİREYİN PİHTI RİSKİNİ ÖNLEMEDE DİKKAT EDECEĞİ NOKTALAR

- ❖ Hastanın ideal vücut ağırlığında olması için hasta kilo kontrolü sağlanır.
- ❖ Hasta yatağa tam bağımlı değil ise belli aralıklarla yürütülerek hareket etmesi sağlanır.
- ❖ Eğer hasta yatağa tam bağımlı ise yatak içi egzersizler yapılır. Öncesinde egzersizler hakkında sağlık personellerinin vereceği eğitim alınır.
- Eğer hastada böbrek bozukluğu yok ise yeterli sıvı alımı için sağlık çalışanları ile iş birliği yapılır.
- ❖ Eğer hasta sigara kullanıyor ise sigarayı bırakma konusunda hastaya destek olunur.

6.3. İnme l Evde Bakım Hastalarında Yatak Yaran Riski ve Önlenmesi
Yatak yarası; basınç, sürtünme, gerilme, yutulma veya diğer faktörler nedeniyle genellikle kemik çıkıntıları üzerinde bulunan deri ve/veya deri altı dokularının zedelenmesidir.



https://www.epusap.org/wp-content/uploads/2016/10/qrg_prevention_in_turkish.pdf

BAKIM VEREN BİREYİN YATAK YARASI RİSKİNİ ÖNLEMEDE DİKKAT EDECEĞİ NOKTALAR

- Bakım veren bireyler hastanın derisi gözlenir.
- Derideki renk değişikliği, ödem, lokalize ısı farklığı, eritem ve ağrılı bölge açısından değerlendirilir.
- Hastanın cildi kuru ve nemli tutulur.
- Hastanın deri temizliğinde sıcak su, tahriş edici ürünlerden kaçınılur.
- Basınç yarası riski altında olan tüm hastalarda, 2 saatte bir pozisyon değişimi sağlanır.
- Doku yüklerini ayarlayan yataklar sağlık çalışanlarının önerileri doğrultusunda kullanılır.
- Hastanın dengeli beslenmesi, yeterli miktarda sıvı alması sağlanır.



<https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/qrg-prevention-tr-turkish.pdf>

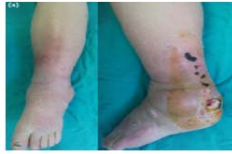
6.4. İmmeli Evde Bakım Hastalarında Enfeksiyon Riski ve Önlenmesi

İmmeli evde bakım hastalarında enfeksiyon riskini artıran durumlar, idrar sondası bakım yetersizliği, ameliyat sonrası bakım, *postoperatif bakım*, *diyabetik ayak*, *trakeostomi bakımı* ve *hiyjen gereksinim yetersizliğinden* kaynaklanmaktadır.

- Hastanın ağrısı var ise hekim tarafından önerilen analjezikleri alabilmesi için bakım veren birey hastaya yardımcı olmalı.
- Hastaya rahat edebileceği uygun pozisyon verilir.

6.4.3. Diyabetik Ayak Bakımı

Diyabet hastası olan kişinin glikoz seviyesinin kontrol altına alınmamasının zorlaştığı durumlarda ayakta çıkan kronik yaralara verilen isimdir.



Urganci, Y. (2019). Hemşirelerin basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutumlarının belirlenmesi.

Diyabetik Ayak Bakımında Bakım Veren Bireyin Dikkat Edeceği Noktalar

- Öncelikle şeker ölçümü yapılan cihaz ile hastanın kan şekeri takibi düzenli aralıklarla yapılır.
- Ayakın etkilenen kısmı her gün kontrol edilir.
- Her gün ayak ılık su ile yıkanarak iyice kurulur.
- Hastanın ayak araları sağlık çalışanları tarafından önerilen nemlendirici ile nemlendirilir.
- İlerlememiş vakalarda, hastaların pamuklu çorap giymeleri, polyester içerikli sürtünmeyi artıran çoraplardan uzak durmaları sağlanır.
- Hastanın çorabı günlük değiştirilir.
- Eğer hastalar ayakkabı kullanıyor ise uygun deri ayakkabılar kullanması sağlanır.
- Diyabetik ayak mevcut olan ayağa sıcak uygulama yapılmaz ve yabancı sıcak cisimlerden uzak tutulur.
- Basit görünen bir ayak travması ya da ülser öncesi lezyon (kızarıklık, sıcaklık artışı ya da içi su dolu kesecik) için sağlık çalışanlarına bilgi verilir.
- Nasır, tırnak batması, cilt sertlikleri ya da nasıra yakın kendin müdahale etme, tıbbi yardım talep edilir.

6.4.1. İdrar Sonda Bakımı

İdrar akışının sürekliliğini sağlamak için üretra yoluyla mesane içine içi boş bir tüp yerleştirilmesi işlemidir.



<https://www.evdehemsire.net/sonda-medli-nasil-takili-sonda-cestileri-erkek-kadın-sondaları/>

İdrar Sonda Bakımında Bakım Veren Bireyin Dikkat Edeceği Noktalar

- Hastanın idrarın renk, miktar açısından gözlenir.
- Sondanın yerinde olup olmadığı kontrol edilir.
- İdrar torbası yukarı kaldırılmamalı, sonda çıkışını emmeli, sondanın giriş yerine dokunulmamalı ve idrar torbası sağlık çalışanlarının bilgisi olmadan boşaltılmamalı.
- Hastanın idrar yaparken yeme, ağrı, kaşıntı vb. şikayetleri olduğunda hastanın bu şikayetlerini sağlık çalışanlarına iletilmesi için yardımcı olunmalıdır.
- Tıbbi uygulamaların yalnızca sağlık çalışanları tarafından uygulanacağı unutulmamalıdır.

6.4.2. Ameliyat Sonrası Bakım

Ameliyat sonrası başlayıp, hastanın sağlığına kavuşuncaya kadar devam eden döneme denmektedir. İmmeli evde bakım hastası cerrahi operasyon sonrası hayatı fonksiyonları normal ise takipleri evde yapılmaktadır. Dolayısıyla hastaların evde bakım aldığı bireylerin hastaya yönelik takip ve gözlemleri önemlidir.

Ameliyat Sonrası Bakımında Dikkat Edilecek Noktalar

Ameliyat edilen bölge diren, akıntı, yara bölgesinde sızıntı, kanama varlığı, kızarıklık, şişkinlik açısından gözlenmelidir. Kanama, renk değişikliği, koku veya dren var ise direne edilen sıvıda akıntı miktarında artma-azalma, renk değişikliği gözlenmemelidir. Enfeksiyon gibi anormal durumlar var ise, sağlık çalışanlarına haber verilmelidir.

- Hekim tarafından hastaya reçete edilen ilaçları düzenli bir şekilde alması sağlanmalıdır.

- Hastada antiseptik solüsyon, nasır ilacı ve benzeri, ısıtıcı ped, sıvı aletler kullanılmamalı.

6.4.4. Trakeostomi Bakımı

Cerrahi olarak cilt ile trakeal mukozası arasında devamlılık oluşturacak şekilde trakeadaki yapının hastanın boğazına ağızlaştırılmasıdır.



<https://www.istanbulmedicalcenter.com.tr/evde-trakeostomi-kanula-degisimi/>

Trakeostomi Bakımında Bakım Veren Bireyin Dikkat Edeceği Noktalar

- Hasta ameliyat sonrası dönemde evde ise trakeostomi tüpü kanama açısından izlenmeli hasta yalnız bırakılmamalı.
- Hastada mevcut olan trakeostomi enfeksiyon bulguları açısından (trakeostomi acikan bölgede kızarıklık, şişlik, artan akıntı varlığı) gözlenmelidir.
- Bakım veren bireyler aspirasyon konusunda bilgi sahibi olmalı.
- Bakım veren birey aspirasyon yaparken aspirasyon işlemi 15-20 saniyeden fazla sürdürmemeli.
- Trakeostomi kanülü yüksek düzey dezenfektan ile temizlenmeli.
- Trakeostomi alanında bağ değişimi ise kirlendiğinde yapılmalı.
- Trakeostomi kanülünün pıhtı ile tıkanması önlenmeli.

6.4.5. İmmeli Evde Bakım Hastasının Hiyjen Gereksinimleri

Hiyjenik bakım gereksinimleri; vücut sağlığını, atıklarını ve geçici mikroorganizmaları vücuttan uzaklaştırma, bireyin rahatlamasını, dinlenmesini ve gevşemesini sağlama, kas gerilimini azaltma, vücuttaki kötü kokuları giderme, bireyin genel görünümünü olumlu hale getirme, beden imgesini geliştirme, deri sağlığını sürdürme ve geliştirme amacıyla yapılan uygulamalardır. Bireysel hijyenik gereksinimler arasında saç, el-ayak, göz, perine, yüz, kulak, burun, tırnak ve deriye yönelik temizlik uygulamaları yer almaktadır.

İnmeli Evde Bakım Hastasının Hijyen Gereksinimlerini Karşılamada Bakım Veren Bireyin Dikkat Edeceği Noktalar

Ağız Bakımı

- Hastanın ağız sağlığını korumak adına günde iki defa ağız bakımı verilir. Eğer hasta yarı bağımlı ise hastanın dişlerini fırçalaması desteklenir.
- Fırçalama sırasında diş etlerine zarar verilmemesi, dişin eni doğrultusunda ileri-geri hareketlerle fırçalanması sağlanır.
- Evde bakım hastalarına yumuşak kullardan oluşan diş fırçaları kullanılır.
- Dişler arası boşluklar, besin birikimine neden olacağı için, bu alanların temizliği ara yüz fırçası ve diş ipliği ile yapılır.
- Florid ve gargalarla çürüklerin önlenmesine yardım edeceği için florid ve gargalarla kullanılır.



https://tazeleme.com/vayinlardosya/yataga_basimli_yasli_bireylerde_ev_guvenligi.pdf

- Yatağa tam bağımlı ise hastanın ağız özel ağız bakım solüsyonu ve çubuklar yardımıyla ağız bakımı verilir.
- Ağız bakımı; Sodyum bikarbonat solüsyonu (500 ml kaynatılmış suya bir tatlı kaşığı/4,5 g karbonat komolarak hazırlanır), hazır ağız bakım solüsyonları gibi ürünler ile yapılabilir.
- İşlemden önce dilbasar (abeslang) veya fırça ucuna gazlı bez sarılarak hazırlanır.
- Bu işlem için ucunda sünger bulunan hazır çubuklar kullanılabilir.
- Siline işleminde, dilbasar (abeslang) kullanılıyorsa gazlı bezin her iki yüzeyi yalnızca bir bölge için kullanılır.
- Bir bölgeden diğer bir bölgeye geçerken, gazlı bezle sarılı yeni bir dilbasar (abeslang) kullanılmalıdır. Aynı durum, süngerli çubuk kullanımda da geçerlidir.
- Dişler, yanak ve dilin temizliği bir bütün olarak yapılır.

- Hastanın protezleri var ise, protezler yemeklerden sonra protez fırçası ile temizlenir, gece mutlaka çıkarılır.
- Diş etlerinin de dinlenmeye ve havalandırma ihtiyacı vardır, çıkarılan protezler soğuk su dolu, ağız kapalı bir kap içinde tutulur.
- Ayrıca, protez temizleme tabletleri de protezlerin mikropardan arınmasına yardımcı olabileceği unutulmamalıdır.



https://tazeleme.com/vayinlardosya/yataga_basimli_yasli_bireylerde_ev_guvenligi.pdf

Perine bakımı

- Hastalar gaita ya da idrarı kaçırabileceği için hasta utanma, suçluluk vb. gibi duygular hissedebilir. Bu nedenle bakım veren birey öncelikle hastanın duygularını anlamadığını ve ona destek olmak istediği mesajı verilir.
- Hastanın boşaltımını tuvalete ya da sürgüye yapması için hastaya uygun pozisyon verilir. Eğer hasta yarı bağımlı ve boşaltımını gerçekleştiren tuvalet kullanabilecek düzeyde ise hastanın bağımsız fonksiyonu desteklenir.
- Yatağa bağımlı hasta ise sürgü kullanılır.
- Hasta sürgüyü idrarını yaptıktan sonra bakım veren perine bölgesini önden arkaya doğru gazlı bez yardımı ile silmeli.
- Hastanın perine bölgesi ılık su ile yıkanıp kurulmalıdır ve nemlendirilmeli.
- Hasta bez kullanıyor ise boşaltımını gerçekleştirme durumuna göre eldivenler giyilerek kirli olmuş olan bez uzaklaştırılır.
- Perine bölgesi önden arkaya doğru silinerek kurulmalıdır, gerekli durumlarda ise sağlık çalışanları tarafından önerilen nemlendirici kullanılarak var olan tahriş önlenir.
- Bez kullanan hastalar için perine bölgesinde püskürtülebilir dolayısıyla belli aralıklarla havalandırılır.



https://tazeleme.com/vayinlardosya/yataga_basimli_yasli_bireylerde_ev_guvenligi.pdf

El-Yüz, Vücut Bakımı

Yatağa Bağımlı Hastanın Vücut Temizliğinde Kullanılacak Hazır Ürünler

Cilt Temizleyici ve Köpükler

Yatağa bağımlı hastaların vücut banyoları cilt temizleyici ve bakım köpükleri ile de yapılabilir. Cilt temizleyici ve köpükler, uygulanacak bölgeye püskürtülür. Biraz beklenir. Sabun ve su kullanılmadan o bölge temiz bir bez yardımıyla silinir ve hastanın temizliği (vücut banyosu) sağlanmış olur.

Antibakteriyel Vücut Temizleme Bezleri

Ayrıca yatağa bağımlı hastaların vücut temizliğini sağlama özel antibakteriyel vücut temizleme bezi/havlısu vücudun tüm alanları için kullanılabilir. Kullanılmadan önce sıcak su veya mikrodalga fırında belirtilen süre kadar bekletilerek ısıtılacağı gibi soğuk da kullanılabilir. Suyla, sabuna, durulamaya ek bir işleme gerek yoktur.

Antibakteriyel vücut yıkama kesesi

Kese formunda tasarlanmış özel solüsyon ile hazırlanmış ürün ile tüm vücut temizliği güvenli bir şekilde sağlanmış olur. Su, sabun durulama gerekmez.

Antibakteriyel perine bölgesi temizleme havlısu/pedi

Hasta altı bezleri değişiminde, dışkı temizliğinden sonra perine (cinsel) bölgesinin temizlenmesi için kullanılır.

Antibakteriyel vücut temizleme pedi



<https://docajever.biz.tr/62658602-Yataga-basimli-yasli-hastada-hiyen-el-kinobi.html>

Ped şeklinde hazırlanmış ürün ile tüm vücut temizliği güvenli bir şekilde sağlanmış olur

- Yatağa bağımlı hastada banyo, kişisel hijyeni sağlar, cilt bozulmasını önler ve hem vücutta hem de ruhun yenilenmesinde yardımcı olur dolayısıyla haftada iki kez hastanın tam vücut banyosu yapılması sağlanmalıdır.
- Yatağa bağımlı hastada yıkamaya yüzdten başlanmalıdır ve ayaklara doğru devam edilmeli.
- Banyo esnasında uzamış olan tınakların kesimi ve ayak bakımı yapılmalıdır.
- Cildi nemlendirmek için lanolin içeren losyonlar kullanılabilir.
- Ayakları yıkadıktan sonra, kalça bölgesine geçmeden önce su yenilenmelidir.
- Mikroorganizma ve bakterilerin çoğalmaması için genital bölgenin günlük olarak yıkanması özellikle önemlidir.
- Genital bölge önden arkaya doğru yıkanmalıdır. İyice durulandıktan sonra bir havlu ile hafifçe kurulur.

Vücut temizliği ile ilgili bazı ipuçları:

- Hareket etmek ağrıya neden oluyorsa, hastanın yıkanmak için belli bir süre beklenmelidir.
- Çok sert veya çok hafif sürtünmeleri hastaya sorulmalıdır. Herkesin farklı bir dokunma duygusu vardır.
- Banyoda hasta için mahremiyet sağlanmalıdır. Hasta bir hastane yatağındaysa, sırtındaki gerilmeyi azaltmak için yatak yüksekliliği ayarlanmalıdır.
- Banyo zamanı aynı zamanda, saç ve sakal tıraşı için iyi bir zamandır. Bazı hastalar için, alıkan olduktan kişisel alıkanlıklara dikkat etmek, onları mutlu edecek ve onurlarını korumaya yardımcı olacaktır.

Yatağa bağımlı olan hasta, saç bakımını yapamaz. Saçları yağlanır, kepeklenir ve taranmadığı için dağınık görülür. Saçların haftada en az iki kez yıkanması önerilir.



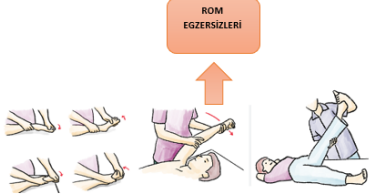
<https://docplayer.biz.tr/62658602-Yatağa-bağımlı-yaşlı-hastada-biyyen-si-kitabi.html>

- Özellikle kış aylarında, hastanın odasındaki kapı ve pencereler kapatılarak, odanın uygun sıcaklıkta olması sağlanmalı.
- Hastanın kulaklarına pamuk ya da tampon konarak kulaklarının içine su kaçması engellenir.
- Hastanın gözlerine sabun kaçmaması için temiz havlu ile korunur.
- Suyun sıcaklığı hastanın alışkanlığına göre ayarlanır.
- Sakıncası yoksa hastaya sırt üstü ya da yan yatış pozisyonu verilir.
- Hastanın başı ve omuzları yatağın başucunda ve saç banyosu yapılan kişiye yakın olacak şekilde düzenlenir.
- Saçlar, hastanın başı arkadan tek elle desteklenerek yıkanmalı ve bol su ile durulanmalı. Saçlar yıkandıktan sonra, hastanın saçı, yüzü, boynu ve omuzları kurulanmalı, saçlar taranarak mümkünse saç kurutma makinesiyle kurutulur.

6.5. İnnmeli Evde Bakım Hastalarında Düşme Riski ve Önlenmesi

İnnmeli evde bakım hastaları motor, görme, algılama, düşme bozukluğu ve spazisite varlığına bağlı olarak düşme riski ile karşı karşıya kalmaktadır.

- Hastada mobilitayı artırmak amacıyla kontrendike bir durum yoksa günde üç kez yapılır.
- Sağlık personelleri tarafından önerilen hareketler yapılır.
- Hastada kontrendike bir durum yok ise kişisel bakımlarına katılarak kaslarını hareket ettirmeleri sağlanır.
- Hastanın yeterli beslenmesi sağlanır.
- Bakım veren birey yeterli seviyede hastaya egzersiz yaptıramadığını düşünüyorsa sağlık çalışanlarına bu konu hakkında bilgi verilir.
- Hastaya yapılan egzersizler arasında dinlenme periyodu planlanır.



<https://doktorfizik.com/innme-yatağa-bağımlı-felçli-hastalar-icin-fizik-terapi-hareketleri-resimli/>

6.7. İnnmeli Evde Bakım Hastalarında Boşaltma Yönelik Komplikasyonlar ve Önlenmesi

İnnmeli evde bakım hastalarında duyu ve motor refleks kaybını yaşadıkları için genellikle mesane ve barsak boşaltımının farkında olmayabilirler. Dolayısıyla hastalarda gaita ve idrar kaçırma görülebilmektedir. Bunun yanı sıra mobilita ve gastrointestinal aktivitenin azalmasına bağlı olarak ise kabızlık görülebilmektedir.

Hastada Boşaltma Yönelik Komplikasyonların Önlenmesinde Bakım Veren Bireyin Dikkat Edeceği Noktalar

- Hastaya 2-4 saatte bir sürgü verilir.
- Hastaya rahat edebileceği pozisyon verilir.
- Eğer hastada korku, endişe ve kaygılı yüz ifadesi var ise hasta ile sözel iletişim kurulur.



<https://doktorfizik.com/innme-yatağa-bağımlı-felçli-hastalar-icin-fizik-terapi-hareketleri-resimli/>

Hastanın Düşme Riski ve Önlenmesinde Bakım Veren Bireyin Dikkat Edeceği Noktalar

- Bakım veren birey düşmeyi önleyecek girişimlerde bulunulmalı.
- Hastanın yatacağı yataktaki kenarlıklar olmalı ve yatağın seviyesi uygun olmalı.
- Hasta yatağa tam bağımlı değil ise ihtiyaç duyacağı eşyalar hastanın görüş alanında olmalı.
- Odanın yeterli düzeyde aydınlatılması sağlanır.
- Hasta sandalyeye oturduğunda düşmesi için kemer kullanılır.
- Hasta ayağa kaldıracığı zaman tabanı kayanmayan ayakkabılar tercih edilir.
- Sağlık personellerinin önerileri doğrultusunda yürüyebilen hastaların Walker, baston gibi yardımcı aparatları kullanması sağlanır.
- Hastanın dengesini artırmak için etkilenen kol acriya alınır.
- Yanıklara sebep olabilecek materyaller ortamdaki uzaklaştırılır.

6.6. İnnmeli Evde Bakım Hastalarının Vücutlarında Görülebilecek Komplikasyonlar ve Önlenmesi

İnnmeye bağlı gelişen felç nedeniyle hastalar yürüme güçlüğü ve el kol koordinasyonunda güçsüzlük çekebilir. Felçli hastalarda yürüyüşü bozan sorunlardan en sık görülenleri ayak bileğinin yukarı çekilmesi, dizin rahat bükülüp açılmaması ve kalçanın geriye gütürülmesidir. El ve kol hareketlerindeki yetersizlik ise hastalarda önemli ölçüde güçsüzlüğe sebep olmaktadır.

İnnmeli Evde Bakım Hastalarının Vücutlarında Görülebilecek Komplikasyonlarının Önlenmesinde Bakım Veren Bireyin Dikkat Edeceği Noktalar

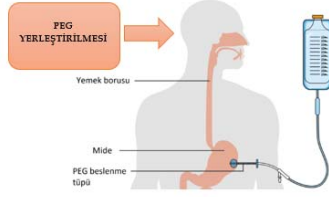
- Hastanın yeterli miktarda sıvı alması sağlanır.
- Hastada konstipasyon (kabızlık) var ise sürgü vermek yerine komod/klozet kullanması sağlanır.
- Hastanın lifli gıdalar alması sağlanır.
- Konstipasyon durumunda hastanın sabahlarıılık su tüketmeleri sağlanır.
- Hastaya tolere edemediği ölçüde hareket ettirilir.
- Hastada inkontinans ve konstipasyon devam ediyor ise sağlık çalışanları bilgilendirilir.



http://www.mecap.meb.gov.tr/innme_program_modul/moduler/

6.8. İnnmeli Evde Bakım Hastalarında Beslenme Bozukluğu Riski ve Önlenmesi

- Bakım veren birey hastanın yeme içme davranışlarının gözlemlemelidir. Oral (ağızdan) beslenebilen hastalar için beslenme sırasında öksürük, boğulma hissiyatı açısından değerlendirilir.
- Yutma güçlüğü tespit edilen hastalar ağızdan beslenemiyorsa oturur pozisyonda beslenmeleri sağlanır.
- Hastaya ağır bakımı verilir.
- Eğer hasta zayıf ve bitkin ise yemeklerden önce dinlenmesi sağlanır.
- Hastanın iştahı yok ise az miktarda aralıklı olarak beslenmesi sağlanır.
- Hastada iştahsızlık devam ediyorsa sağlık çalışanlarından yardım istenir.
- Eğer hasta oral (ağız) beslenemiyorsa PEG (Perkütan Endoskopik Gastrostomi) ile besleniyorsa sağlık çalışanlarının talimatları doğrultusunda hastanın beslenmesi sağlanır.
- PEG yerinde sızıntı, ağrı, kanama varsa sağlık çalışanlarına bilgi verilir.



<https://doktorfark.com/izmir/felci-tedavisinde-mideden-beslenme-peg-tubu-bakimi/>

6.9. İnneli Evde Bakım Hastalarında Konuşma Bozukluğu Riski ve Önlenmesi

- Hasta konuşması ve iletişim kurması için teşvik edilir.
- Hastanın izole olmasını gerektiren bir durum yok ise, sevdiği insanların hastanın ziyaretine gelerek konuşması desteklenir.
- Konuşma terapistine önerdiği egzersizleri hastanın yapması sağlanır.
- Konuşma veya dil terapisi ile günde birkaç saat, haftada birkaç gün süren yoğun terapi ile afazi hastalarında iyileşmeye katkı sağlayacaktır.

6.10. İnneli Evde Bakım Hastalarında Kaslarda Katılık (Spasite) Riski ve Önlenmesi

Spasite; ağrıya, hareket kaybına ve buna bağlı olarak da el – kol kullanım gücüne, konuşmanın bozulmasına veya yürüme bozukluğuna neden olan tabloya verilen isimdir.

- Spasite gelişen inneli bireylerde fizik tedavi uygulamalarının önem taşıdığı unutulmamalıdır.
- Hareketsizliğe bağlı olarak kas boyunda kısalma olması sebebiyle germe egzersizleri ve eklem hareket açıklığı egzersizleri bakım veren birey tarafından günde iki kez yaptırılır.
- Bakım veren bireyler olarak bu hareketleri uygulamadan önce fizik tedavi alanındaki sağlık profesyonellerinin direktifleri dikkate alınır.
- Germe öncesi sıcak veya soğuk uygulama egzersizin etkinliğini artırır.
- Eğer ilk kez spasiteye yönelik egzersizler yaptırılacak ise sağlık profesyoneli gözetiminde yaptırılır.



Spasite felci hastalarda dirsekte, el bileğinde bükülmeye, ön kolun içe dönmesi, elin yunruk yapılması, bağ parmağın diğer parmaklar arasında kapanması gibi belirtilere yol açabilir.

<https://doktorfark.com/izmir/felci-hastalarda-spasite/>

HASTANIZA BAKIM VERİRKEN NELERE DİKKAT ETMELİSİNİZ?

6.11. İnneli Evde Bakım Hastalarında İlaç Kullanımı

- İnneli evde bakım hastaları ileri yaş hastalar olması sebebiyle çoklu ilaç kullanabilmektedirler. Dolayısıyla hastaların kullandığı tüm ilaçlar bakım veren birey tarafından takip edilmelidir. Hastaların kullandıkları ilaçların unutulmasını önlemek amacıyla anımsatıcı teknolojik aletler kullanılabilir.
- Hastaların ağızdan kullandıkları ilaçların ılık su ile yutulması sağlanır.
- Ağızdan kullanılan ilaçların yutulması için kesinlikle greyfurt suyu, turuncu suyu ya da su dışındaki herhangi bir içecek kullanılmamalıdır.
- Hastaların kullandığı ilaçlar çocukların ulaşamayacağı yerde muhafaza edilir.

KAYNAKLAR

- Akçoban, S., & Eskimez, Z. (2023). Homecare patients' quality of life and the burden of family caregivers: a descriptive cross-sectional study. *Home Health Care Services Quarterly*, 42(3), 216-229. <https://doi.org/10.1080/01621424.2023.2177224>
- Arca, M., & Ceylan, A. (2020). İnnel tanımlı hastaneye yatırılan hastaların bakım verenlerin depresyon durumu ve yaşam kalitesi algıları. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13 (1), 45-54. DOI: 10.26559/mersinsbd.615447
- Çetinkaya, N., & Dönmez, E. (2023). İnnel hastalara bakım verenlerde bakım yükü, anksiyete ve depresyon düzeyinin incelenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 10(1), 49-59.
- Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins S, Sacco RL, Hacke W, Fisher M, Pandian J, & Lindsay P. (2022). World Stroke Organization (WSO): Global stroke fact sheet (2022). *International Journal of Stroke : Official Journal of The International Stroke Society*, 17(1), 18-29. <http://doi.org/10.1177/17474930211065917>.
- Kaya, Ç. A., Mercan, E., & Çiftçili, S. (2018). Evde sağlık hizmeti almak için başvuran inneli hastaların sağlık ve bakım ihtiyaçları. *The Journal of Turkish Family Physician*, 9(3), 69-77.
- Liu Z, Heffernan C, & Tan J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International journal of nursing sciences*, 7(4):438-445. <http://doi.org/10.1016/j.ijnms.2020.07.012>.
- Berwig, M., Heinrich, S., Spahlholz, J., Hallensleben, N., Brähler, E., & Gertz, H.-J. (2017). Individualized support for informal caregivers of people with dementia - effectiveness of the German adaptation of REACH II. *BMC Geriatrics*, 17(1), 286. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0678-y>
- Caro CC, Costa JD, & Da Cruz DMC. (2018). Burden and quality of life of family caregivers of stroke patients. *Occupational therapy in health care*, 32(2):154-171. <http://doi.org/10.1080/07380577.2018.1449046>.
- Bilgili, N. ve Gözüm, S. (2014) İnnel hastaların evde bakımı: bakım verenler için rehber. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 7(2), 128-150.
- Teasell, R., Salbach, N. M., Foley, N., Mountain, A., Cameron, J. I., Jong, A. D., ... & Lindsay, M. P. (2020). Canadian stroke best practice recommendations: rehabilitation, recovery, and community participation following stroke. Part one: rehabilitation and recovery following stroke; update 2019. *International Journal of Stroke*, 15(7), 763-788.

Urgancı, Y. (2019). Hemşirelerin basıncı üselerinin önlemeye yönelik tutumlarının belirlenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, 49-72.

van Netten, J. J., Bus, S. A., Apelqvist, J., Lipsky, B. A., Hinchliffe, R. J., Game, F., ... & International Working Group on the Diabetic Foot. (2020). Definitions and criteria for diabetic foot disease. *Diabetes: metabolism research and reviews*, 36, e5268.

Breitenstein C, Grewe T, Flöel A et al. Intensive speech and language therapy in patients with chronic aphasia after stroke: a randomised, open-label, blinded-endpoint, controlled trial in a health-care setting. *Lancet*. 2017 Apr 15;389(10078):1528-1538.

EK-7 Hasta Kişisel Bilgi Formu

A-Eğitim Öncesi

1.Yaş.....

2.Cinsiyet ()Kadın ()Erkek

3.Eğitim Düzeyi ()Okuma yazma yok ()Ortaokul ve altı ()Lise ve üzeri

4.Medeni Durum.....

5.Bağımlı olma durumu ()Tam Bağımlı ()Yarı Bağımlı

6.Kronik Hastalık Varlığı

()Diyabet ()Hipertansiyon ()Kardiyovasküler hastalıklar ()Solunum sistemi hastalıkları ()Deri hastalıkları ()Kronik eklem hastalıkları ()Serebrovasküler hastalıklar ()Obezite ()Diğer

7.Üriner Kateter Varlığı ()Evet ()Hayır

8.Sağlık kurumuna yatış yapılan en son tarih.....

9.Yakın bir tarihte enfeksiyon nedeniyle sağlık kurumuna başvuruda bulunuldu mu?

()Evet ()Hayır

Cevap evet ise tarih.....

10. Aspirasyon ve pnömoni varlığı ()Evet ()Hayır

11.Hasta da basınç yarası varlığı ()yok ()1.evre ()2.evre ()3.evre ()4.evre

12.Hastanın beslenme şekli ()Oral ()Enteral ()Parenteral

13.Hastada konstipasyon-diyare varlığı ()Evet ()Hayır

14.İnkontinans varlığı (üriner-fekal) ()Evet ()Hayır

15.Hastada demans durumu ()Evet ()Hayır

16.Düşme riski varlığı ()Evet ()Hayır

17.Afazi/Dizarti riski varlığı ()Evet ()Hayır

B-Eğitim Sonrası

1.Eğitim sonunda basınç yarası varlığı ()yok ()1.evre ()2.evre ()3.evre ()4.evre

2. Aspirasyon ve pnömoni varlığı ()Evet ()Hayır

3.Eğitim sonrası hastanın sağlık kurumuna yatış yapılma durumu ()Evet ()Hayır

Evet ise kaç kez?.....nedeni?.....Komplikasyon.....

4.Yakın bir tarihte enfeksiyon nedeniyle sağlık kurumuna başvuruda bulunuldu mu?

()Evet ()Hayır

5.Üriner kateter varlığı ()Evet ()Hayır

6. Hastanın beslenme şekli ()Oral ()Enteral ()Parenteral

7. Hastada konstipasyon-diyare varlığı ()Evet ()Hayır

8. İnkontinans varlığı (fekal-üriner) ()Evet ()Hayır

9.Hastada demans durumu ()Evet ()Hayır

10.Düşme riski varlığı ()Evet ()Hayır

EK-8Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

	KOD	I	II	III	IV	V
A.	Transfer	0	3	8	12	15
B.	Ambulasyon	0	3	8	12	15
	Tekerlekli iskemle	0	1	3	4	5
C.	Merdiven	0	2	5	8	10
D.	Beslenme	0	2	5	8	10
E.	Giyinme	0	2	5	8	10
F.	Kişisel bakım	0	1	3	4	5
G.	Banyo yapma	0	1	3	4	5
H.	Tuvalet kullanımı	0	2	5	8	10
I.	İdrar kontinansı	0	2	5	8	10
J.	Gaita kontinansı	0	2	5	8	10

Modifiye Barthel indeksi kodlarının açıklanması:

I: İş yapmak için yetersizdir.

II: Çok bağımlıdır, iş yapmayı dener fakat emniyetsizdir.

III: Orta derecede yardıma gereksinimi vardır.

IV: Minimal yardıma gereksinimi vardır.

V: Tamamen bağımsızdır.

EK-9Braden Risk Değerlendirme Ölçeği

BRADEN BASI ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ				
YÜKSEK RİSK: Toplam 12 ve >		ORTA RİSK: Toplam puan 13-14	DÜŞÜK RİSK: Toplam puan 15-16 ve 75 yaş üzerindeki için 15-18	
RİSK FAKTÖRLERİ				
DUYGUSAL ALGI (UYARANIN ALGILANMASI) Basınca karşı oluşan rahatsızlığın algılanması	1 puan TAMAMEN SINIRLI (YETERSİZ) Ağrılı uyarılara yanıt vermiyor (inleme, algılama). Bilinçsizliğe bağlı olarak vücudunda ağrı odaklarını hissedemiyor	2 puan ÇOK SINIRLI (YETERSİZ) Yalnız ağrılı uyarılara yanıt veriyor.(Rahatsızlığını inleme ile belli edebiliyor.	3 puan BİRAZ SINIRLI (YETERSİZ) Sözlü uyarılara yanıt veriyor. Sürekli iletişim kurabiliyor. Hastanın yatak içinde çevrilmesi gerekiyor.	4 puan ORYANTE (TAMAMEN YETERLİ) Sözlü uyarılara yanıt veriyor. Duyu kusuru yok.
DERİNİN NEM DURUMU Vücudun nemliliği	1 puan HER ZAMAN NEMLİ (SÜREKLİ ISLAK) Deri; ter, idrar, gaita ile sürekli ıslak, her çevrildiğinde ıslaklık hissediliyor.	2 puan GENELLİKLE NEMLİ Deri çoğu zaman ıslak. Her vardiyada çarşafların bir kez değiştirilmesi gerekiyor.	3 puan ARASIRA NEMLİ (BAZEN ISLAK) Deri bazen ıslak. Çarşafların ıslandıkça değiştirilmesi gerekiyor.	4 puan NADİREN NEMLİ Deri genellikle kuru, çarşafların rutin olarak değiştirilmesi gerekiyor.
HAREKET YETENEĞİ Pozisyonunu değiştirme ve kontrol edebilme	1 puan TAM HAREKETSİZ Yardımsız pozisyon değiştiremiyor.	2 puan KISITLI HAREKETSİZ Vücut ve ekstremiteler pozisyonlarında hafif değişiklik yapabiliyor. Kendiliğinden pozisyonunu değiştiremiyor	3 puan AZ HAREKETLİ Vücut ve ekstremitelerinde sık ancak hafif değişiklik yapabiliyor.	4 puan TAM HAREKETLİ Pozisyonunu yardımsız sıklıkla değiştirebiliyor.
FİZİKSEL AKTİVİTE Fiziksel aktivitenin derecesi	1 puan YATAĞA BAĞIMLI Her türlü bakım gereksinimi yatakta karşılanıyor.	2 puan SANDALYEYE BAĞIMLI Çok az yürüyebiliyor. Sandalyeye oturabilmesi için yardım gerekiyor Kendi ağırlığını kaldırmakta güçlük çekiyor.	3 puan DESTEKLE YÜRÜYÖR Yardımla veya yardımsız kısa mesafede yürüyebiliyor. Her vardiyada çoğu zaman yatakta veya sandalyede oturuyor.	4 puan YARDIMSIZ SIK SIK YÜRÜYÖR Günde en az iki defa oda dışına çıkabiliyor. Oda içinde 2 saatte bir yürüyebiliyor.
BESLENME Beslenme alışkanlığı	1 puan KÖTÜ (ÇOK YETERSİZ) Asla öğününün tamamını yiyemiyor. Nadiren verilen yemeğin 1/3'ünü yiyebiliyor. 2 öğün ya da daha az protein alabiliyor(et ve süt ürünleri). Sıvı alımı az. Ağızdan sıvı desteği alamıyor. 5 günden uzun süreyle IV ve berrak diyet alıyor.	2 puan YETERSİZ Verilen yemeğin yarısını, nadiren tamamını yiyebiliyor. Günde 3 defa protein bazen destekleyici ek gıda alabiliyor. Uygun diyetin tüp ile verilen besinin birazını alabiliyor.	3 puan YETERLİ Öğünün yarısından fazlasını yiyebiliyor. Günde 4 kez protein alabiliyor. Ara sıra öğünü reddediyor. Verilmişse ek diyeti ya da total parenteral beslenmeyi alabiliyor.	4 puan ÇOK İYİ Her öğünü çoğunlukla yiyor. Öğünleri reddetmiyor. Günde 4 defa protein alabiliyor. Genellikle öğün aralarında yiyor. Ek gıda gerekmiyor.
SÜRTÜNME-BASI (TAHRİŞ)	1 puan SORUNLU Hareket ederken çok fazla yardıma gereksinimi var. Çarşafı kaydırmadan tamamen kaldırılması olanaksız. Sıklıkla sandalyeden ya da yataktan aşağıya kayıyor. Yeniden pozisyon vermede çok fazla yardıma ihtiyacı var. Sertlik, kontraktür ya da huzursuzluk sürekli sürtünmeye neden oluyor.	2 puan POTANSİYEL SORUNLU Çok az yardımla az ve güçsüz hareket yapabiliyor. Hareket sırasında deri; çarşafa, sandalyeye ya da diğer malzemelere sürtünüyor. Genellikle yatak ve sandalyede pozisyonunu sürdürüyor, fakat bazen kayıyor.	3 puan SORUNSUZ Yatak ve sandalyede bağımsız hareket edebiliyor. Kendini kaldırmak için; yeterli kas gücü var. Yatak ve sandalyede her zaman uygun pozisyonda duruyor.	

EK-10 Hastaneye Başvuru İzlem Formu

Hastaneye Başvuru Tarihi		Hastaneye Başvuru Nedenleri		
No		Eğitim öncesi değerlendirme	İlk değerlendirme	Son değerlendirme
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
...				

EK-11 Bakım Verici Kişisel Bilgi Formu

1.Yaş.....

2.Cinsiyet ☐Kadın ☐Erkek

3. Medeni Durum ☐Evli ☐Bekar

4.Çocuk sahibi olma durumu ☐Evet ☐Hayır

5.Eğitim Düzeyi ☐Okuma yazma yok ☐Ortaokul ve altı ☐Lise ve üzeri

6.Gelir Düzeyi ☐Gelir giderden az ☐Gelir gidere denk ☐Gelir giderden fazla

7.Meslek ☐Ev hanımı ☐Çalışan ☐Serbest meslek ☐Çalışmıyor ☐Diğer

8.Bakım desteği alma durumu (maddi) ☐Evet ☐Hayır

9. Gün içerisinde hastaya bakım verilen süre (saat).....

10.Hastaya toplam bakım verilen süre (ay).....

11.Kronik Hastalık Öyküsü ☐Evet ☐Hayır

12. Hastaya yakınlık durumu ☐Birinci dereceden aile bireyi (kızı, oğlu, eşi) ☐Akraba ☐Ücretli bakıcı ☐Diğer.....

13.Hastaya bakımında yardıma gereksinim duyma durumu ☐Evet ☐Bazen ☐Hayır

14.Hasta bakımını üstlenen tek kişi mi ☐Evet ☐Hayır

15.Hasta bakımında kendini yeterli hissetme durumu ☐Yeterli ☐Kısmen yeterli ☐Yetersiz

16.Hastaya bakım vermeye başladıktan sonra yaşamınızda meydana gelen değişiklikler (Fiziksel, Psikolojik, sosyal, ekonomik alanda)

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Fiziksel alanda; ☐Değişiklik olmadı ☐Kronik hastalıklar ☐İştahsızlık ☐Yorgunluk ☐Solunum rahatsızlıkları ☐Nörolojik rahatsızlık ☐Uyku bozuklukları

17.Psikolojik alanda; ☐Değişiklik olmadı ☐Öfke ☐Ümitsizlik ☐Kaygı ☐Ölüm korkusu ☐Stres ☐Kızgınlık ☐Bakımı kabullenememe duygusu

18.Sosyal alanda; ☐ Değişiklik olmadı ☐ Sosyal etkileşimin azalması ☐ Sosyal etkileşimin artması ☐ Sosyal etkileşimde bozulma ☐ Aile içi ilişkilerde bozulma ☐ Yaşam tarzında değişim ☐ Rollerine yerine getirmede değişim

19. Ekonomik alanda; ☐Değişiklik olmadı ☐Ekonomik durumda bozulma ☐ İş kaybı

20.Hastanın kişisel bakımının sağlanması ☐Evet ☐Bazen ☐Hayır

21.Hasta bakımında herhangi bir eğitim danışmanlık alma durumu ☐Evet ☐Hayır

22.Eğitim-danışmanlık gereksinim duyma durumu ☐Evet ☐Fikrim yok ☐Hayır

23.Sağlık kurumlarınca (evde sağlık birimi) verilen eğitimi yeterli bulma durumu

☐Yeterli ☐Kısmen yeterli ☐Yetersiz

24.Hastada tıbbi olmayan bakım yönetimi (sağlama) ☐Evet ☐Bazen ☐Hayır

25.Hastada tıbbi bakım yönetimi (sağlama) ☐Evet ☐Bazen ☐Hayır

EK-12 Bakım Verici Tepki Değerlendirme Ölçeği

Bakım verici olarak ne hissediyorsunuz ve ne yapıyorsunuz? Ölçek üç bölümden oluşmaktadır.

1. Bakım verici olarak ne yapabilirsiniz veya nasıl hissedersiniz? Hastanıza bakım veren kişi olarak ne derecede katılıp katılmadığınızı işaretleyiniz.

Bakım Verici Tepki Değerlendirme	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
Hastama bakmanın meziyet olduğunu düşünüyorum					
Diğerleri bakıcılığın kötü bir şey olduğunu düşünüyor					
Bakım için yeterli param olduğunu düşünüyorum					
Yaşamım bakım üzerine kuruludur					
Bakım yapmak beni yorgun düşürür					
Bakım için çevreden destek almak çok zordur.					
Arkadaşıma yada yakınıma bakmak beni üzer					
Tam işin ortasında durmak zorunda kalırım.					

Bazı sorular öncekiler ile aynı gelebilir ama aynı değildir, Cevaplarınız deneyimlerinizi anlamamız için son derece önemlidir.

2. Hastanıza bakan biri olarak ne derece katılıp katılmadığınızı işaretleyiniz

Bakım Verici Tepki Değerlendirme	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
Hastama gerçekten bakım yapmak istiyorum					
Hastama bakmaya başladığımdan beri sağlığım daha kötü					
Hastama bakmaya başladığımdan beri ailemi/arkadaşlarımı daha az ziyaret eder oldum					
Hastama ne kadar bakarsam bakayım borcumu ödeyemem					
Bakımı ailemle birlikte üstleniriz					
Hastama baktığımdan beri planlarımı azalttım					
Hastama bakacak yeterli fiziksel gücüm var					
Hastama baktığımdan beri ailemden koptuğumu hissediyorum.					

Bu son bölüm bakım yaparken ne hissettiğinizi ve ne yaptığınızı sorguluyor. İlginize teşekkür ederiz.

3.Yakınıza ve hastanıza bakan biri olarak ne derece de katılıp katılmadığınızı belirtiniz.

Bakım Verici Tepki Değerlendirme	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
Hastama bakarken kendimi iyi hissediyorum					
Sürekli kesintiler rahatlamam için zaman bulmamı güçleştirir					
Hastama bakacak kadar sağlıklıyım					
Hastama bakmak benim için önemlidir					
Hastamın bakımı aile bütçesine yük getiriyor					
Ailemin diğer üyeleri bakım konusunda beni yalnız bıraktılar					
Hastama bakmak beni mutlu eder					
Hastamın sağlık harcamalarını yaparken zorlanıyorum					

EK-13Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her birinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1’den 7’ye kadarrakamlar verilmiştir. Size yakın olan ifadenin altındaki rakamı işaretleyiniz.

1. İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5. Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

10. Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

EK-14 Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeks Kullanım İzni

EK-15 Braden Risk Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni

EK-16 Bakım Verici Tepki Değerlendirme Ölçeği

EK-17 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

ÖZGEÇMİŞ