

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İNME Lİ HASTALARA BAKIM VEREN
HASTA YAKINLARININ BAKIM YÜKÜ**

Güler DURU AŞİRET

**İç Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA
2011**

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HASTALARA BAKIM VEREN
HASTA YAKINLARININ BAKIM YÜKÜ**

Güler DURU AŞİRET

**İç Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU**

**ANKARA
2011**

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne:

Bu çalışma jürimiz tarafından İç Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Nuran Akdemir
Hacettepe Üniversitesi



Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sevgisun Kapucu
Hacettepe Üniversitesi



Üye: Prof. Dr. Hatice Bostanoğlu
Gazi Üniversitesi



Üye: Doç. Dr. Sevilay Şenol Çelik
Hacettepe Üniversitesi

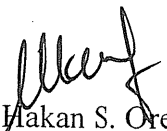


Üye: Yrd. Doç. Dr. Leyla Özdemir
Hacettepe Üniversitesi



ONAY:

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Hakan S. Örer
Enstitü Müdürü 4.

TEŞEKKÜR

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

Sayın Yrd. Doç. Dr. Sevgisun Kapucu tez danışmanım olarak çalışmanın her aşamasında yol gösterici katkılarda bulunmuştur.

Çalışmamın yürütüldüğü merkezlerde çalışan tüm meslek arkadaşlarım uygulama aşamasında her türlü yardım ve kolaylığı sağlamışlardır.

Çalışmaya katılan hasta ve bakım verenler uygulamanın başarılı bir şekilde gerçekleşmesini sağlamıştır.

Ailem çalışma süresince sevgi ve sabırla destek olmuştur.

ÖZET

Duru Aşiret, G. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011. Çalışma, inmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükünün belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Hastanesi Nöroloji polikliniği ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon polikliniğine başvuran yaşlı inmeli hastalara bakım veren 70 hasta yakını oluşturmuştur. Çalışmanın verileri, araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek geliştirilen hasta ve bakım verene yönelik hazırlanan veri toplama formu, Rivermead Mobilite İndeksi (RMI) ve Bakım Verme Yükü Ölçeği (Burden Interview) kullanılarak toplanmıştır. Çalışmanın verileri, tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra korelasyon, Mann-Whitney U testi ve Benferoni düzeltmeli Kruskal-Wallis H testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeği puan ortancası 42.5 olarak saptanmıştır. Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu ve ek hastalık olma durumuna göre bakım verme yükü puan ortancası incelendiğinde aradaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunurken ($p>0.05$), hastaların RMI'den aldıkları puan ile bakım verenlerin bakım verme yükü puan ortancası arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların beslenme, hareket, boşaltım, tedavi gibi işlerini yapan bakım verenlerin puan ortancası arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Bakım verme nedeniyle ailede güçlük yaşayan ve günlük yaşamı etkilenen bakım verenlerin bakım verme yükü puan ortancası arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda taburculuk eğitiminin etkinliğinin arttırılması, bakım verenlerin yaşadıkları sorunlarla baş etmelerine yönelik eğitim ve danışmanlık programlarının düzenlenmesi, belirli aralıklarla bakım verenin izlenmesi ve gerekli kurumsal desteğin sağlanması önerilerinde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, inme, bakım, bakım veren yükü.

ABSTRACT

Duru Aşiret, G. Care burden of the patient relatives who take care of the patients with stroke. Hacettepe University Institute of Health Sciences Master Thesis in Medical Nursing, Ankara, 2011. The study was done as descriptive for the purpose of determination of the care burden of the patient relatives who take care of patients suffering from stroke. Sampling of the research was formed by 70 patient relatives who has applied to the Hacettepe University Medical Faculty Adult Hospital Neurology polyclinic and Physical Medicine and Rehabilitation polyclinic and taking care of the elderly patient suffering from stroke. The data of the study were collected by using data collection form prepared towards the patient and caregiver that was developed by reviewing the related literature, Rivermead Mobility Index (RMI) and Caregiver Burden (Burden Interview). The data of the study was assessed by using correlation, Mann-Whitney U test and Benferoni corrected Kruskal-Wallis H test, as well as the identifying statistics. Caregiver burden scale point average of the caregiveres who were taken into the scope of the research as a result of the study was determined as 42.5. When the caregiver burden point average of the caregivers was examined according to the age, sex, education status and additional illness case of the patient, while the gap between was found insignificant ($p>0.05$), the difference between the point received by the patients from RMI and the point average of the caregiver burden of the caregivers was found statistically significant ($p<0.05$). The difference between the point average of the caregivers who perform the works of the patients such as nutrition, motion, excretion, treatment was found statistically significant ($p<0.05$). The difference between the caregiving burden point average of the caregivers who have difficulty in the family because of giving care and whose daily life are effected was found statistically significant ($p<0.05$). In line with the results obtained from the research, suggestions were made about increasing the effect of the discharge training, arranging training and consultancy programs aimed at coping with the problems being experienced by the caregivers and providing the required institutional support.

Key words: Elderly, stroke, care, burden of caregivers.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLOLAR DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ	
1.1. Problem Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. İnmenin Tanımı	5
2.2. İnmenin Epidemiyoloji.....	5
2.3. Risk Faktörleri.....	6
2.3.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri.....	6
2.3.2. Değiştirilebilen Risk Faktörleri.....	7
2.3.2.1. Kesinleşmiş Risk Faktörleri.....	7
2.3.3.2. Kesinleşmemiş Risk Faktörleri.....	8
2.4. İnmenin Semptomları.....	10
2.5. İnmenin Tanı ve Tedavisi.....	11
2.6. İnmeli Hastanın Bakımı ve Bakım Yüğü.....	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Şekli.....	16
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	16
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	16
3.4. Veri Toplama Formunun Hazırlanması.....	17
3.4.1. Rivermead Mobilite İndeksi.....	17
3.4.2. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği	17
3.5. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması.....	18

3.6. Veri Toplama Formunun Uygulanması	18
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	18
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	19
4. BULGULAR	
4.1. Bakım Verenlerin Bakmakla Yükümlü Olduğu Hastalara İlişkin Bulgular.....	20
4.2. Bakım Verenlere İlişkin Bulgular	26
4.3. Bakıma İlişkin Bulgular.....	29
5. TARTIŞMA	
5.1. Tanıtıcı Özellikler.....	47
5.1.1. Bakım Verenlerin Bakmakla Yükümlü Olduğu İnmeli Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	47
5.1.2. Bakım Verenlere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	51
5.1.3. Bakım Vermeye ve Bakım Yüküne İlişkin Bulguların Tartışılması.....	53
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	
6.1. SONUÇLAR.....	58
6.1.1. Bakım Verenlerin Bakmakla Yükümlü Olduğu Hastalara İlişkin Sonuçlar....	58
6.1.2. Bakım Verenlere İlişkin Sonuçlar.....	58
6.2.ÖNERİLER.....	61
KAYNAKLAR.....	62
ÖZGEÇMİŞ.....	
EKLER	
EK 1. İnmeli Hastaya İlişkin Bilgiler	
EK 2. Rivermead Mobilite İndeksi	
EK 3. Bakım Verene İlişkin Bilgiler	
EK 4. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği	
EK 5.1, 5.2, 5.3 İzin Yazıları	

SİMGELER VE KISALTMALAR

WHO	Dünya Sağlık Örgütü
GİA	Geçici İskemik Atak
CRP	C-Reaktif Protein
PTT	Parsiyel Tromboplastin Zamanı
BT	Bilgisayarlı Tomografi
MRG	Manyetik Rezonans Görüntüleme
RMI	Rivermead Mobilite İndeksi
NCSS	Number Cruncher Statistical System
SPSS	Statistical Programme for Social Sciences

ŞEKİLLER

Sayfa

4.1. Hastaların RMI puan ortancası ile bakım verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü ölçeği puan ortancası.....	40
--	----

TABLOLAR

	Sayfa
Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özellikleri.....	20
Tablo 4.2. Hastaların hastalıklarına ilişkin özellikleri.....	22
Tablo 4.3. Hastaların inmeye bağlı sorun yaşama durumları.....	24
Tablo 4.4. Hastaların RMI puan ortancası.....	25
Tablo 4.5. Bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri.....	26
Tablo 4.6. Hastalarının bakımına ilişkin özellikler.....	29
Tablo 4.7. Bakım verenlerin bakım verirken güçlük yaşama durumları, baş etme yöntemleri ve günlük yaşamlarının etkilenme durumu.....	31
Tablo 4.8. Bakım verenlerin inmeye ve tedavisine ilişkin bilgi alma durumu ve bilgi içeriğinin dağılımı.....	33
Tablo 4.9. Bakım verenlerin Zarit Bakım Verme Yüğü ölçeğı puan ortancası.....	35
Tablo 4.10. Bakım verenlerin bakım yükünü azaltmaya yönelik önerileri.....	36
Tablo 4.11. Hastaların demografik özelliklerine göre Zarit Bakım Verme Yüğü ölçeğı puan ortancası.....	37
Tablo 4.12. Hastaların kullandıkları ilaç sayısı ile Zarit Bakım Verme Yüğü ölçeğı puan ortancası.....	39
Tablo 4.13. Hastaların RMI puan ortancası ile bakım verenlerin Zarit Bakım Verme Yüğü ölçeğı puan ortancası.....	40
Tablo 4.14. Bakım verenlerin demografik özelliklerine göre Zarit Bakım Verme Yüğü ölçeğı puan ortancası.....	41
Tablo 4.15. Bakım verenlerin bakıma ilişkin tanımlayıcı özelliklerine göre Zarit Bakım Verme Yüğü ölçeğı puan ortancası.....	43
Tablo 4.16. Bakım verenlerin bakımda yaptığı iş ile Zarit Bakım Verme Yüğü ölçeğı puan ortancası.....	45
Tablo 4.17. Bakımda güçlük yaşama, günlük yaşamı etkileme ve bakımla ilgili bilgi alma durumu ile Zarit Bakım Verme Yüğü ölçeğı puan ortancası.....	46

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde doğurganlık hızının düşmesi, ortalama yaşam beklentisinin artması, insanların sağlığı koruma ve geliştirme konusunda bilinçlenmesi, beslenme koşullarının iyileşmesi, temel halk sağlığı hizmetlerinin gelişmesi, hastalıkların erken tanı ve tedavi olanaklarının artması ve birçok bulaşıcı hastalığın kontrol altına alınması gibi nedenlerle yaşlı nüfus artmaktadır (31).

Yaşın ilerlemesi ile birlikte yaşlı bireyde belirli bir hastalık olmasa da fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden bazı değişimler görülmektedir. Bu değişikliklere uyum sağlama, yaşlı bireyin yaşantısını etkilediği gibi, bakımları da özel bir yaklaşım gerektirmektedir (18). 65 yaş ve üzeri olan bireylerin giyinme, yemek yeme, tuvaleti kullanma gibi günlük yaşam aktivitelerinin bir ya da bir kaçını yerine getirmede zorlandıkları, 75 yaşın üzerinde ise hastalıklar ve sakatlıkların görülme sıklığının arttığı açıklanmaktadır (47). İnme 65 yaş üzerinde sıklığı artan kronik hastalıklardan biridir (113). İnme, beynin bir veya birden çok kan damarının katıldığı patolojik süreçler sonucu oluşan genellikle ani başlangıçlı, fokal veya global nörolojik semptomlar olarak tanımlanmaktadır (1). Travma, enfeksiyon, tümör gibi nedenlere bağlı infarkt veya kanama, serebral iskemiye bağlı geçici ataklar tanımlama dışında bırakılmıştır (71).

İnme, dünyada kalp hastalıkları ve kanserden sonra üçüncü ölüm nedeni olup, sakatlık ve özürlülük yapan en önemli nedendir (74, 90, 105). İnme sonucu ölüm oranlarında Çin birinci, Amerika Birleşik Devletleri ise dördüncü sırada yer almaktadır (106). Amerika ‘da her üç dakikada bir kişi inme nedeniyle ölmektedir (105). Ülkemizde ise inme 2004 yılında yayınlanan “Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Proje Raporu”na göre ülke genelinde ölüme yol açan 20 hastalık arasında 2. ölüm nedeni olarak yer almaktadır (112).

Batı toplumlarındaki epidemiyolojik veriler, toplumların % 0.2’sinin inme geçirdiğini göstermektedir. İnme geçiren bu hastaların üçte biri bir yıl içerisinde ölmekte, üçte biri özürlü kalmakta, üçte biri de kısmen iyileşmektedir. Bu oran da inmeyi en fazla sakatlığa ve bağımlılığa yol açan hastalık kategorisine sokmaktadır (51).

İnme sıklığı 55 yaşından sonra her on yılda bir iki katına çıkmakta ve erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmektedir (20). İnme insidansı erkeklerde 45–84 yaşları arasında kadınlardan daha fazladır. Yaş ilerledikçe 85–94 yaşları arasında inme insidansı kadınlarda erkeklere göre artış göstermektedir (91).

Son yıllarda inmeye bağlı mortalitede azalma olsa da insidansında, hastaneye yatışlarda ve inmeye bağlı ekonomik maliyette artışlar tespit edilmiştir (45). İnmeye bağlı ölümlerin azalması ortalama yaşam süresinin uzamasına neden olmuş ve uzun dönem bakım gündeme gelmiştir. Çünkü inme sonrası birey sakatlıkla karşı karşıya kalmakta ve genellikle bu süreçte hasta bireylerin bakımını ailesi üstlenmektedir. Genelde bakım rolünü ilk üstlenen kişi inmeli hastanın eşi olup inmenin zarar verici etkilerinin üstesinden gelmek zorunda kalmaktadırlar (117). İnmeli hastaların yakınlarıyla yapılan bir çalışmada bakım verenlerin çoğunluğunu eş konumundaki kadınların oluşturduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada eşlerin diğer bakım verenlerden daha fazla bakım yükü olduğu bulunmuştur (85).

Bakım yükü, bakım verenin, yaşlı, kronik hastalığı veya yetersizliği olan bireye bakım verdiği süre içerisinde, zorlanması, kendini baskı altında hissetmesi ya da yük altına girmesi olarak tanımlanabilmektedir (64). Yapılan çalışmalarda bakım yükü; bakım verenlerde fiziksel, ekonomik, sosyal ve psikolojik problemlere neden olduğu belirlenmiştir (9, 118).

Yaşlı bireylere bakım verenlerin yaşadığı sorunların belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada, bireylerin bakım verme nedeni ile sosyal iletişimlerinin bozulduğu, ev içi organizasyon yapmada güçlük, fiziksel sorunlar, çabuk öfkelenme, ev içinde rahatsızlık duyma gibi sorunlar yaşadığı belirlenmiştir (3). Bakım verenlerin, vermeyenlere göre daha fazla hastalık ve semptom yaşadıkları ve sağlık hizmetini daha çok kullandıkları saptanmıştır (57, 109).

Yaşlıya bakım verme, sosyal ve kişilerarası problemlere de yol açmaktadır (109). Aile, arkadaş ilişkileri ya da sosyal etkinliklerinden fedakarlık eden bakım verenin, eğlendirici, dinlendirici ve boş zaman aktiviteleri kısıtlanmaktadır. Bu nedenle bakım verenlerin sosyal destekte azalma, kendilerini bakım rolünde yalnız bırakılmış hissetme ve izolasyon yaşama olasılığı artmaktadır (64, 109).

Bakım verenlerin yaşadığı sorunların değerlendirildiği başka bir çalışmada yorgunluk, iştahsızlık, boşaltım ve uyku alışkanlıklarında değişiklikler en sık

yaşanan sorunlar arasında bulunmuştur. Aynı çalışmada bireylerin psikolojik sorunları içinde ise ağlama isteği, uygunsuz durumlarda gülme, konuşmak istememe, aşırı konuşma isteği, sıkıntı hissi, güçsüzlük, ümitsizlik, korku, anksiyete, depresyon olduğu saptanmıştır. Ayrıca bakım verenlerde güncel olayların takibinde azalma, komşuluk ilişkilerinde azalma, çevredeki diğer insanlarla olan ilişkilerde azalma, kültürel aktivitelere katılımı azalma, gece sosyal aktivitelere katılımı azalma olduğu görülmüştür (111).

Bakım yükünün yaşanmasında hem hastanın, hem de bakım verenlerin kişisel özellikleri etkilidir. Bakım verme yükünün bir kısmı inmenin ciddiyetiyle ve hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılığının derecesi ile ilgilidir. Hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılığının derecesi arttıkça bakım verenin yükü de artmaktadır (36, 69, 81). Bakım verenin kişisel özellikleri, zihinsel ve fiziksel sağlığı da yaşanan yük ile ilişkilidir (116, 118). Ayrıca bakım için ayrılan zamanın fazla olması bakım verenin bakım yükünü artırdığı belirlenmiştir (118).

Bakım verme, hemşirelik mesleğinin en temel görevlerindendir. Toplumda uzun dönem bakıma ihtiyaç duyulduğunda bu görev hasta bireyin ailesine verilmektedir. Ailelerin bakımı en iyi şekilde yapılabilmesi için hemşirelerin; hasta ve bakım veren bireylerin sahip olduğu fiziksel, ekonomik, sosyal koşulları bir bütün olarak değerlendirip uygun eğitim, danışmanlık, bakım ve tedavi hizmeti vermesi gerekmektedir. Arpacı ve Arlı (2001)' ya göre bu hizmetleri verirken hemşire, bakım verenin hastalıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını gözlemeli, bakım verme rolü ve hasta bireyin sağlık durumu ile ilgili yaşayabileceği hayal kırıklıklarının farkında olmalı, bakım verenlerin yeteneklerine odaklanarak bakım verenin olumlu tutum geliştirmelerine yardım etmelidir. Bakım verenlerin kendi fiziksel ve psikolojik sağlıklarını tehlikeye atmamaları, ihtiyaç duyulan bakımı sağlamaları ve bakım verme nedeni ile tükenmişlik yaşamamaları için tüm aile üyelerinin bakım vermede sorumluluk alarak bakım yeteneklerinin artırılması gerekmektedir (12).

Uluslararası literatürde inmeli hastalara bakım verenlerin gereksinimleri, yaşadıkları sorunlar, destek gruplarıyla ilgili pek çok yayın bulunmaktadır. Ülkemizde ise bakım verenlerin sorunlarını değerlendiren çalışmalar sınırlıdır (8,

38). Oysa hasta birey kadar bakım verenlerin sorunlarının da ele alınması gereklidir. Bakım veren kişinin fiziksel, ruhsal sağığı ve yaşam kalitesi ne kadar iyi olursa verilen bakımın kalitesi de o oranda iyi olacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma inmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükünün belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnmenin Tanımı

İnme çoğu ülkede ilk dört ölüm nedeninden biri ve önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Nörolojik bozukluklara ilişkin yükün büyük kısmından sorumludur. Ölümcül olmaktan çok sakatlıkla sonuçlanan inme nörolojik yetkinlik kaybının birinci nedenidir (92). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) inme terimini “ani gelişen, 24 saat veya daha uzun süren, ölüme yol açabilen damarsal kökenli, fokal veya global serebral fonksiyon bozukluğu ile oluşan klinik bulgular” olarak tanımlamıştır (115). Nörolojik semptomlar 24 saatten uzun sürüyorsa, inme tanısı konmakta, 24 saatten daha kısa süreli fokal nörolojik defisit, Geçici İskemik Atak (GİA) olarak tanımlanmaktadır (58, 71). İnmedeki bu zaman faktörü yanında; inmeler, serebral kan damarlarından kaynaklanan bozukluğun niteliğine göre de infarktüs veya hemoraji olarak sınıflandırılır. İntrakraniyal hemorajiler, kanamanın yeri ve kaynağına göre başlıca iki alt tipe ayrılırlar: Beyin etrafındaki subaraknoid mesafeden kaynaklananlar, ‘subaraknoid kanama’; beyin içindeki yapılardan ya da beyin parankiminden kaynaklananlar ise ‘intraserebral kanama’ olarak adlandırılır. İskemik infarktüslerin ise en sık görülen dört alt türü vardır. Bunlar büyük damarlardaki aterosklerotik, kardiyoembolik, küçük damar laküner ve kriptojenik enfarktlardır (58, 92, 93).

2.2. Epidemiyoloji

İnme insidansında, ülkeden ülkeye farklılık görülmektedir (87). Genel olarak bakıldığında yaşlara göre yıllık inme insidansı; 55–64 yaş aralığında 1.7- 3.6/ 1000 kişi, 65- 74 yaş aralığında 4.9- 8.9/ 1000 kişi, 75 yaş üstünde 13.5- 17.9/ 1000 kişidir. Kadınlarda 55-64 yaş arası inme insidansı, erkeklere göre 2-3 kat daha azdır. Bu fark 85 yaşa doğru azalmaktadır (113).

İnme iskemik ve hemorajik olmak üzere ikiye ayrılır. İskemik inme tüm çalışmalarda en sık saptanan inme tipidir ve inmeler arasında %70-85’lik bir yeri oluşturur (9). İntraserebral hemoraji %10-25, subaraknoid hemoraji %2-5 civarında tespit edilirken, %5-10’luk bir oran halen patolojik tipi saptanamayan inmeli hastalar oluşturur (9, 14, 15, 76).

Ülkemizde inme hastalarının genel özellik ve risk faktörlerinin araştırıldığı Ege İnme Veri Tabanı'nda, iskemik inme %77, hemorajik inme %23 oranında bulunmuştur. Ege İnme Veri Tabanı'na göre iskemik inmeler, 40-75 yaş aralığında erkeklerde, hemorajik inme ise 40 yaş altında ve 75 yaş üstünde erkeklerde daha sık görülmektedir (73) .

Gelişmiş ülkelerde yapılan epidemiyolojik çalışmalar, son yirmi yıl içinde yeni tanı, tedavi ve korunma yöntemlerinin gelişimi ile inme prevalansı ve mortalitesinde belirgin bir düşüş olduğunu ortaya koymuştur (20).

2.3. Risk Faktörleri

İnmede risk faktörleri genel olarak değiştirilemeyen ve değiştirilebilen risk faktörleri olarak iki gruba ayrılmaktadır (58, 92, 113).

2.3.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Yaş: İnmeyle ilişkili en güçlü belirleyici unsur yaştır (58,92). Yaşla birlikte inme insidansında önemli bir artış olmakta ve iskemik inme vakalarının büyük çoğunluğunu 65 yaşın üzerindeki kişiler oluşturmaktadır (107). Ülkemizde 2000 inmeli hastanın verilerinin değerlendirildiği Ege İnme Veri Tabanı'nda ortalama yaş $62,3 \pm 12$ olarak belirlenmiştir (73).

Cinsiyet: Erkeklerde inme insidansı kadınlara göre daha fazladır (58, 92, 72). Avrupa'da yapılan bir çalışmada inme insidansının erkeklerde kadınlardan %30 daha fazla olduğu belirlenmiştir (11). Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarda erkeklerde inme mortalitesi kadınlardan %23 - %115 daha yüksek olduğu belirlenmiştir (94). Ülkemizde de inme erkeklerde daha fazla görülmektedir (73).

İrk ve Etnik Köken: Siyah ırkta, beyaz ırktan daha yüksek oranda inme görülmektedir (92). Afrika kökenli Amerikalılarda inme riski beyaz Amerikalılara göre iki kat daha fazladır. Bunun sebebi Afrika kökenli Amerikalılarda inme için risk faktörü olan diyabet, hipertansiyon, sigara, aşırı alkol tüketimi, orak hücreli anemi ve kalp hastalıklarının daha sık görülmesinden kaynaklanmaktadır (120). Japonya'da diyet alışkanlıkları nedeniyle kontrol edilemeyen hipertansiyonun yüksek oranda görülmesi ve diyet içeriğinde fazla miktarda doymuş yağ olmasının inme riskini artırdığı bildirilmektedir (120, 123).

Aile Öyküsü-Heredite: Aile öyküsü artmış inme insidansında önemli belirleyici olarak düşünülse de, epidemiyolojik çalışmalar yeterli değildir. Baba ya da annede inme öyküsü varsa, inme riski artmaktadır (74, 90, 94, 120).

2.3.2. Değiştirilebilen Risk Faktörleri

2.3.2.1. Kesinleşmiş Risk Faktörleri

Arteryal Hipertansiyon (HT): Arteryal Hipertansiyon inmede yaştan sonra en önemli risk faktörüdür (52, 62). Yapılan çalışmalarda hipertansif bireylerde normotansif bireylere göre inme riskinin 3 kat artmış olduğu bulunmuştur (60, 95). Sistolik ve diastolik hipertansiyon ile inme arasında kuvvetli bir ilişki vardır. Yapılan çalışmalarda hem sistolik (>140 mmHg) hem de diastolik (>90 mmHg) kan basıncı yükselmesinin önemli oranda inme riskini artırdığı bildirilmektedir. Hipertansiyon ve inme arasındaki ilişki kadın ve erkeklerde, bütün yaş gruplarında ispatlanmıştır (43, 55, 60). Collins ve diğ. yaptığı çalışmada, 5 yıl boyunca diastolik kan basıncında 5-6 mmHg düşme sağlanmasıyla inmelerde % 42, sistolik kan basıncında 2.6 mmHg düşme sağlanmasıyla da %36 oranında düşme saptanmıştır (100). Ülkemizde yapılan bir çalışmada hipertansiyon hastalarında 10 yıllık inme geçirme riski ortalaması %17 olduğu belirlenmiştir (59).

Diabetes Mellitus (DM): DM inme için bağımsız bir risk faktörüdür ve inme insidansını 2.5-3.5 kat artmaktadır (62). Yapılan bir çalışmada glikoz intoleransı olan kişilerde iskemik inme riskinin diyabetik olmayan kişilere göre iki kat fazla olduğu gösterilmiştir. Ayrıca glikoz seviyesinin yanı sıra insülin direnci ve hiperinsülinemisinin iskemik inme gelişiminde önemli rol oynadığı bildirilmektedir (61, 63, 96).

Kalp Hastalıkları: Kalp hastalıkları inme riskini 2-4 kat artırmaktadır. Hipertansiyondan bağımsız koroner kalp hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, elektrokardiyografi ile saptanan sol ventrikül hipertrofisi, ST-T değişikliği, R yüksekliği inme için risk faktörüdür (56, 94). Framingham'ın çalışmasına göre koroner kalp hastalığı, inme riskini 2 kat, elektrokardiyografi ile saptanan sol ventrikül hipertrofisi 3 kat ve kardiyak yetmezlik 3-4 kat artırmaktadır (61). Ülkemizde inmeli hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların %18'inde konjestif kalp yetmezliği, %24'ünde iskemik kalp hastalığı, %18'inde koroner kalp hastalığı ve

%7'sinde kalp kapak hastalığı olduğu bulunmuştur (63). Atriyal Fibrilasyonu olan kişilerde inme riski 5 kat artmaktadır (19, 92). Kronik atriyal fibrilasyonun sıklığı yaşla birlikte artmakta olup 65 yaş üzeri inmelerin yaklaşık %50'sinde görülmektedir (17).

Hiperlipidemi: Kan lipidleri arasında total kolesterol ve düşük dansiteli lipoprotein (LDL) düzeylerinin yüksek oluşu ateroskleroz ile ilişkilidir. Yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) düzeyinin düşük oluşunun koroner kalp hastalıkları ile ilişkisi olduğu bilinmesine rağmen inme ile ilişkisi belirgin değildir (17, 44, 71).

Sigara: Sigara kullanılması inme riskini %50 oranında artırmaktadır. Yapılan çalışmalar sigaranın koroner kalp hastalıklarını artırdığı oranda beyin damar hastalıklarını da artırdığını göstermektedir. Sigara içmenin inme üzerindeki riski içmeyenlere oranla 1.5-2.9 kattır (94). Sigaranın bırakılmasıyla yıllık 60.000'den fazla inme olayının önüne geçilebilmektedir. Sigarayı bırakan insanların inme riski 5-10 yıl sonra sigara içmeyenlerle aynı seviyeye inmektedir (62).

Aseptomatik Karotis Stenozu: Batı toplumunda 65 yaş üzerindeki kişilerin %4-5'inde %50 stenoz saptanmıştır. Bu hastalarda inme riski %1-2 olup, inme riski stenozun derecesiyle artmaktadır (17). Aseptomatik karotis stenozu olan hastalarda stenozun derecesi %60- 99 arasında ise endarterektomi yapılması halinde inme riskinin azaldığı gözlenmiştir (74).

Geçirilmiş İnme veya Geçici İskemik Atak (GİA): GİA öyküsü olan bir kişide inme riski yaklaşık %4 olarak bildirilmektedir (94). GİA sonrası inme görülme olasılığı en fazla ilk ay içerisinde ve bu risk yılda %15-20 dolayındadır. Tüm inmeli hastaların yaklaşık %10'u GİA öyküsü vermektedir (15, 101).

2.3.2.2. Kesinleşmemiş Risk Faktörleri

Aşırı Alkol Kullanımı: Orta derecede alkol (kırmızı şarap) tüketiminin, ateroskleroz riskini azalttığı, bununla beraber; alkol intoksikasyonunun, özellikle genç erişkinler arasında iskemik veya hemorajik inme için predispozan faktör olduğu gösterilmiştir (1).

Madde kullanımı: Madde kullanımına bağlı iskemik ya da hemorajik inme görülebilmektedir. Amfetamin ve psikostimülan ilaçlar sıklıkla vaskülitte yol açarak inmeye neden olabilmektedirler. Kokain, hemorajik ve iskemik inmeye neden

olmakta, bunun sonucunda kognitif yıkım ve beyin atrofisine yol açmaktadır. Parenteral uyuşturucu kullanımında emboli, karaciğer yetmezliği, endokardit ve bunların sonucunda inme riskini artırmaktadır (56).

Obezite: Obezite tüm yaş gruplarında ve her iki cinsiyette kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon ve diyabetes mellitus için risk faktörüdür. Bu nedenle obezite inme için sekonder risk faktörüdür (88, 120).

Hareket Azlığı: Fizik aktivitenin aterosklerotik hastalıklarda risk faktörleri üzerine olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir (56). Hafif-orta dereceli fiziksel egzersizlerin inme riskini anlamlı derecede düşürdüğü bildirilmektedir (74).

Hiperhomosisteinemi: Hiperhomosisteinemi çocuklar ve genç erişkinler için bilinen bir risk faktörü olduğu ve inmeye yol açabileceği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (21, 95, 96). Serum homosistein düzeylerindeki artış prematür ateroskleroza neden olarak erken yaşta inme, myokard enfarktüsü ve periferik damar hastalığına neden olmaktadır (16).

Oral Kontraseptif Kullanımı: Oral kontraseptif kullanımı iskemik inme için önemli bir risk faktörüdür. Oral kontraseptif kullanan kadınların iskemik inme riski kullanmayanlara göre 6-19 kat daha yüksektir. Oral kontraseptif östrojene bağlı olarak fibrinojen, F7, F8, F9, F10 ve F12 pıhtılaşma faktörlerini yükselterek hiperkoagülopatiyeye yol açmaktadır (48, 120).

Yüksek Hematokrit ve Fibrinojen Düzeyi: Hematokrit ve fibrinojen düzeyinin yükselmesi kanda hipervizkoziteye neden olmaktadır. Bu da ileri derecede stenozu olan büyük serebral arterlerde tıkanmaya katkıda bulunmaktadır. Fibrinojen, aterogenez ve arteriyel trombus oluşumundan sorumludur. Yapılan çalışmalar inme ve kardiyovasküler hastalık insidansında fibrinojenin bağımsız bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Ayrıca fibrinojen inme için yaş, yüksek hematokrit düzeyi, obezite, hipertansiyon ve diyabetes mellitus gibi risk faktörleri ile pozitif bir ilişki göstermektedir (56, 120).

C-Reaktif Protein (CRP): CRP düzeyi yüksekliğiyle inme arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalarda iskemik dokuda CRP'nin belirgin olarak yüksek seviyelerde olduğu gözlenmiştir (65).

Migren: İnme ve migren ilişkisi konusunda belirsizlik vardır. İnme hastalarının %10'unda migren öyküsü olduğu saptanmıştır (56).

Hipotiroidi: Hipotiroidi kolesterol düzeyini yükselterek ve kalpte aritmi sonucu iskemik inmeye yol açabilmektedir(17, 44).

2.4. İnmenin Semptomları

İnmenin en önemli özelliği nörolojik semptomların aniden ortaya çıkmasıdır. Nörolojik semptomlar inmenin büyüklüğünü yansıtır ancak inmenin türünü ayırt etmede sıklıkla etkili değildir (92). İnmenin semptomları aşağıda verilmiştir (58, 92, 101, 115).

Motor semptomlar

- Vücudun bir yarısının tümü veya bir bölümünde kuvvet kaybı (hemiparezi, monoparezi)
- Bilateral kuvvet kaybı (paraparezi, kuadriparezi)
- Yutma güçlüğü (disfaji)
- Dengesizlik (ataksi)

Konuşma/lisan bozuklukları

- Konuşulan dili anlamakta veya ifade etmekte güçlük (disfazi)
- Okumada (disleksi) veya yazmada (disgrafi) güçlük
- Hesap yapmada güçlük (diskalkuli)
- Peltek konuşma (dizartri)

Duyusal semptomlar

- Vücudun bir yarısının tümünü ya da bir bölümünü farklı hissetme (hemisensoriyel bozukluk)

Görmeye ilişkin semptomlar

- Bir gözde görme kaybı
- Görme alanının yarısı veya çeyreğinde görme kaybı (hemianopsi, kuadrantanopsi)
- Bilateral körlük
- Çift görme (diplopi)

Vestibüler semptomlar

- Baş dönmesi(vertigo)

Davranışsal/kognitif semptomlar

- Giyinme, saç tarama, diş fırçalama vb. aktivitelerde güçlük; mekan dezoryantasyonu
- Unutkanlık (amnezi)

2.5. İnmenin Tanı ve Tedavisi

İnmeli hastalarda acil tedavi uygulamaları hastaneye ilk girdikleri andan itibaren başlanmaktadır. İnmeli hastanın hastaneye yatırılmasındaki amaçlar aşağıdaki gibi özetlenebilir (58).

- Vital bulguları stabilize etmek
- Nörolojik hasarı durdurmak veya geriye dönüşümlü ise düzeltmek
- İnme ile beraber veya seyrinde ortaya çıkacak nörolojik komplikasyonlarla mücadele etmek
- Erken dönemden başlamak üzere rehabilitasyon girişimlerini başlatmak
- Erken dönemde hasta ailesinin yeni duruma adaptasyonunu sağlamak için bilgilendirme ve destek sağlamaktır.

İnme hastasının izleminde tam kan sayımı, protrombin zamanı ve parsiyel tromboplastin zamanı (PT ve PTT), eritrosit sedimentasyon hızı, elektrolitler, kan şekeri, kan üre nitrojeni, serum kolesterolü, elektrokardiyografi ve bilgisayarlı tomografi (BT) ya da manyetik rezonans görüntüleme yapılır (MRG). GİA'lı hastalarda karotis endarterektomisi adayları olabilir ve karotis arterlerinin doppler ya da anjiyografi tetkikleri yapılmalıdır. Kalp içinde bir emboli odağı görebilmek için ekokardiyografi gerekebilir (101).

Tedavi yaklaşımları inme tipine göre değişmektedir. İskemik inmede; antitrombotik (antiplatelet ve antikoagülasyon), trombolitik, cerrahi ve kafa içi basıncının yükselmesini önlemeye yönelik tedavi yapılır. Hemorajik inmede; prognozu belirleyen hemorajinin lokalizasyonu ve lezyonun büyüklüğüdür. Gerek intraserebral hemorajilerde gerekse subaraknoid kanamalarda tıbbi tedavi, kan basıncı ve kafa içi basıncının yükselmesini önlemeye yönelik olarak düzenlenir. Kanamanın büyüklüğüne ve etiyolojiye göre de gerekirse cerrahi girişim yapılır (19, 32).

2.6. İnmeli Hastanın Bakımı ve Bakım Yüğü

Dünyada kronik hastalığa sahip ve bakım gereksinimi olan yaşlı birey sayısında önemli artış olması ile gereksinimlerin karşılanması sorumluluğu ve bakımı; hastanelerden evlere, sağlık personelinde de ağırlıklı olarak hasta yakınlarına kalmaktadır (30). Son yıllarda inmeye bağı ölüm oranlarındaki azalma, ortalama yaşam süresinin uzamasına ve inme sonrası bireyin birçok sakatlıkla yaşamına devam etmek zorunda kalmasına neden olmaktadır. Genellikle bu süreçte inmeli hastaların bakımını hasta yakınları üstlenmektedir (120).

Türk Dil Kurumu (2010)'na göre bakım; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, emek verme biçimi, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlanmaktadır (110). Bakım verme ise bakım sunma faaliyetlerini ve sorumluluklarını üstlenme süreci olarak tanımlanmaktadır (102). Hasta yakınları tarafından verilen bakım tek bir yardım çeşidi ile sınırlı olmayıp, sağlık bakımı (ilaç alımı, tedavisi, izleme vb.), kişisel bakım (yıkama, beslenme, tualete gitme, giyinme vb), aldığı sosyal hizmetleri koordine etme, alışveriş ve küçük ev işlerini yapma, para yönetimi, maddi yardım ve aynı evi paylaşmayı da kapsamaktadır. Bakım; büyük oranda samimiyet ve sevginin artması, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma, kişisel doyum sağlama gibi olumlu özelliklerinin yanında pek çok güçlüğü de yaşanmasına yol açabilmektedir (109).

“Bakım yükü” kavramı ilk kez Grand ve Saisbury (1963) tarafından ortaya atılmıştır (26). Bakım yükü “bakım verenin, üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı, psikolojik sıkıntı, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik ve sosyal problemler, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusu yaşama gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlardır” şeklinde tanımlanmaktadır (29). Objektif bakım verme sonuçları; bakım verenin ve ailenin yaşamındaki değişim ve engellenmeleri kapsamakta olup, bakım verme nedeniyle yorgunluk yaşanması, aile rutinlerinin engellenmesi, bakım verenin fiziksel hastalığı gibi fiziksel sorun ve sıkıntılarla ilişkilidir. Subjektif bakım verme sonuçları ise; bakım verenin bu rol ile ilişkili emosyonel duygu ve tutumları (ekonomik sıkıntı, suçluluk duygusu vb.) olarak tanımlanmaktadır (38, 64, 77, 84).

Bakımın oluşturduğu yük ve bu yükün olumsuz etkileri nedeni ile hastalara bakım veren aile üyeleri, gizli hastalar ve risk altındaki topluluklar olarak tanımlanmaktadırlar (75). Bakım yükünü etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler (25, 57, 64, 66, 85);

- Bakım verenin ve hasta bireyin kişisel özellikleri,
- Hasta bireyin ek hastalığı olma durumu,
- Hastanın hafıza ve mobilite sorunu olma durumu,
- Hasta ile bakım vermeye başlamadan önceki ve bakım verme sırasındaki ilişkisinin niteliği,
- Hasta birey ile aynı evi paylaşma durumu,
- Bakım verme süresi,
- Bakımla ilgili bilgi alma durumu,
- Bakım verenlerde rol değişiklikleri,
- Birden fazla kişiye bakım verme durumu,
- Hastanın bakımına karar verilirken bakım verenin fikirlerinin alınmaması,
- Bakım veren kişinin sağlık sorunu olması,
- Hastanın bakım verene günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumu,
- Bakımda yardımcı bireyin olma durumu,
- Bakım verenin ekonomik durumudur.

Bakım yükünü etkileyen tüm bu faktörlerin yanı sıra tüm aile bireylerinin hasta ile ilişkisi, duygusal bağları, duyguların karşılıklı paylaşımı, sorumlulukların paylaşımı, başa çıkma stratejileri, kişilerarası ilişkileri ve sorun çözme yetenekleri gibi değişkenler yükü etkilemektedir (57).

Hartford Enstitüsü, bakım vermenin olumsuz sonuçlanmasıyla ilgili risk faktörlerini tanımlamıştır. Bunlar; (53)

- Bakım veren kişiler arasında kadınların daha fazla sorumluluk aldıkları ve kadınlarda depresyon oranının daha fazla olduğu görülmektedir.
- Eğitim düzeyi düşük olan bakım veren kişilerde depresyon görülme oranı yüksektir.
- Bakım veren eşlerde bakım veren diğer kişilerden daha fazla oranda depresyon görülmektedir.

- Bakım alan kişi ile iletişimi kötü olan bakım veren kişi daha fazla sıkıntı yaşamaktadır.
- Bakım veren kişinin bakım vermeye hazır olmayışı sıkıntı yaşamasına neden olmaktadır.

Bakım verenlerin yaşadığı yük; bakım verenlerde fiziksel sağlık problemlerine, sosyal izolasyona ve duygusal problemlere neden olduğu yapılan çalışmalarda belirlenmiştir (2, 3, 6, 9, 18, 23, 25, 26, 66, 117, 121, 122). Akça ve Taşçı (2005)'nın 65 Yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmasında bakım veren bireylerin %25'i yaşlı bakımından günlük yaşantısının etkilendiğini, bununda en çok sosyal iletişime engel olma ve ev içi organizasyon yapmada güçlük, en az kuşak çatışması olduğunu belirtilmiştir. Ayrıca bakım verenlerin %22.5'i fiziksel sağlıklarının etkilendiğini, en fazla baş ağrısı (%41.7), mide şikayetleri (%33.3), en az ise bacak ağrısı (%11.1) olduğunu ifade etmişlerdir. Bakım verenlerin %34.4'ü yaşlı bakımından ruhsal sağlıklarının etkilendiğini, bu etkilenmenin ise en çok çabuk öfkelenme (%67.3), ev içinde rahatsızlık hissi duyma (%30.9) şeklinde olduğunu, %16.4'ü ruhsal sorunları nedeniyle fiziksel yakınmalarının başladığını belirtmişlerdir (3). Altun (1998)'un hasta yakınlarının bakım verme rolünde zorlanma durumlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, bakım verenlerin özgürlüklerinin kısıtlandığı düşüncesi bakım verenin psikolojisini olumsuz etkilediğini ortaya çıkarmıştır (8). Akyar (2006)'ın alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, bakım veren kişilerin %64'ünün bakımda güçlük yaşadığı, bakım verenlerin %70'inin hastaya bakmaya başladıktan sonra sorun yaşadığı saptanmıştır. Bakım verenlerin %54'ünün ekonomik durumunun bakım vermeye bağlı olarak olumsuz etkilendiği, %90'ının günlük yaşamının etkilendiği ve bu etkilenmenin en çok sosyal yaşantıda olduğu belirtilmiştir (6).

Bakım verenlerin bakım verme görevlerinden dolayı kendilerine ayıracak zamanları olmadıkları, kendilerini yorgun hissettikleri, hasta ile iletişimde sorun yaşadıkları ve ekonomik güçlükler yaşadıkları belirlenmiştir (75). Torti ve diğ. (2004) kadın bakım verenlerin daha fazla sosyal izolasyon ve daha fazla depresyon yaşadıklarını bildirmiştir (108). Schulz ve Beach (1999) yaptıkları çalışmada bakım

verenlerin bakım vermeyenlere göre dört yıllık sürede mortalite oranlarının %63 daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (98).

Uzun süre bakım gerektiren inme gibi kronik hastalıklarda hastaların sınırlılıkları nedeni ile bakım verenler bakım sürecinde en önemli yere sahiptirler. Bütüncül yaklaşım çerçevesinde; hasta ve bakım verenler birlikte değerlendirilmelidir. Profesyonel sağlık ekibinin üyesi olan hemşireler bakım verenlere hastalığın tanı aşamasından taburculuk süresince evde bakım için gerekli desteği sağlamalı ve onları evde bakıma hazırlamalıdır. Hemşirelerin bu süreçte eğitim, bakım, danışmanlık, çalışmaları organize etme, yol gösterme gibi rollerini gerçekleştirmesi gerekmektedir. Bakım verme yükü açısından bakım verenleri gözlemeli, gerekli desteği sağlamalı, uygun destek gruplarını devreye sokmalıdırlar.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, inmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükünün belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Hastanesi Nöroloji ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon polikliniğine gelen yaşlı inmeli hastalara bakım veren hasta yakınları ile yapılmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Hastanesi nöroloji bölümünde 26 yataklı bir klinik, 9 yataklı bir yoğun bakım ünitesi ve iki tane poliklinik bulunmaktadır. Polikliniklerin birinde iki doktor, bir sekreter ve üç polikliniğe bakan bir hemşire bulunmaktadır. Diğer poliklinikte ise bir hemşire, iki sekreter, altı öğretim üyesi ve üç özel muayene odası bulunmaktadır.

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon polikliniği, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Hastanesi'nde zemin katta, tanısal tetkikler (ölçme değerlendirme) ve fiziksel tedavi uygulamaları ise bir alt katta yapılmaktadır. Muayeneler öğretim görevlileri tarafından, fiziksel tedavi uygulamaları ise asistanlar tarafından yapılmaktadır. Bölümde iki sekreter bulunmakta, hemşire ise bulunmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi nöroloji polikliniği ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon polikliniğine gelen yaşlı inmeli hastalara bakım veren hasta yakınları oluşturmıştır.

Evrene ulaşamadığı için uluslararası literatürde yer alan inmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının yükünün belirlendiği bir çalışmanın (85) ortalaması, standart sapması σ değeri 0.05, β değeri ise 0.10 alınarak Number Cruncher Statistical System (NCSS) paket programında “tek örneklem ortalaması için örneklem genişliği” ($n = \frac{\sigma^2 (Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2}{d^2}$) formülü kullanılarak örneklem sayısı 70 olarak bulunmuştur.

Araştırmanın örneklemi ise Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Nöroloji polikliniği ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon polikliniğine gelen 18

yaşından büyük, mental ve iletişim sorunu olmayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü, inmeli hastaya en az üç ay bakım veren 70 hasta yakını oluşturmuştur.

3.4. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Çalışmadaki veriler inmeli hasta ve inmeli hastaya bakım veren hasta yakınlarına yönelik ilgili literatür incelenerek hazırlanan 2 ayrı veri toplama formu (Bkz. EK 1), (Bkz. EK 3), (6, 13, 57, 85, 121, 122), Rivermead Mobilite İndeksi (Bkz. EK 2) ve Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (Burden Interview) (Bkz. EK 4) kullanılarak toplanmıştır.

Hastalar için oluşturulan veri toplama formunda hastaların sosyo-demografik özellikleri, hastalıkları ve tedavilerine yönelik toplam 19 soru yer almaktadır (Bkz. EK 1). Bakım veren hasta yakınları için oluşturulan veri toplama formunda ise; bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri, sağlık sorunları, yaşadıkları zorluklar, aldığı destekler, hastalık ve sürece ilişkin bilgilere yönelik toplam 39 soru bulunmaktadır (Bkz. EK 3). Çalışmada kullanılan ölçeklere ilişkin bilgiler aşağıda yer almaktadır.

3.4.1. Rivermead Mobilite İndeksi (RMI), (EK 2)

RMI'nin geliştirilmesi, geçerlilik ve güvenilirliği Collen ve diğ. (1991) tarafından gerçekleştirilmiştir (28). RMI' nin temel amacı yeti yitiminde uygulanan rehabilitasyon çabalarının etkinliğini değerlendirmek olmakla birlikte, hem nörolojik hastalıklar hem de yaşlılık sürecinde ortaya çıkan diğer nedenlere bağlı hafif ya da ağır mobilite sorunlarını saptamaktır. Formda 14 soru ve bir gözlemde oluşan, yatak içinde dönmeden koşmaya kadar bir dizi hiyerarşik aktiviteyi içermektedir. Sorulara yanıtlarda kişinin kendi bildirimi esastır. Yalnızca 5. madde görüşmeci tarafından gözlenerek değerlendirilmektedir. Her “evet” yanıtı için 1 puan verilmekte ve indeskten toplam 0–15 arası puan alınabilmektedir. 15 puan mobilitede sorun olmadığını 14 puan ve altı mobilite sorunu olduğunu göstermektedir. RMI basitten karmaşığa hiyerarşik bir yapı oluşturduğundan alınan puan düştükçe sorunun ağırlığının arttığı anlamına gelmektedir.

RMI'nin geçerliliğı Akın ve Emiroğlu tarafında 2007 yılında yapılmıştır (5). Ölçeğin KR–20 güvenilirlik katsayısı $r: 0.91$, $p < 0.001$; test-tekrar test güvenilirliği $r:$

0.98 olarak bulunmuştur (Bkz. EK 2). Bizim çalışmamızda crombach alpha değeri 0,941 olarak belirlenmiştir

3.4.2. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (EK 4)

Bakım verenlerin bakım verme yükünü değerlendirmek amacıyla Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (Burden Interview) kullanılmıştır. Bu ölçek Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğın amacı bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmektir. Ölçek 22 sorudan oluşmaktadır ve "asla", "nadiren", "bazen", "sık sık", ya da "hemen her zaman" şeklinde "0" dan "4" e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir (57, 126). Ölçeğın kesme noktasına ilişkin bir veri bulunmamaktadır. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir (126).

Bakım Verme Yüğü Ölçeğı' nin geçerlilik çalışması İnci tarafından 2006 yılında yapılmıştır. Ölçeğın iç tutarlılık katsayısı 0.87 ile 0.94 arasında, test-tekrar test güvenilirliği ise 0.71 olarak bulunmuştur (57) (Bkz. EK 4). Bizim çalışmamızda ölçeğın crombach alpha değeri 0,914 olarak belirlenmiştir.

3.5. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması

Veri toplama formunun ön uygulaması anlaşılmayan, eksik bölümlerinin saptanması ve düzeltilmesi amacıyla Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Nöroloji polikliniğı ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon polikliniğine 15.02-24.02.2010 tarihleri arasında gelen 7 bakım verene veri toplama formu uygulanmıştır. Veri toplama formunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

3.6. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Veri toplama formunun uygulaması çalışmaya katılmayı kabul eden bakım verenlerle araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek 05.04–16.08.2010 arasında yapılmıştır. Görüşmeler, polikliniklerin bekleme salonunda 11.00-15.30 arasında yapılmıştır ve formun uygulanması yaklaşık 30-35 dakika sürmüştür. Günlük ortalama iki bakım veren ile görüşülmüştür.

RMI'deki 5. sorunun değerlendirilmesi polikliniklerin bekleme salonunda hasta gözlenerek, bakım verene sorularak ve hasta dosyası incelenerek yapılmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 15.0 (Statistical Programme for Social Sciences) paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra, nitel verilerin karşılaştırmalarında ki-kare testleri kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım göstermemesi nedeniyle (RMI'nin Kolmogorov-Simirrov değeri $Z=0.163$, $p<0.001$, Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğinin Kolmogorov-Simirrov değeri $Z=0.970$, $p=0.043$), iki gruplu karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, 3 ve daha fazla gruplu karşılaştırmalarda ise Benferoni düzeltmeli Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. İki değişken arasındaki ilişkiye ise Spearman Korelasyon analizi kullanılarak bakılmıştır (7, 104). İstatistiksel olarak $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri bakım verenin yaşı, cinsiyeti, bakım gereksinimleri, hastalıkları, hasta bakımında yaptığı işler, destek alma durumu, bakmakla yükümlü başka birinin olma durumu, bakımla ilgili bilgisi olma durumudur. Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise bakım verenin güçlük yaşama durumu, yaşanan güçlükler, bakımda sorun yaşama durumu, günlük yaşamının etkilenme durumu, RMI'si ve Zarit bakım verme yüğü ölçeğidir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Senato Etik Komisyonuna başvurulmuş ve 02.03.2010 tarihli B.30.2.HAC.0.70.00.01\431-591 karar numaralı etik komisyon onayı alınmıştır (Bkz. EK 5.1).

Araştırmanın yapılması için araştırmanın yapılacağı kurumdan resmi (Bkz. EK 5.2), (Bkz.5.3), bakım verenlerden yazılı izin alınmıştır (Bkz. EK 5.4). Ayrıca araştırmada kullanılan ölçekler için yazarlardan sözlü ve yazılı izin alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışma kapsamına alınan bakım verenlerin bakmakla yükümlü olduğu inmeli hastaların ve bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine, bakım verenlerin bakımı ile ilgili bilgi durumu, bakım verme ile ilgili yaşadıkları güçlükler, bakım verme yükü ve etkileyen faktörlere ilişkin bulgulara yer verilecektir.

4.1. Bakım Verenlerin Bakmakla Yükümlü Olduğu Hastalara İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özellikleri (n=70)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Yaş		
65-69	21	30.0
70-74	14	20.0
75-79	20	28.6
80 ve üzeri	15	21.4
Cinsiyet		
Kadın	31	44.3
Erkek	39	55.7
Medeni Durum		
Evli	62	88.6
Bekar	8	11.4
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Var	68	97.1
Yok	2	2.9
Çocuk Sayısı		
1-2	18	26.4
3 ve üzeri	50	73.6
Eğitim Durumu		
Okur- yazar değil	17	24.3
İlkokul	28	40.0
Ortaokul	2	2.9
Lise	8	11.4
Üniversite	15	21.4
Sosyal Güvencesi		
Var	69	98.6
Yok	1	1.4
Çalışma Durumu		
Çalışan	4	5.8
Çalışmayan	66	94.2
Toplam	70	100

Tablo 4.1’de araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin bakmakla yükümlü olduğu inmeli hastaların tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Tabloya bakıldığında, hastaların %30’u 65–69 yaş grubunda, %55.7’si erkek, %88.6’sı evli, %71.4’ü 3 ve daha fazla sayıda çocuk sahibi, %40’ı ilkokul mezunu ve %98.6’sı sosyal güvenceye sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca hastaların %94.2’sinin şu an herhangi bir işte çalışmadığı, sadece 4 kişinin çalıştığı belirlenmiştir. Tabloda belirtilmemekle birlikte hasta bireylerin %15.7’sinin sigara ve %1.4’ ününde alkol kullandığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Hastaların hastalıklarına ilişkin özellikleri (n=70)

Hastalıkla İlgili Özellikler	Sayı	%
Başka Hastalık Olma Durumu		
Olan	67	95.7
Olmayan	3	4.3
Sağlık Sorunlarının Dağılımı*		
Hipertansiyon	54	80.6
Hiperkolesterolemi	27	40.3
Koroner arter hastalığı	27	40.3
Diyabetüs mellitus	23	34.3
Atrial fibrilasyon	14	20.9
Glokom	13	19.4
Demans	11	16.4
Bening prostat hiperplazisi	9	13.4
Konjestif kalp yetmezliği	9	13.4
Kanser	5	7.5
Epilepsi	5	7.5
Osteoporoz	4	6.0
İnmeye Bağlı Fiziksel Etkilenme Durumu		
Etkilenen	65	92.9
Etkilenmeyen	5	7.1
Etkilenmenin Türü (n=65)		
Hemiplejisi	26	40.0
Hemiparazi	39	60.0
Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu		
Yatan	69	98.6
Yatmayan	1	1.4
Hastaneye Yatma Nedenleri (n=69)		
İnme	43	62.4
Kardiyak sorunlar	12	17.4
Fizik tedavi	8	11.6
Enfeksiyon	3	4.3
Kanser	2	2.9
Görme sorunları	1	1.4

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

Tablo 4.2’de araştırma kapsamına alınan hastaların hastalıklarına ilişkin özellikleri yer almaktadır. Hastaların %95.7’si ek bir hastalığa sahip bu hastaların %80.6’sında hipertansiyon, %40.3’ünde hiperkolesterolemi ve %40.3’ünde koroner arter hastalığı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2’de hastaların %92.9’unun inmeye bağlı sorunlar geliştiği ve bu hastaların %60’ının parazisi, %40’ının plejisi olduğu belirlenmiştir. Tabloda belirtilmemekle birlikte hastalarında %45.3’ünün sağ kol ve bacağının, %31.2’sinin ise sol kol ve bacağının etkilendiği, %4.7’sinde konuşma sorunu yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2’de hastaların %98.6’sının daha önce hastaneye yattığı belirlenmiştir. Hastaların hastaneye yatma nedenleri ise % 62.4 inme, % 17.4 kardiyak sorunlar, %11.6 fizik tedavi ve rehabilitasyon, %4.3 enfeksiyon, %2.9 kanser ve %1.4 görme sorunları olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2’de belirtilmemekle birlikte hastaların tamamının ilaç kullandığı ve kullanılan ilaç sayısının 6 ± 2 olduğu belirlenmiştir. Tabloda belirtilmemekle birlikte hastaların kullandığı ilaç gruplarının dağılımı şu şekilde belirlenmiştir; %100’ü antitrombotik (antiplatelet ve antikoagülasyon), %88.5’i antihipertansif, %47.1’i antiaritmik, %40’ı H₂ reseptör antagonisti, %38.5’i antidiyabetik, %31.4’ü statin grubu, %28.5’i antidepresan, %21.4’ü antiepileptik, %15.7’si asetilkolinesteraz inhibitörü, %14.3’ü vitamin, %12.9’u benign prostat hiperplazisi ilacı, %10’u bronkodilatör, %10’u göz damlaları, %8.5’i koroner vazodilatör , %7.1’i diüretik, %5.7’si kas gevşetici ve %7.1’i ek beslenme ürünüdür. (Hastalar birden fazla ilaç kullandığı için n katlanmıştır.)

Tablo 4.3. Hastaların inmeye bağlı sorun yaşama durumları (n=70)

Sorun Yaşama Durumu	Sayı	%
Yaşayan	68	97.1
Yaşamayan	2	2.9
Yaşanılan Sorunlar*		
Denge kaybı	54	79.4
Yürüyememe	45	66.2
İdrar kaçırma	39	57.4
Beslenme	35	51.5
İletişim	27	39.7
Görme sorunları	18	26.5
Uykusuzluk	14	20.6
Gaita (büyük abdest) kaçırma	8	11.8

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

Tablo 4.3’de hastaların yaşadığı sorunlar yer almaktadır. Hastaların %97.1’inin en az bir sorun yaşadığı ve sorunların denge kaybı (%79.4), yürüyememe (%66.2), idrar kaçırma (%57.4), beslenme (%51.5), iletişim (%39.7), görme sorunları (%26.5), uykusuzluk (%20.6) ve gaita kaçırma (%11.8) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Hastaların RMI puanı ortancası

RMI Ölçek Toplam Puanı	Sayı	Ortanca	Minimum	Maksimum
	70	4.0	0.0	14.0

Tablo 4.4’de çalışmaya katılan hastaların Rivermead Mobilite İndeksi (RMI) puan ortancası 4.0 olarak saptanmıştır. Çalışma kapsamına alınan hastalar arasında ölçekten 15 puan alan olmadığı için hastaların tamamının en az bir maddede mobilite sorunu yaşadığı belirlenmiştir.

4.2.Bakım Verenlere İlişkin Bulgular

Tablo 4.5. Bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri (n=70)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Yaş (min:26 max:81 ort:55)		
26-39	9	12.9
40-49	16	22.9
50-59	19	27.1
60-69	16	22.9
70 -81	10	14.2
Cinsiyet		
Kadın	60	85.7
Erkek	10	14.3
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	7	10
İlköğretim mezunu	26	37.1
Lise mezunu	10	14.3
Üniversite mezunu	27	38.6
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	20	28.6
Çalışmıyor	50	71.4
Medeni Durum		
Evli	55	78.6
Bekar	15	21.4
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Var	53	75.7
Yok	17	24.3
Çocuk Sayısı		
1–2	31	58.4
3 ve üstü	22	41.6
Yaşadığı yer		
İl	62	88.6
İlçe	5	7.1
Kasaba\ Köy	3	4.3
Aile Yapısı		
Çekirdek	60	85.7
Geniş	10	14.3
Ekonomik Durumu		
Geliri giderini karşılıyor	46	65.7
Geliri giderini karşılamıyor	24	34.3

Tablo 4.5. (Devam) Bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri (n=70)

Ekonomik Durumun Hastalıktan Etkilenme Durumu		
Etkilendi	40	57.1
Etkilenmedi	30	42.9
Sağlık Sorunu Olma Durumu		
Var	47	67.1
Yok	23	32.9
Sağlık Sorunların Dağılımı*		
Hipertansiyon	23	48.9
Bel fıtığı	18	38.3
Mide ülseri	13	27.7
Baş ağrısı	8	17.0
Hiperkolesterolemi	8	17.0
Diyabetes Mellitus	6	12.8
Depresyon	5	10.6
Troid problemleri	5	10.6
Osteoporoz	3	6.4
Astım	2	4.3
Hastasını Doktora Götürme Sıklığı		
Gereksinim Duydukça	35	50.0
Ayda bir	10	14.3
3 Ayda bir	23	32.8
6 Ayda bir	2	2.9
Hastaya Yakınlık Derecesi		
Eşi	30	42.9
Kızı	29	41.4
Oğlu	6	8.6
**Diğer	5	7.1
Toplam	70	100

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

**Bu grupta kardeşi, gelini, akrabası yer almaktadır.

Tablo 4.5’de araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin demografik özellikleri verilmektedir. Bakım verenlerin %27.1’i 50-59 yaş grubunda, %85.7’si kadın, %36.8’i üniversite mezunu, %71.4’ü çalışmıyor, %78.6’sı evli ve % 44.3’ü 1-2 çocuğa sahiptir. Tabloda belirtilmemekle birlikte bakım verenlerin %48.6’sı ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin %88.6’sı ilde yaşamakta ve %85.7’si çekirdek aileye sahiptir. Bakım verenlerin %57.1’inin ekonomik durumu etkilendiği belirlenmiştir. Tabloda belirtilmemekle birlikte %65.6’sının bakım masrafları nedeniyle ekonomik durumlarının etkilendiği belirlenmiştir. Tabloda belirtilmemekle

birlikte bakım verenlerin %18.6'sı sigara kullanmakta ve hiçbirisi alkol kullanmamaktadır.

Tablo 4.5'de bakım verenlerin %67.1'inin sağlık sorununun olduğu belirlenmiştir. Sağlık sorunlarının ilk beşteki dağılımları ise hipertansiyon %48.9, bel fıtığı %38.3, mide ülseri %27.7, baş ağrısı %17 ve hiperkolesterolemi %17'dir.

Tabloda belirtilmemekle birlikte bakım verenlerin %47.8'i var olan sağlık sorunlarının bakım vermeye ilişkisi olduğunu ve %63.6'sı sağlık sorunlarının ortaya çıkmasını üzüntü ve stresle ilişkilendirmişlerdir.

Tablo 4.5'de bakım verenlerin %42.9'unun hastanın eşi ve %41.4'ünün hastanın kızı olduğu ve bakım verenlerin %50'sinin hastasını gereksinim duydukça doktora götürdüğü görülmektedir.

4.3. Bakıma İlişkin Bulgular

Tablo 4.6. Hastalarının bakımına ilişkin özellikler (n=70)

Hastanın Bakıldığı Yer	Sayı	%
Hastanın evinde	57	81.4
Bakım verenin evinde	13	18.6
Bakım Verme Süresi ($\bar{x}$:29.7 ay)		
3-5 ay	17	24.3
6-11ay	11	15.7
12-23 ay	9	12.9
24 ay ve üzeri	33	47.1
Günlük Bakım Verme Süresi/Saat $\bar{x}$:13.5)		
1-4	14	20.0
5-9	6	8.6
10-14	24	34.3
15 ve üzeri	26	37.1
Bakmakla Yükümlü Olduğu Ek Kişi Olma Durumu		
Var	11	15.7
Yok	59	84.3
Bakımda Yapılan İşler*		
Hastanın temizliğine	62	88.6
Hastanın beslenmesine	58	82.9
İlaçların içirilmesine	54	77.1
Harekete yardım	49	70.0
Ekonomik işlere yardım	48	68.6
Boşaltıma yardım	40	57.1
Hasta Bakımında Yardımcı Başka Bireyin Olma Durumu (n=50)		
Evet	50	71.4
Hayır	20	28.6
Hasta Bakımında Yardımcı Olan Birey Sayısı (n=50)		
1	27	54.0
2	18	36.0
3 +	5	10.0

Tablo 4.6.(Devam) Bakım verenlerin hastalarının bakımına ilişkin tanıtıcı özellikleri

Yardımcı Olunan Konular*		
Fiziksel bakımda yardım	30	60.0
Ulaşım	30	60.0
Ev temizliği	27	54.0
Yemek yapma	25	50.0
Parasal yardım	18	36.0
Randevular	17	34.0

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

Tablo 4.6’da hastaların bakımına ilişkin tanıtıcı özellikleri verilmektedir. Bakım verenlerin %47.1’inin hastaya bakım verme süresi 24 ay ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin %15.7’sinin bakmakla yükümlü olduğu başka kişi olduğu görülmektedir. Tabloda belirtilmemekle birlikte bakım verenlerin inmeli hasta dışında bakım vermekle yükümlü olduğu kişilerin %66.7’si bakım verenin babası, %22.2’si bakım verenin annesi olduğu ve bu kişilerin 65 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.6’da bakım verenlerin %37.1’inin günlük bakım verme süresi 15 saat ve üzeri olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin bakımda yaptığı işlerin dağılımına bakıldığında ise, %88.6’sı temizlik, %82.9’u beslenme, %77.1’i tedavi, %70’i hareket, %68.6’sı ekonomik işler, %57.1’i boşaltıma yardım olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.6’da bakım verenlerin %71.4’ünün hasta bakımında yardımcı bireylere sahip olduğu ve %54’üne bakım vermede bir kişi yardım ettiği belirlenmiştir. Tabloda belirtilmemekle birlikte bakım verene yardım eden kişilerin %42’si bakım verenin kardeşleri, %38’si bakım verenin çocukları olduğu belirlenmiştir. Tablo 4.6’da bakımda yardımcı olunan en fazla işin ise fiziksel bakımda (%60) ve ulaşım (%60) yardım olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Bakım verenlerin bakım verirken güçlük yaşama durumları, baş etme yöntemleri ve günlük yaşamlarının etkilenme durumu

Güçlük Yaşama Durumu	Sayı	%
Yaşayan	51	72.9
Yaşamayan	19	27.1
Yaşanan Güçlükler(n=51)		
Bakım vermeye ilişkin sorun yaşama	24	47.1
Aile içi ilişkilerin bozulması	15	29.4
Bakımda destek alamama	7	13.7
Diğer*	5	9.8
Güçlüklerle Baş Etme Yöntemleri		
Paylaşmak	22	43.2
Ağlamak	18	35.3
Sigara içmek	4	7.8
Anti depresan ilaç kullanmak	3	5.9
Gazete, kitap okumak	2	3.9
Gezmek	2	3.9
Günlük Yaşamın Etkilenme Durumu		
Etkilenen	60	85.7
Etkilenmeyen	10	14.3
Etkilenen Günlük Yaşam Alanları(n=60)		
Diğer tüm işlerin aksaması	14	23.3
Sosyal izolasyon	33	55.0
Hayatın hastaya göre planlanması	9	15.0
Kendine zaman ayırmama ve öz bakım sorunları	4	6.7
Toplam	70	100.0

*Bakım verenin psikolojik sorun yaşaması ve hastanın kişilik özelliği

Tablo 4.7’de bakım verenlerin güçlük yaşama durumları, yaşanan güçlükler, baş etme yöntemleri ve günlük yaşamlarının etkilenme durumu verilmektedir. Bakım verenlerin %72.9’u hastanın bakımıyla ilgili olarak güçlük yaşadığı ve yaşanan sorunların ise bakım vermeye ilişkin sorun yaşama (%47.1), aile içi ilişkinin olumsuz etkilenmesi (%29.4) ve bakımda destek alamama (%13.7) olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin yaşanan sorunlarla baş etme yollarının en fazla paylaşmak (%43.2) ve ağlamak (%35.3) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.7’de bakım verenlerin %85.7’sinin günlük yaşamlarının etkilendiği, etkilenen günlük yaşam alanlarının dağılımının ise %55 sosyal izalasyon, %23.3 diğer tüm işlerin aksaması, %15 hayatının hastaya göre planlanması, %6.7’de kendine zaman ayıramama ve öz bakım sorunları yaşama olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.8. Bakım verenlerin inmeye ve tedavisine ilişkin bilgi alma durumu ve bilgi içeriğinin dağılımı

Hastalık ve Tedaviye İlişkin Bilgi Alma Durumu	Sayı	%
Alan	60	85.7
Almayan	10	14.3
Bakımla İlgili Bilgi Gereksinimi		
Var	48	68.6
Yok	22	31.4
Bilgiye Ulaştığı Kaynak (n=60)		
Doktor	14	23.3
Hemşire	10	16.7
Hemşire ve doktor	33	55.0
Diğer*	3	5.0
Alınan Bilginin İçeriği **		
Hastalık	59	92.1
Tedavi	43	67.1
Yapılacak tetkikler ve kontroller	22	34.3
Tedavinin yan etkileri	24	37.5
Evde bakım	29	45.3
Alınan Bilginin Yeterliliği		
Yeterli	20	33.3
Yetersiz	10	16.7
Kısmen yeterli	30	50.0
Bilgi Almak İstedikleri Konular*		
Hastalık ve seyri	48	72.7
Tedavi	19	28.7
Bakımla	18	27.2
Kontrol	17	25.7
Tercih Edilen Bilgi Edinme Yöntemi*		
Sağlık personeli (doktor/hemşire) tarafından bilgi verilmesi	47	71.2
Yazılı materyallerin verilmesini	33	50.0
Görerek/ yaparak öğrenmek	21	31.8
Başka hasta yakınlarıyla tanışmak, görüşmek ve onların deneyimlerinden yararlanmak	9	13.6
TOPLAM	70	100.0

* Bu grupta kitap, internet, başka hasta yer almaktadır.

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

Tablo 4.8’de bakım verenlerin inmeye ve tedavisine ilişkin bilgi alma durumu ve içeriğinin dağılımı yer almaktadır. Bakım verenlerin %85.7’sinin hastalığa ve tedaviye ilişkin bilgi almış olduğu ve %68.6’sının bakım vermeye ilişkin bilgi gereksiniminin olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin yarısından fazlasının hemşire ve doktordan bilgi aldığı, geriye kalanların ise doktor, hemşire, kitap/internet ve başka hastadan bilgiye ulaştığı görülmektedir. Alınan bilginin içeriğinin ise %92.1’inin hastalık, %67.1’inin tedavi, %45.3’ünün evde bakım, %37.5’inin tedavinin yan etkileri, %34.3’ünün yapılacak tetkik ve kontrollere gelme ile ilgili olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin %33.3’ünün aldığı bilgileri yeterli gördüğü, %16.7’sinin ise yeterli görmediği saptanmıştır. Bakım verenlerin bilgi almak istedikleri konuların hastalık ve hastalığın seyri (%72.7), tedavi (%28.7), bakım (%27.2) ve kontrollerle ilgili (%25.7) olduğu belirlenmiştir. Tercih edilen bilgi edinme yöntemi sorulduğunda bakım verenlerin %72.2’si sağlık personeli (doktor/hemşire) tarafından verilmesini, %50’si yazılı materyallerin verilmesini, %31.8’i ise görerek/yaparak öğrenmek istediğini belirtmişlerdir.

Tablo 4.9. Bakım verenlerin Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortancası

Ölçek Toplam Puanı	Sayı	Ortanca	Minimum	Maksimum
	70	42.5	7	75

Çalışmaya katılan bakım verenlerin bakım verme yüğü ölçeğı puan ortancası 42.5 olarak saptanmıştır (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Bakım verenlerin bakım yükünü azaltmaya yönelik önerileri (n=66)

Öneriler	Sayı	%
Aile içi desteğin artması	21	31.8
Ekonomik destek	17	25.8
Taburculuk eğitiminin daha fazla verilmesi	9	13.6
Bakıcı desteği	7	10.6
Bakımevi	5	7.6
Dinlenme, kendime zaman ayırma	4	6.1
Hastanın beni anlaması	3	4.5

Tablo 4.10'da bakım verenlerin bakım verme yükünü azaltmaya yönelik önerileri verilmektedir. Bakım verenlerin %31.8'i aile içi destek, %25.8'i ekonomik destek, %13.6'sı taburculuk eğitiminin daha fazla verilmesi, 10.6'sı profesyonel bakıcı desteği, %7.6'sı bakımevi, %6.1'i kendine zaman ayırıp dinlenme, %4.5'i ise hastasının kendisini anlaması ile yükünün azalabileceğini belirtmişlerdir.

Tablo 4.11. Hastaların demografik özelliklerine göre Zarit Bakım Verme Yüğü ölçeğı puan ortancası

Demografik Özellikler	Sayı	Min-Max	Ortanca	U\X ²	p
Yaş					
65-69	21	7-67	37	X ² =3.550	0.314
70-74	14	9-62	38.5		
75-79	20	9-66	42.5		
80 ve üzeri	15	13-75	47		
Cinsiyet					
Kadın	31	11-66	45	Z=536	0.418
Erkek	39	7-75	40		
Eğitim Durumu					
Okur-Yazar Değil	17	19-66	46	X ² = 3.297	0.654
İlkokul	28	11-63	42.5		
Ortaokul	2	32-32	32		
Lise	8	9-67	37		
Üniversite	15	7-75	34		
İnmeye Ek Hastalık Olma Durumu					
Var	67	7-75	43	Z=46.5	0.123
Yok	3	11-35	28		
Hastalığa Bağlı Etkilenme Durumu					
Etkilenen	64	7-75	44.5	Z=68	0.007
Etkilenmeyen	6	9-43	17		

Tablo 4.11’de inmeli hastaların demografik özelliklerine göre bakım verme yüğü puan ortancaları verilmiştir. Bakım verme yüğü ölçeğinden elde edilen puan ortancası ile hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu ve inmeye ek hastalık olma durumu incelendiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Hastalığa bağlı etkilenme durumuna göre bakım verme yüğü ölçeğinden elde edilen ortanca karşılaştırıldığında etkilenen bölgesi olan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüğü puan ortancası anlamlı derecede yüksek bulunmuş ve aradaki fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0.05$). Hastalık nedeniyle etkilenen herhangi bir

bölgeye sahip hastalara bakım veren hasta yakınlarının daha fazla yük yaşadığı belirlenmiştir. Tabloda belirtilmemekle birlikte etkilenmenin türüne ve etkilenen ekstremiteye göre bakım verme yükü puan ortancası incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

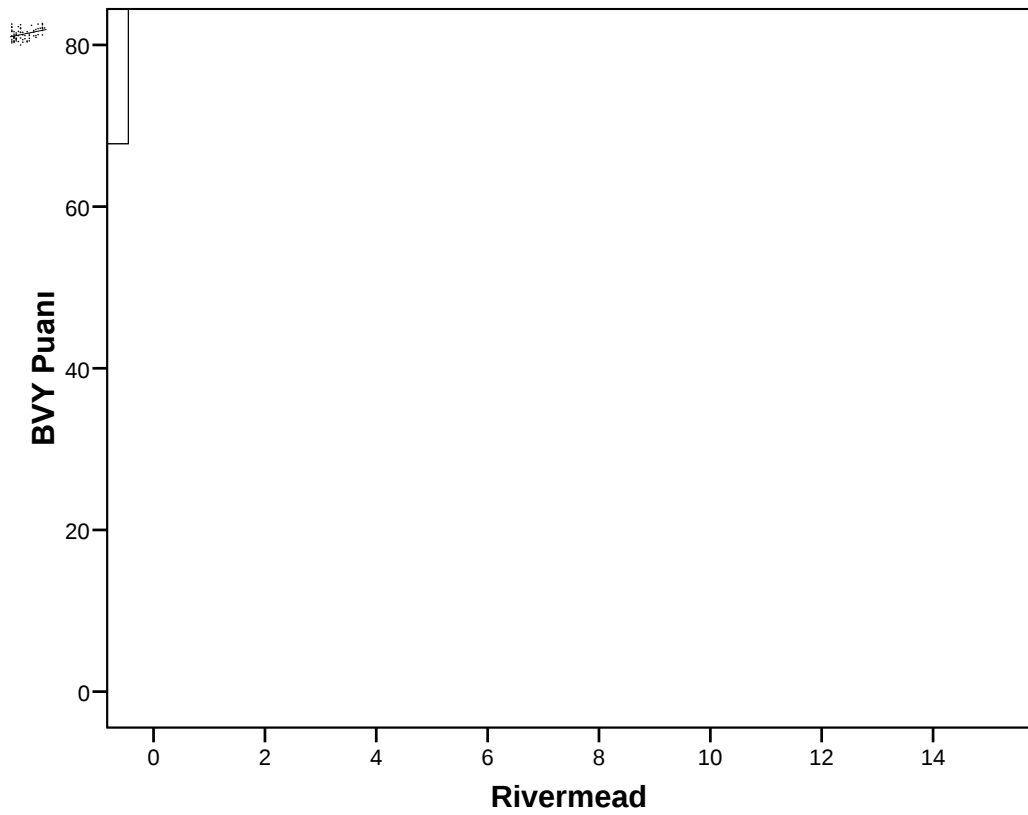
Tablo 4.12. Hastaların kullandıkları ilaç sayısı ile Zarit Bakım Verme Yüğü ölçeğı puan ortancası

		Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçek Puan Ortancası (n=70)
İlaç Sayısı	R	0.32
	p	0.007

Tablo 4.12’de hastaların kullandıkları ilaç sayısı ile bakım verme yüğü puan ortancası arasındaki ilişki incelendiğinde kullanılan ilaç sayısı arttıkça bakım verme yüğü puan ortancasının pozitif yönde arttığı belirlenmiştir.

Tablo 4.13. Hastaların RMI puan ortancası ile bakım verenlerin Zarit Bakım Verme Yüğü ölçeğı puan ortancası

		Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçek Puan Ortancası(n=70)
RMI Puanı Ortancası	R	-0.313
	p	0.008



Grafik 4.1. Hastaların RMI puan ortancası ile bakım verenlerin Zarit Bakım Verme Yüğü ölçeğı puan ortancası

Tablo 4.13’de ve grafik 4.1’de hastaların RMI ‘den aldıkları puan ortancası ile bakım verenlerin bakım verme yüğü puan ortancası karşılaştırılmıştır. Hastaların RMI’den aldıkları puan azaldıkça bakım verme yüğü puan ortancasının anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.14. Bakım verenlerin demografik özelliklerine göre Zarit Bakım Verme Yükü ölçeği puan ortancası

Demografik Özellikleri	Sayı	Min-Max	Ortanca	U\X²	p
Yaş					
26-39	9	7-67	37	X²=1.399	0.844
40-49	16	9-66	38.5		
50-59	19	9-64	44		
60-69	16	13-63	44.5		
70-81	10	18-75	43		
Cinsiyet					
Kadın	60	7–75	43.5	Z=271	0.626
Erkek	10	17–63	35		
Medeni Durum					
Evli	55	7-75	43	Z= 280	0. 483
Bekar	15	17-62	32.5		
Çocuğu Olma Durumu					
Var	53	9-75	45	Z=295.5	0.034
Yok	17	7-62	32		
Eğitim Durumu					
Okur-Yazar Değil	7	23-63	42.5	X²= 2.566	0.633
İlkokul	23	11-75	43		
Ortaokul	3	32-55	51		
Lise	10	9-68	34.5		
Üniversite	27	7-63	41		
Çalışma Durumu					
Çalışan	20	7-65	35	Z=389	0.149
Çalışmayan	50	9-75	43.5		
Sağlık Sorunu Olma Durumu					
Var	47	9-75	46	Z=285.5	0.001
Yok	23	7-63	29		
Gelir Durumu					
Geliri Giderini karşılıyor	46	7-75	37.5	Z=348.5	0.012
Geliri Giderini Karşılamıyor	24	18-68	48		

Tablo 4.14’de bakım verenlerin demografik özelliklerine göre bakım verme yükü puan ortancası verilmiştir. Bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortancası ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, hasta bakımında yardımcı birey olma durumu yönünden incelendiğinde aradaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Bakım verenlerin çocuk sahibi olma durumu ile bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortancası karşılaştırıldığında çocuk sahibi olan grupta bakım verme yükü puan ortancası anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Bakım verenlerin sağlık sorunu yaşama durumu ile bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortancası karşılaştırıldığında sağlık sorunu olan grupta bakım verme yükü puan ortancası anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Bakım verenlerin gelir durumu ile bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortancası karşılaştırıldığında geliri giderinden az olan grupta bakım verme yükü puan ortancası anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.15. Bakım verenlerin bakıma ilişkin tanımlayıcı özelliklerine göre Zarit Bakım Verme Yüğü ölçeği puan ortancası

Hasta Bakımında Yardımcı Başka Bireyin Olması	Sayı	Min-Max	Ortanca	U\X²	p
Evet	50	9-68	45	Z=459	0.594
Hayır	20	7-75	35		
Bakım Verme Süresi					
3-5 ay	17	9-53	23	X ² =21.429	0.0
6-11 ay	11	17-63	35		
12-23 ay	9	7-65	32		
24 ay ve üzeri	33	18-75	54		
Bakmakla Yükümlü Ek Kişi Olma Durumu					
Var	11	11-62	45	Z=320	0.942
Yok	59	7-75	42		
Günlük Bakım Verme Süresi/Saat					
1-4 saat	14	7-45	22	X ² =18.250	0.0
5-9 saat	6	32-62	38		
10-14 saat	24	17-75	45		
15 saat ve üzeri	26	68-68	68		

Tablo 4.15’de bakım verenlerin bakıma ilişkin tanımlayıcı bilgilerine göre bakım verme yüğü puan ortancaları verilmiştir. Bakım verme yüğü ölçeğinden elde edilen puan ortancası ile hasta bakımında yardımcı birey olma ve bakmakla yükümlü ek kişi olma durumu incelendiğinde aradaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Bakım verenlerin hastaya bakım verme süresi ile bakım verme yüğü ölçeğinden elde edilen puan ortancası karşılaştırıldığında bakım verme süresi arttıkça bakım verme yüğü puan ortancasının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gruplar ikili karşılaştırıldığında 0-5 ay

ile 6-11 ve 12-23 ay arasında bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. 0-5 ay ile 24 ay ve üzeri bakım verenlerin bakım yükü ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (4 grup için 6 tane ikili karşılaştırma yapılacağından kullanılacak α değeri 0.05 değil 0.008 (0.05/6) olarak alınmıştır) ($p<0.008$).

Hastaya günlük bakım verme süresi ile bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortancası karşılaştırıldığında bakım vermek için günlük ayrılan süre arttıkça bakım verme yükü puan ortancasının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Gruplar ikili karşılaştırıldığında farklılığın 1-4 saat ile 5-9 ve 10-14 saat arası bakım verenlerden kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0.008$).

Tablo 4.16. Bakım verenlerin bakımda yaptığı iş ile Zarit Bakım Verme Yüğü ölçeğı puan ortancası

Bakımda Yapılan İşler	Sayı	Min-Max	Ortanca	U	p
Temizlik					
Var	62	9-68	43	Z=160.5	0.106
Yok	8	7-75	23.5		
Beslenme					
Var	58	9-75	44.5	Z=202	0.023
Yok	12	7-55	28.5		
Hareket					
Var	49	9-75	46	Z=264.5	0.001
Yok	21	7-66	28		
Boşaltım					
Var	40	11-68	47.5	Z=347	0.003
Yok	30	7-75	29		
Tedavi					
Var	54	7-68	45	Z=269.5	0.023
Yok	16	9-75	28.5		
Ekonomik					
Var	48	9-68	42.5	Z=458	0.376
Yok	22	7-75	39		

Tablo 4.16’da bakım verenlerin bakımda yaptığı iş ile bakım verme yüğü puan ortancaları karşılaştırılmaktadır.

Tablo 4.16’da temizlik ve ekonomik işleri yapan bakım verenler ile bakım verme yüğü ölçeğinden elde edilen puan ortancası karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Beslenme, hareket, boşaltım, tedavi gibi işleri yapan bakım verenlerin bakım verme yüğü ölçeğinden elde edilen puan ortancası karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.17. Bakımda güçlük yaşama, günlük yaşamı etkileme ve bakımla ilgili bilgi alma durumu ile Zarit Bakım Verme Yükü ölçeği puan ortancası

	Sayı	Min-Max	Ortanca	U	p
Bakımda Güçlük Yaşama Durumu				Z=112.5	0.0
Yaşayan	51	11-75	46		
Yaşanmayan	19	7-55	21		
Günlük Yaşamı Etkileme Durumu				Z=76.5	0.0
Etkilenen	60	9-75	45		
Etkilenmeyen	10	7-62	19		
Hastalık ve Tedaviye ilişkin Bilgi Alma Durumu				Z=235	0.275
Alan	60	7-75	42.5		
Almayan	10	26-66	39.5		

Tablo 4.17’de bakım verenlerin bakımda güçlük yaşama, günlük yaşamı etkileme ve bakımla ilgili bilgi alma durumu ile bakım verme yükü puan ortancası karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.17’de bakım verenlerin hastanın bakımıyla ilgili bakımda güçlük yaşama durumları ile bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortancası karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.17’de bakım verenlerin günlük yaşamının etkilenme durumları ile bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortancası karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.17’de bakım verenlerin hastalık ve tedaviye ilişkin bilgi alma durumları ile bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortancası karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

5.TARTIŞMA

5.1. Tanıtıcı Özellikler

5.1.1. Bakım Verenlerin Bakmakla Yükümlü Olduğu İnmeli Hastaların Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

İnme genel olarak yaşlı popülasyonda görülen bir hastalıktır. İnme için önemli risk faktörlerinden biri yaştır ve erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmektedir (18). Çalışmamızda hastaların %30'unun 65–69 yaş grubunda, %55.7'sinin erkek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Benzer şekilde yurt dışında inmeli hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların yaş ortalaması 68 ve %77'sinin erkek olduğu belirlenmiştir (118). Ülkemizde inme ile ilgili yapılmış ve 2000 hastanın verilerinin derlendiği Ege İnme Veri Tabanı'nda ortalama yaş 62.3 ± 12 bulunmuş olup erkek hastaların sayısı daha fazladır (73). İnmeli hastalarda erkek hasta hâkimiyeti yapılan pek çok çalışmada gösterilmiştir (11, 88, 97).

Çalışmamızda inmeli hastaların eğitim durumları incelendiğinde hastaların %40'ının ilkökul mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Ülkemizde yapılan bir çalışmada hastaların %50.8'inin ilkökul mezunu olduğu bildirilmiştir (40). W. J. M. Scholte op Reimer ve diğ. (1998)'nin çalışmasında hastaların %55'inin ilkökul mezunu olduğu belirlenmiştir (118). Çalışmamızın bu bulgusu literatürle uyumludur.

Ülkemizde 65 yaş ve üzeri nüfusun % 90'ında bir, % 35'inde iki, % 23'ünde üç, %15'inde dört ve daha fazla kronik hastalığı bulunmaktadır (4). İnci (2006)'nin çalışmasında yaşlıların % 65.6'sının kronik hastalığının olduğu saptanmıştır (57). Çalışmamızda ise literatürle uyumlu olarak inmeli hastaların %95.7'sinin ek bir hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir. İnme dışında tanı konulmuş başka bir hastalığı olan hastaların arteryal hipertansiyon, hiperkolesterolemi, koroner arter hastalığı, diyabetes mellitus, atriyal fibrilasyon, demans, kalp yetmezliği, osteoporoz, glokom, epilepsi, benign prostat hipertrofisi, kanser gibi hastalıklara sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2). Chatcheydang (2005)'in çalışmasında arteryal hipertansiyon, koroner arter hastalıkları, kalp yetmezliği, depresyon, osteoporoz, kanser, benign prostat hipertrofisi, demans gibi hastalıkların inme hastalarında sıklıkla görülen diğer hastalıklar olduğu saptanmıştır (25). Ege İnme Veri Tabanı'nda hipertansiyon %63, hiperkolesterolemi %37, diyabet %35, iskemik kalp hastalığı %23, atrial fibrilasyon %20 olarak bulunmuştur (73). Yıldız ve diğ. (2009)'nin

çalışmasında hastaların %80.5'inde hipertansiyon, %39'unda hiperkolesterolemi, %32.9'unda kardiyovasküler hastalık, %28'inde diabetes mellitus, %6.1'inde geçirilmiş iskemik atak ve 3 hastada kronik obstruktif akciğer hastalığı olduğu belirlenmiştir (124). Hastalarda inmeye ek kronik hastalık sayısının fazla olmasının, yaşlılıkta birçok hastalığın görülme sıklığının artması nedeniyle olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamızda en sık görülen ek hastalık %80.6 ile hipertansiyon bulunurken yapılan diğer çalışmalarda da hipertansiyon en sık görülen hastalık olarak bulunmuştur (40, 63, 73). Hipertansiyon inme için yaştan sonra en önemli risk faktörüdür (52, 62). Yapılan çalışmalarda hipertansiyon ve inme arasındaki ilişki bütün yaş grubu kadın ve erkeklerde ispatlanmıştır (43, 52, 60). Bizim çalışmamızda da hipertansiyon inmeli hastalarda görülen en sık hastalık olması nedeniyle literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda hastaların büyük bir kısmının inmeye bağlı sağ ekstremitelerinin etkilendiği ve %60'ında da hemiparazisi olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2). Chatcheydang (2005)'in çalışmasında hastaların %51.9'unun sağ, %47.2'sinin ise sol ekstremitelerinin etkilendiği (25), Karatepe ve diğ. (2007)'inin çalışmasında hastalarının %56'sının sağ ekstremitelerinin etkilendiği (63), Granger ve diğ. (1992)'nin çalışmasında hastaların %46'sının sol, %43 sağ ekstremitelerinin etkilendiği (50), Yıldız ve diğ. (2009)'nin çalışmasında hastaların %57.6'sının sol, %42.4'ünde sağ ekstremitelerinin etkilendiği belirlenmiştir (124). Etkilenen ekstremiteler oranlarının değişiklik göstermesi, inmenin etkilediği alanın ve inmenin çeşidinin farklılığından kaynaklandığını düşündürmektedir. Çalışmamızda inmeye bağlı etkilenme durumu ile bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortancası karşılaştırıldığında, aradaki fark istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.11). İnmeyle ilgili etkilenmenin türü ile bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortancası karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir. İnme nedeniyle ekstremiteleri etkilenen hastalara bakım verenlerin daha fazla bakım yükü yaşadığı belirlenmiştir. Bu durumun hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersizlik yaşamaları nedeniyle bakım verene olan bağımlılıklarının artmasıyla ilişkili olduğunu düşünmekteyiz.

Hasta bireylerin %15.7'sinin sigara kullandığı belirlenmiştir. Ege İnme Veri Tabanında sigara kullanma oranı %17 olarak belirlenmiştir (73). Yapılan diğer çalışmalarda sigara kullanımı inmeli hastalarda %20-49 arasında bildirilmiştir (27, 33, 76).

Çalışmamızda hastaların tamamının en az bir ilaç kullandığı ve kullanılan ilaç ortalamasının 6 ± 2 olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da huzurevinde kalan ya da hastaneye başvuran geriatric popülasyonda ilaç kullanım oranlarının yüksek olduğu saptanmıştır (39, 99). Çalışmamızda tekrarlayan inme vakalarının önlenmesi amacıyla tüm hastaların antitrombotik ilaç kullandığı belirlenmiştir. Ayrıca hastaların sahip oldukları kronik hastalıklara bağlı olarak diğer ilaçları kullanım dağılımları değişmekte olup, hastalarda çoklu ilaç kullanımı saptanmıştır.

Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak hastaların kullandığı ilaç sayısı arttıkça bakım verenlerin yaşadığı bakım verme yükünün de pozitif yönde arttığı belirlenmiştir (Tablo 4.12). Yapılan bir çalışmada hastaların kullandıkları ilaç sayısının, bakım verenin tükenmişlik ve bakımda güçlük yaşamasında etkili olduğu belirlenmiştir (35).

Yaşı 65 ve üzeri olan bireylerin giyinme, yemek yeme, tuvaleti kullanma gibi günlük yaşam aktivitelerinin bir ya da bir kaçını yerine getirmede zorlandıkları hasta yakınları tarafından ifade edilmiştir (47). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak hastaların çoğunun (%97.1) en az bir sorun yaşadığı ve bu sorunların denge kaybı, yürüyememe, idrar kaçırma, beslenme, iletişim ve görme sorunları, uykusuzluk ve gaita kaçırma olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). İnmeli hastalarla yapılan birçok çalışmada hastaların günlük yaşam aktivitelerini yapmada yetersiz kaldıkları belirtilmiştir (9, 22, 49, 68). Yapılan diğer çalışmalarda hastaların inmeden sonraki ilk üç ayda günlük yaşam aktivitelerini yapmada yetersizlik sorunu yaşadıklarını saptamışlardır (37, 116). Gölgeçen ve Tümerdem (1998)' in yaşlıların evde bakım gereksinimleri ile ilgili yaptığı çalışmada; yaşlıların banyo yapmada, giyinip soyunmada, oturmada, yemek yeme ve hazırlamada, ev işlerine katılmada, çamaşırlarını yıkamada, ilaçlarını doğru dozda ve zamanında almada ve para hesabı yapmada sorun yaşadığı belirlenmiştir (46). İnme, hastaların günlük yaşam aktivitelerini sürdürmelerini engelleyen ve başkalarına bağımlı hale gelmelerine

neden olan nörolojik hasarlar bırakmaktadır. İnme sonrası hayatta kalan hastalar az veya çok düzelme gösterirler, ancak iyileşmenin derecesine bağlı olarak her hastanın yaşadığı sorun sayısı ve sorunun büyüklüğü farklı olmaktadır (25). Sorun sayısı ve sorunun büyüklüğü ne olursa olsun inmenin bakım veren üzerinde çeşitli derecede yük oluşturduğu bilinmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların Rivermead Mobilite İndeksi (RMI) puan ortalaması 5.47 ± 4.82 olarak saptanmıştır (Tablo 4.4). Çalışma kapsamına alınan hastalar arasında 15 puan alan olmadığı için hastaların tamamının en az bir maddede mobilite sorunu yaşadığı belirlenmiştir. Akın ve Emiroğlu (2007)'nin RMI'sinin Türkçeye uyarlama ve geçerlilik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla yaptıkları çalışmada huzurevinde kalan dolaşabilen yaşlıların %67.8'inin ve yatağa bağımlı yaşlıların tamamının en az bir maddede mobilite sorunu yaşadığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada evde yaşayan yaşlıların ise %68.5'inin en az bir maddede mobilite sorunu yaşadığı belirlenmiştir (5). İnme hastalarıyla yapılan çalışmalarda hastaların çoğunun önemli derecede mobilite sorunu yaşadığı belirlenmiştir (41, 49, 54, 117). Çalışmamızda hastaların en önemli sorunları yürüyememe ve dengesini sağlayamama olduğu belirlenmiştir. Örneklem kapsamındaki hastaların hem inme nedeniyle hem de yaşlılık nedeniyle mobilitede sorun yaşandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda hastaların RMI'den aldıkları puan ortancası ile bakım verenlerin bakım verme yükü puan ortancası karşılaştırıldığında, hastaların RMI'den aldıkları puan azaldıkça (mobilite sorunlarının sayısı artıkça) bakım veren yükü puan ortancasının anlamlı derecede yüksek olduğu literatürle uyumlu olarak belirlenmiştir ($p < 0.05$), (Tablo 4.13). Magliano ve diğ. (2004)'nin çalışmasında; nörolojik olarak fiziksel yetersizliği fazla olan hastalara bakım verenlerin bakım yükü puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur (80). Yüksel ve diğ. (2007)'nin çalışmasında hastaların mobilitede yaşadıkları sorun arttıkça bakım verme yükünün de arttığı belirlenmiştir. Hastaların bağımlılık derecesi arttıkça bakım verenin yükü de artmaktadır (125).

5.1.2. Bakım Verenlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Bakım verenlerin çoğunluğunun kadın, evli, ortalama 40–59 yaşlarında ve yüksekokul mezunu olduğu bildirilmektedir (25, 109). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak bakım verenlerin %27.1'i 50-59 yaş grubunda, %85.7'si kadın, %36.8'i üniversite mezunu, %48.6'sının ev hanımı ve %78.6'sının evli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Akça (2003)'nin çalışmasında bakım verenlerin %96.9'unun kadın, %81.3'ünün evli, yarıdan fazlasının ilköğretim mezunu (%56.3), %71.3'ünün ev hanımı olduğu saptanmıştır (2). Bilgili (2000)'nin çalışmasında bakım verenlerin büyük çoğunluğunun (%91.7) kadın, %83.4'ünün evli, %61.7'sinin ilköğretim mezunu %86.6' sının ev hanımı, %70'inin orta yaşta (30–59 yaş) olduğu belirlenmiştir (18). Yapılan araştırmalarda da bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadın olduğu bulunmuştur (2, 18, 25, 109). Kadınların kişilik özellikleri nedeni ile daha şefkatli, daha duyarlı davrandıkları, yakın ve güçlü ilişki kurabilme becerilerine sahip oldukları ve erkeklere kıyasla bakım verme işlevinin zorlukları ile daha iyi baş edebilecekleri görüşü, onların bakım verme işlevine uygun görülmelerinin nedeni olarak belirtilmektedir (18).

Bakım verenlerin çocuk sahibi olma durumu incelendiğinde %75.8'inin çocuk sahip olduğu belirlenmiştir. Yaşar'ın çalışmasında bakım verenlerin %99.3'ünün en az bir çocuğa sahip olduğu (121), İnci'nin çalışmasında (2006) ise bakım verenlerin %62.7'sinin çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir (57). Çalışmamızda çocuk sahibi olan bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeğinden aldıkları puan ortancası istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.14). Bu durumun çocuğun sorumluluğunun bakım veren üzerinde ek yük oluşturması ile olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda bakım verenlerin %34.3'ünün geliri giderini karşılamadığı, %57.1'inin ekonomik durumunun etkilendiği ve tabloda belirtilmemek birlikte %65.6'sının bakım masrafları nedeniyle ekonomik sorunlar yaşadığı belirlenmiştir. Bakım verenlerin yaşadığı ekonomik sorunlar için de en sık sağlık güvencesi tarafından karşılanmayan bakım masraflarının ek yük oluşturması ve işin sonlandırılması olduğu bildirilmektedir (109). Ayrıca hastalar hastalıkları nedeniyle çalışmamakta, hastalığın kendisi ve bakımın ekonomik boyutları çok fazla olmakta, aynı zamanda bakım verenler de çalışamadıkları için ailede ekonomik güçlükler

yaşanabilmektedir (42). Monygomery ve diğ. (1985)'nin çalışmasında düşük sosyo-ekonomik statüye sahip bakım verenlerin bakım yüklerinin fazla olduğu ve aşırı yüke bağlı sağlık sorunlarının arttığı belirtilmiştir (86). Literatüre uygun olarak çalışmamızda gelir durumu ile bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortalaması karşılaştırıldığında geliri giderinden az olan gruplarda bakım verme yükü puan ortancası istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.14).

Çalışmamızda bakım verenlerin yarısından fazlasının en az bir sağlık sorununun olduğu belirlenmiştir. Sağlık sorunlarının ilk beşteki dağılımları ise hipertansiyon, bel fıtığı, mide ülseri, baş ağrısı ve hiperkolesterolemidir (Tablo 4.5). Morimoto ve diğ. (2003)'nin çalışmasında bakım verenlerin %50'sinin en az bir kronik hastalığa sahip olduğu belirtilmiştir (85). Yapılan başka bir çalışmada ise bakım verenlerin %73'ünün en az bir kronik hastalığa sahip olduğu ve baş ağrısı, hipertansiyon, romatizma ve kalp hastalığının en sık karşılaşılan sağlık sorunu olduğu belirlenmiştir (114). Akça (2003)'nin çalışmasında bakım verenlerin, bakım verme nedeni ile baş ağrısı, sindirim sistemi yakınmaları gibi fiziksel sorunlar yaşadığı saptanmıştır (2). Çalışmamızda bakım verenlerin %47.8'i var olan sağlık sorunlarının bakım vermeyle ilişkisi olduğunu ve %63.6'sı da sağlık sorunlarının ortaya çıkmasını üzüntü ve stresle ilişkilendirmişlerdir. Yapılan çalışmalar bakım vermenin ortaya çıkardığı gereksinimlerin bakım veren için stres kaynağı olduğunu ve kişinin sağlığını etkilediğini ortaya çıkarmıştır (67, 119). Ayrıca bakım verenlerin kronik yorgunluk, vücut ağırlığında artış ya da azalma, uyku düzensizliği, kas ağrısı, konsantrasyon zorluğu, giyimde dağınıklık ve bakım veren bireyin kendi bakımına yeterli zaman ayıramaması nedeniyle de sağlığında bozulma görüldüğü belirlenmiştir (64, 109). Bilgili (2000)'nin çalışmasında bakım verme güçlüğüne etkileyen faktörler arasında bakım verenin sağlığının bozuk olması önemli bir etken olarak belirtilmiştir (18). Çalışmamızda bakım verenlerin herhangi bir sağlık sorunu olma durumu ile bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortalamaları karşılaştırıldığında sağlık sorunu olan grupta bakım verme yükü puan ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.14). Bakım verenlerin kendilerine yeterince zaman ayıramaması, dinlenememesi, bakım vermeye bağlı yüksek derecede stres

yaşaması sağlık sorunlarının artmasına buna paralel olarak da yaşanan yükün artmasına sebep olmaktadır.

Çalışmamızda bakım verenlerin %42.9'unun hastanın eşi olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). İnmeli hastaların bakım verenleriyle yapılan çalışmalar da bakım veren bireylerin çoğunlukla kadın/eş konumundaki bireylerin oluşturduğu belirlenmiştir (85, 117, 118). Bakım verme işinin daha çok eşler tarafından üstlenilmesinin hem ekonomik hem de duygusal nedenlerden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

5.1.3. Bakım Vermeye ve Bakım Yüküne İlişkin Bulguların Tartışılması

Bakım verenlerin bakım verme süreleri değerlendirildiğinde ortalama bakım verme süresinin 29.7 ay olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). Chatcheydang (2005)'in çalışmasında bakım verme süresi 27.1 ay (25), Draper ve diğ. (1992)'nin çalışmasında 27 ay olduğu belirlenmiştir (34). Bunun yanı sıra bakım verme süresinin daha uzun olduğunun belirlendiği çalışmalar da mevcuttur (85, 116). İnmenin birey üzerinde bıraktığı sakatlığın kimi zaman düzelmemesi ya da iyileşmenin istendik düzeyin çok altında olması nedeniyle bakıma ihtiyacın devam ettiğini düşünmekteyiz. Yapılan başka bir çalışmada da günlük yaşam aktivitesindeki bağımlılık durumu arttıkça ve bakım süresi uzadıkça bakım veren yükünün de arttığı belirlenmiştir (125). Hastaya bakım verme süresi ile bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortancası karşılaştırıldığında bakım verme süresi arttıkça bakım verme yükü puan ortancasının istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.15). Pinquart ve Sorensen (2007)'un çalışmasında bakım verenlerin bakım verme rollerini ne kadar zamandır sürdürdüklerinin önemli olduğunu vurgulamıştır ve bakım verenlerin bakım verme süreleri uzadıkça yaşadıkları yükün arttığı belirtilmiştir (89). Yüksel ve diğ. (2007)'nin çalışmasında bakım verme süresi ile bakım yükü arasında doğrusal bir ilişki olduğu belirlenmiştir (125). Bu durum literatürle benzer olarak bizim çalışmamızda bakım vermede süre arttıkça yaşanan bakım yükünün de arttığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda bakım verenlerin günlük ortalama 13.5 saat bakım verdiği belirlenmiştir (Tablo 4.6). Morimoto ve diğ. (2003)'nin çalışmasında 9.43 ± 6.08 saat (85), Bugge ve diğ. (1999)'nin çalışmasında inmeden sonraki ilk ayda 13.5 saat, 6 ay

sonra 16.4 saat olduğu bulunmuştur (23). Günlük bakım verme saatindeki bu farklılığın bakım verenlerin çoğunluğunun bakım verme süresinin 24 aydan uzun olması, inmeli hastanın eşi konumunda olması ve inmeli hastalarla aynı evi paylaşımları nedeniyle olduğunu düşünmekteyiz. Hastaya günlük bakım verme süresi ile bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortalaması karşılaştırıldığında, bakım vermek için günlük ayrılan süre arttıkça bakım verme yükü puan ortalamasının arttığı saptanmıştır ($p<0.05$), (Tablo 4.15). Macnamara ve diğ. (1990)'nin çalışmasında da günlük bakım verme süresi uzadıkça bakım verme yükünün arttığı belirlenmiştir (79).

Çalışmamızda bakım verenlerin %15.7'sinin bakmakla yükümlü olduğu ve bakımına bağımlı olan başka bir kişinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). Tabloda belirtilmemekle birlikte bakım verenlerin bakmakla yükümlü olduğu kişilerin %66.7'si bakım verenin babası, %22.2'sinin bakım verenin annesi olduğu ve bu kişilerin 65 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. İnci (2006)'nin çalışmasında bakım verenlerin %29.5'inin ikinci bir yaşlıya bakım verdiği belirlenmiştir (56). Bakım verenlerin bakmakla yükümlü olduğu ek kişi olma durumu ile bakım verme yükü puan ortancası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.15). Yaşlı bireylerin çocuklarının bakım verme nedenleri duygusal yakınlık, bağlılık, yaşlı bireyden geçmişte aldığı destek ve yardımın geri ödenmesi ya da minnettarlık duygusu, bakım alanın hasta rolünde olması nedeniyle gereksinimlerini karşılayamaması, "aile dayanışması" ve "evlat olma sorumluluğu" gibi toplumsal değerler nedeniyle yaşlı bakım sorumluluğunu üstlendiği bildirilmektedir (109). Çalışmamızda bakım verenlerin çok az bir kısmı ikinci bir yaşlıya bakım verdiği ve hastanın çocuğu konumunda olduğu için ek bir yük yaşamadıklarını düşünmekteyiz.

Yaşı 65 ve üzeri olan bireylerin giyinme, yemek yeme, tuvaleti kullanma gibi günlük yaşam aktivitelerinin bir ya da bir kaçını yerine getirmede zorlandıkları bildirilmektedir. Fiziksel yetersizlik nedeni ile günlük yaşam aktivitelerinden bir ya da bir kaçını yerine getiremeyen yaşlılar, uzun süreli sağlık bakımına ihtiyaç duymaktadır (47). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak bakım verenlerin bakımda yaptığı işlerin temizlik (%88.6), beslenme (%82.9), tedavi (%77.1), hareket (%70), ekonomik işler (%68.6), boşaltım (%57.1) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). Yapılan

alışmalar da bakım verenlerin hareket, beslenme, boşaltım, banyo ve giyinmenin bakım verenler tarafından en çok yapılan işler olduğu belirlenmiştir (23, 25, 85). Matson (1994)'un çalışmasında inmeli hastanın bakım ihtiyacı arttıkça bakım veren yükünün de arttığı belirlenmiştir (82). Temizlik ve ekonomik alanlarla ilgili işleri yapan bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeği puan ortancası karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.16). Beslenme, hareket, boşaltım, tedavi işlerini yapan bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortancası karşılaştırıldığında bu işleri yapan bakım verenlerin bakım verme yükü puan ortancası anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.16). Bu durum temizlik ve ekonomik işlerin kadının doğal işi olarak görülmesi nedeniyle bakım verenlerde daha az yükü sebep olduğunu düşünmekteyiz.

Bakım verenlerin çoğunluğunun hasta bakımına yardımcı bireye sahip olduğu ve yardım eden bireylerin genellikle bakım verenin kardeşleri ya da çocukları olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). Bugge ve diğ. (1999)'nin çalışmasında bakım verenlerin bir ya da iki aile üyesi tarafından bakımda destek olunduğu belirlenmiştir (23). Bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortancası ile hasta bakımında yardımcı bireyin olma durumu incelendiğinde aradaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.15). Çalışmamızda yardımcı bireye sahip olma oranı yüksek çıkmasına rağmen bakım verenlerin bakım verme yükünü azaltmaya yönelik önerileri alındığında en fazla aile içi destek ile azalacağı cevabı verilmiştir. Bu durum aile üyeleri tarafından yapılan yardımın yeterli olmadığının düşündürmektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerin çoğunluğunun hastanın bakımıyla ilgili olarak güçlük yaşadığı ve bakım verme nedeniyle günlük yaşamlarının etkilendiği belirlenmiştir. Bakım verenlerin sosyal izolasyon, diğer tüm işlerini aksatarak hayatını hastaya göre planlama, kendine zaman ayıramama ve öz bakım sorunları yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.7). Yapılan çalışmalarda yaşlı bakımını üstlenen bakım verenlerin sosyal aktivitelere katılımda azalma, aile üyeleri ile ilişkilerde, ekonomik ve iş yaşamında pek çok güçlük yaşadıkları belirlenmiştir (64, 109). McCullagh ve diğ. (2005) inmeli hastaların bakım verenleriyle yaptıkları çalışmada bakım verenlerin %62'sinin sosyal izolasyon yaşadığını belirlemişlerdir (83). Altun

(2008)'un çalışmasında bakım verenlerin %74.24'ü bakım verme konusunda genellikle uzman yardımına gereksinim duyduğu, %40.90'ı bakım verme sorumluluğunun diğer işlerini engellediğini, %39.9'u kendilerine ayıracak zamanları kalmadığını ifade etmişlerdir (8). Çalışmamızda bakım verenlerin hastanın bakımıyla ilgili olarak güçlük yaşama ve günlük yaşamının etkilenme durumları ile bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortancası karşılaştırıldığında ailede güçlük yaşayan ve günlük yaşamı etkilenen bakım verenlerin bakım verme yükü puan ortancasının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.17).

Bakım verenlerin yaşanan sorunlarla baş etme yolları incelendiğinde en fazla ağlamak ve dertleşmek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7). Yaşar (2009)'ın çalışmasında ise bakım verenlerin sorunlarla baş etmede çaresiz kalarak kaderci yaklaşımla sorunlarını kabullendikleri belirlenmiştir (121). Bu durumda yaşlı ile yaşanan sorunlar çözüme ulaştırılmayıp, zamanla yaşanan sorunların artmasına neden olacağı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin çoğunluğunun kadın olduğunun belirlenmesi ve kadınların erkeklere göre olaylar karşısında daha kaderci, kabullenici davranış sergilemesi ile de ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz. Kayasu ve diğ. (2000) yaşanan problemlerin tartışılmasının bakım verenin bakım verme ile ilgili yaşadığı baskı ve kaygılarının azaltılmasında önemli olduğu belirtmişlerdir (64).

Bakım verenlerin bilgi alma durumları incelendiğinde bakım verenlerin çoğunluğunun hastalık ve tedaviye ilişkin bilgilendirildiği belirlenmiştir (Tablo 4.8). Bakım verenlerin %33.3'ünün aldığı bilgileri yeterli gördüğü belirlenmiştir. Bakım verenlerin çoğunluğu sağlık personeli (doktor/hemşire) tarafından kendilerine hastalığın seyri ve tedavi ile ilgili bilgilerin anlatılarak verilmesini istediği belirlenmiştir. Yaşar (2008)'ın çalışmasında da benzer bulgular yer almaktadır. Bakım verenlerin çoğunluğunun hastalık ve tedavisi ile bilgi aldıkları fakat alınan bilgiyi yeterli görmedikleri ve sağlık personeli tarafından kendilerine anlatılarak bilgi verilmesini istedikleri belirlenmiştir (122). Bakım verenlerin bilgi alma durumları ile bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortancası karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.17). Bu durumun bakım verenlerin tamamına yakınının daha önce hastalık ve tedavi ile bilgi almış olduğu, bakım ile ilgili bilgi alma durumunun azlığından kaynaklandığını

düşünmekteyiz. Subgranon ve Lund (2000)'un çalışmasında hastaların hastaneden taburcu olurken sağlık bakım profesyonelleri tarafından evde bakımla ilgili bakım verenlerin bilgilendirilmediği, bakım verenlerin bakımla ilgili yaşanan sorunlar karşısında kendi çözüm yollarını geliştirdiğini belirtmiştir (103). Bizim çalışmamızda da bakım verenlerin çoğunun (%66.8) bakımla ilgili bilgi gereksinimin olduğu halde, bakım verenlerin çok az bir kısmı (%27.2) bakımla ilgili bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir.

Bakım verenlerin bakım verme yükünü azaltmaya yönelik önerileri incelendiğinde; %31.8'i aile içi ve %25.8'i ekonomik destek ile, %13.6'sı taburculuk eğitiminin daha fazla verilmesi ile, %10.6'sı profesyonel bakıcı desteği ile, %7.6'sı bakımevi ile, %6.1'i kendine zaman ayırıp dinlenmeyle, %4.5'i ise hastasının kendisini anlaması ile yükünün azalabileceği görüşünde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.10). Önerilerin dağılımına bakacak olursak bakım verenlerin diğer aile üyelerinin desteğiyle, ekonomik destekle, bakıcı desteğiyle de olsa hastasının aile içinde bakılmasından yana cevaplar verdiği görülmektedir. Bakım verenlerin büyük bir çoğunluğu hastasını bakım evine yerleştirmek istemediğini belirtmiştir. Bu durumun yaşlıya bakım verilmesinin aile içinde yerine getirilmesi gereken bir sorumluluk olarak algılanması ve toplumsal baskıdan kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmaya katılan bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeği puan ortancası 42.5 olarak saptanmış ve bakım verenlerin hafif/orta derecede yük yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.9). Belirlenen bakım yükü düzeyi çok yüksek olmasa da bakım verenlerin fiziksel, sosyal ve ruhsal sağlığını olumsuz etkileyeceği, bunun sonucu olarak da hasta bireye karşı olumsuz duygular yaşamasına ve verilen bakımın kalitesinde azalmaya sebep olabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

6.1.1. Bakım Verenlerin Bakmakla Yükümlü Olduğu Hastalara İlişkin Sonuçlar;

- Hastaların %30'unun 65–69 yaş grubunda, hastaların büyük bir kısmının (%55) erkek, evli ve 3 ve daha fazla sayıda çocuk sahibi, ilkokul mezunu (%40) ve sosyal güvenceye sahip (%98.6) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1).
- Hastaların tamamına yakını (%95.7) ek bir hastalığa sahip, hastalığa bağlı ekstremitelerinin etkilendiği (%91.4), daha önce hastaneye yattığı (%98.6) ve hasta bireylerin tamamının ilaç kullandığı saptanmıştır (Tablo 4.2).
- Hastaların tamamına yakınının (%97.1) en az bir sorun yaşadığı ve bu sorunların denge kaybı (%79.4), yürüyememe (%66.2), idrar kaçırma (%57.4), beslenme (%51.5), iletişim (%39.7) ve görme sorunları (%26.5), uykusuzluk (%20.6) ve gaita kaçırma (%11.8) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).
- Hastaların Rivermead Mobilite İndeksi (RMI) puan ortancası 4 olduğu ve hastaların tamamının en az bir maddede mobilite sorunu yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.4).

6.1.2. Bakım Verenlere İlişkin Sonuçlar;

- Bakım verenlerin büyük bir kısmının 50 yaş ve üzerinde, kadın, üniversite mezunu, ev hanımı, evli, 1-2 çocuğa sahip olduğu, hasta bireyin eşi konumunda olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin % 65.6'sının bakım masrafları nedeniyle ekonomik durumlarının etkilendiği, %67.1'inin sağlık sorununun olduğu ve %47.8'i var olan sağlık sorunlarının bakım vermeyle ilişkilendirmiş olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5).
- Bakım verenlerin inmeli hastaya bakım verme süresi ortalama 29.7 ay ve günlük bakım verme süresi ortalama 13.5 saat olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin bakımda yaptığı işlerin temizlik, beslenme, tedavi, hareket, ekonomik ve boşaltım olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin %15.7'sinin bakmakla yükümlü olduğu ek kişilerin olduğu belirlenmiştir. Bakım

verenlerin büyük bir kısmının (%71.4) hasta bakımında yardımcı bireylere sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).

- Bakım verenlerin %72.9'u hastanın bakımıyla ilgili olarak ailede güçlük yaşadığı, yaşanan en önemli sorunun bakım vermeye ilişkin sorun yaşama olduğu, yaşanan sorunlarla baş etme yollarının en fazla ağlamak ve dertleşmek olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin tamamına yakınının (%85.7) günlük yaşamlarının etkilendiği, en fazla sosyal izolasyon ve diğer işlerin aksaması olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7).
- Bakım verenlerin %85.7'si hastalığa ve tedaviye ilişkin bilgi almış, %68.6'sının bakım vermeye ilişkin bilgi gereksiniminin olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin yarısından fazlasının hemşire ve doktordan bilgi aldığı, %33.3'ü alınan bilgiyi yeterli gördüğü ve %72.7'si hastalık ve seyri ile ilgili bilgi almak istediği belirlenmiştir (Tablo 4.8).
- Bakım verenlerin bakım verme yükünü azaltmaya yönelik önerilerinin en fazla aile içi ve ekonomik destek ile olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin %92.4'ünün hastasını bakım evine yerleştirmek istemediği belirlenmiştir (Tablo 4.10).
- Bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeği puan ortancası 42.5 olarak saptanmıştır (Tablo 4.9). Hastalığa bağlı etkilenme durumunun varlığı ile bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortancası karşılaştırıldığında etkilenen bölgesi olan hastalara bakım verenlerin bakım verme yükü puan ortanca istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.11). Kullanılan ilaç sayısı ile bakım verme yükü puan ortancası arasındaki ilişki incelendiğinde, kullanılan ilaç sayısı arttıkça bakım verme yükü puan ortancasının da pozitif yönde arttığı belirlenmiştir (Tablo 4.12).
- Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim ve mesleki durumu, hasta bakımında yardımcı birey olma durumu ile bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortancası incelendiğinde aradaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Bakım verenlerin çocuk sahibi olma ve sağlık sorunu yaşama durumları ile bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortancası karşılaştırıldığında çocuk sahibi olan ve sağlık sorunu olan bakım verenlerin bakım verme yükü puan

ortancası istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Gelir durumuna ile bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortancası karşılaştırıldığında ise geliri giderinden az olan gruplarda bakım verme yükü puan ortancası istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.14).

- Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin bakım verme süresi ile bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortancası karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Günlük bakım verme süresi ile bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortancası karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.15).
- Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin bakımda yaptığı işler ile bakım verme yükü puan ortancası karşılaştırıldığında; temizlik ve ekonomik işleri yapan bakım verenlerin puan ortancası arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz ($p>0.05$), beslenme, hareket, boşaltım, tedavi işleri yapan bakım verenlerin puan ortancası arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.16).
- Araştırma kapsamına alınan bakım verme nedeniyle güçlük yaşayan ve günlük yaşamı etkilenen bakım verenlerin bakım verme yükü puan ortancası arasındaki fark istatistiksel olarak önemli ($p<0.05$), bakımla ilgili bilgi alma durumları incelendiğinde aradaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.17).
- Araştırma kapsamına alınan hastaların RMI ‘den aldıkları puan ortancası ile bakım verenlerin bakım verme yükü puan ortancası karşılaştırıldığında hastaların RMI’den aldıkları puan azaldıkça bakım verme yükü puan ortancasının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.13), (Grafik 4.1).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Bakım verenlerin bakım yükünü azaltmak için evde bakım gereksinimleri doğrultusunda hastaneye yattığı ilk günden itibaren taburculuk eğitiminin sağlık personeli tarafından etkin bir şekilde verilmesi, hemşirelerinde bakım verenlerin ihtiyaçları doğrultusunda görev tanımları içinde yer alan eğitim, danışmanlık rollerini uygulamaya geçirmesine yönelik girişimlerde bulunması (Tablo 4.17),
- Bakım veren yükünün artmasına sebep olan faktörlerin her birey için farklılık gösterebileceğinin farkında olup, yaşanan sorunlarla baş etmelerine yönelik eğitim ve danışmanlık programlarının düzenlenmesi ve gerekli kurumsal desteğin sağlanması (Tablo 4.12, tablo 4.13, tablo 4.14, tablo 4.15, tablo 4.16, tablo 4.17),
- Yaşlılara bakım veren aile bireylerinin bakım yükünü azaltmadaki önerileri doğrultusunda evde bakım hizmetleri ve toplum destek hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması, bakım verenlerin kendilerine zaman ayırabilmeleri ve dinlenebilmeleri için hastalarını kısa süreli evde bakım organizasyonlarının yapılması önerilmektedir (Tablo 4.10).

KAYNAKÇA

1. Adams, P.H., Biler, J. (1996). Vasküler Disease of the Nervous System. G.W. Bradley, B.R. Daroff (Ed.). Neurology in Clinical Practice. Miami Florida; Butterworth-Heinemann.
2. Akça, N. (2003). 65 Yaş Üstü Bireylerde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
3. Akça, K.N., Taşçı, S. (2005). 65 Yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of 30 Health Sciences) 14: (Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı) 30–36.
4. Akdemir, N., Birol, L. (2004). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Sistem Ofset, Ankara.
5. Akın, B., Emiroğlu, O.N. (2007). Rivermead mobilite indeks Türkçe formunun yaşlılarda geçerlilik ve güvenirliliği. Turkish Journal of Geriatrics, 10(3): 124-130.
6. Akyar, İ. (2006). Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
7. Alpar, R. (2001). Spor Bilimlerinde Uygulamalı İstatistik, Nobel Yayın Dağıtımı, Ankara.
8. Altun, İ. (1998). Hasta Yakınlarının Bakım Verme Rolünde Zorlanma Durumları. 1. Ulusal Evde Bakım Kongresi Bildiri Kitabı, İstanbul, 71-78.
9. Anderson, C.S., Linto, J., Stewart-Wynne, E.G. (1995). A population – based assesment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors. Journal of American Heart Association, 26: 843–849.
10. Anderson, C., Jamrozik, K. (1994). Predicting survival for 1 year among different subtypes of stroke results from the Perth Community Stroke Study. Journal of American Heart Association, 25: 1935–1944.
11. Appelros, P., Stegmayr, B., Terént, A. (2009). Sex Differences in Stroke Epidemiology: A Systematic Review. Journal of American Heart Association, 40: 1082-1090.
12. Arpacı, F., Arlı, M. (2001). Aile Ortamında Demanslı Yaşlı Bakımında Karşılaşılan Sorunlar. 1. Ulusal Yaşlılık Kongresi Kitabı, 332– 344.

13. Aslan, O., Kav, S., Meral, C., Tekin, F., Yeşil, H., Öztürk, U., ve diğ. (2006). Needs of Lay Caregivers of Bone Marrow Transplant Patients in Turkey: A Multicenter Study, *Cancer Nursing*, 29(6): E1–7.
14. Bakaç, G., Yandım, D., Hanoğlu, L., Kırbaş, D. (1997). Akut inmede erken dönemde ölüm oranları ve nedenleri. *Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*, 3: 71-74.
15. Bamford, J., Dennis, M., Sandercock, P., Burn, J., Warlow, C. (1990). The frequency, causes and timing of death within 30 days of a first stroke: The Oxfordshire Community Stroke Project. *Journal of Neurology, Neurosurgery& Psychiatry*, 53: 824-829.
16. Beydoğan A. (2008). Serebrovasküler olay geçiren hastalarda volar statik el-el bileği ortez kullanımının etkinliği Uzmanlık tezi
17. Biler, J., Love, B.B. (2000). Vascular disease of the nervous system. W.G. Bradley, R.B. Daroff (Ed.). *Neurology in Clinical Practice*. USA: Butterworth-Heinemann.
18. Bilgili, N. (2000). Yaşlı Bireye Bakım Veren Ailelerin Karşılaştıkları Sorunların Belirlenmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
19. Brandstater, M.E. (2005). Stroke rehabilitation. J.A. Delisa, B.M. Gans, N.E. Walsh (Ed.). *Physical Medicine & Rehabilitation principles and practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
20. Brandstater, M.E. (2007). İnme rehabilitasyonu. A.J. Delisa (Arasıl, T. Çev.). *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon İlkeler ve Uygulamalar*. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi.
21. Brattstrom, L., Lindgren, A., Israelsson, B., Malinow, M.R., Norrving, B., Upson, B. ve diğ. (1992). Hyperhomosisteinaemia in Stroke: Prevalence, cause and relationships to type of stroke risk factors. *European Journal of Clinical Investigation*, 22: 214-221.
22. Bethoux, F., Calmels, P., Gautheron, V.,&Minaire, P. (1996). Quality of life of the spouses of stroke patients: A preliminary study. *International Journal of Rehabilitation Research*, 19: 291-299

23. Bugge, C., Alexander, H., Hagen, S. (1999). Stroke patients informal caregivers: Patient, caregiver, and service factors that affect caregiver strain. *Journal of American heart association*, 30: 1517-1523.
24. Caplan, L.R. (1991). Strokes in Africans-Americans. *Journal of American heart association*, 22: 558–560.
25. Chatcheydang, J. (2005). Factor influencing healt-related qualift of life of female caregivers of elderly strole survivors in Thailand. Doctor's thesis. Rochester University, Rochester, New York.
26. Chou, K. (2000). Caregiver Burden: A Consept Analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(6): 398–407.
27. Colditz, G.A., Bonita, R., Stampfer, M.J., Willett, W.C., Rosner, B., Speizer, F.E. ve diğ. (1988). Cigarette Smoking and Risk of Stroke in Middle-Aged Women. *The New England Journal of Medicine*, 318: 937-941.
28. Collen, F.M., Wade, D., Robb, G.F., Bradshaw, C.M. (1991). The Rivermead Mobility Index: A further development of Rivermead Motor Assessment. *International Disability Studies*, 13: 50–54.
29. Collins, C.E., Given, B.A., Given, C.W. (1994). Interventions with Family Caregivers of Persons with Alzheimer's Disease. *Nursing clinics of North America*, 29(1): 195–207.
30. Cotter, V. (2006). Alzheimer's Disease: Issues and Challenges in Primary Care, *Nursing Clinics of North America*, 41: 83-93.
31. Çilingiroğlu, N., Demirel, S. (2004). Yaşlılık ve yaşlı ayrımcılığı. *Türk Geriatri Dergisi*, 7(4): 225–230.
32. Dalyan, A.M., Çakıcı, A. (2004). İnme rehabilitasyonu. H. Oğuz, E. Dursun, N. Dursun (Ed.). *Tıbbi Rehabilitasyon'da*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
33. D'Alessandro, G., Di Giovanni, M., Roveyaz L. Iannizzi, L., Compagnoni, M.P., Blanc, S. ve diğ. (1992). Incidence and Prognosis of Stroke in the Valle d'Aosta, Italy: First-year results of a community-based study. *Journal of American heart association*, 23: 1712-1715.

34. Draper, B.M., Poulos, C.J., Cole, A.M.D., Poulos, R. G., & Ehrlich, F. (1992). A comparison of caregiver for elderly stroke and dementia victim. *Journal of American Geriatrics society*, 40(9): 896-901.
35. Deeken, J., Taylor, K., Mangan, P., Yabroff, K., Ingham, J. (2003). Care For The Caregivers: A Review of Self-Reported Instruments Developed to Measure the Burden, Needs, And Quality of Life of Informal Caregivers, *Journal of Pain and Symptom Management*, 26(4): 922-53.
36. Dennis, M., O'Rourke, S., Lewis, S., Sharpe, M., Warlow, C. (1998). A quantitative study of the emotional outcome of people caring for stroke survivors. *Journal of American Heart Association*, 29: 1867-1872.
37. Dewey, H.W., Thrift, A.G., Mihalopoulos, C., Carter, R., Macdonell, R.A.L., McNeil, J.J. ve diğ. (2002). Informal care for stroke survivors: Results from the North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). *Journal of American Heart Association*, 33: 1028-1033.
38. Erdem, M. (2005). Yaşlıya bakım verme. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(3):101–106.
39. Erkin, G., Gülsen, E.D., Aybay, C., Özel, S. (2004). Kas iskelet sistemi hastalığı olan yaşlı hastaların sistemik hastalıkları ve ilaçların değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 7(3): 155-158.
40. Eskiuyurt, N., Yalıman, A., Vural, M., Kızıldaş, H., Bölükbaşı, N., Çeşme F. (2005). İnmeli olguların özellikleri ve fonksiyonel durum sonuçları. *İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 68(3): 71-77.
41. Evans, R.L., Connis, R.T., Bishop, D.S., Hendricks, R.D., & Haselkorn, J.K. (1994). Stroke: A family dilemma. *Disability and Rehabilitation*, 16(3): 110-118.
42. Farcnik, K., Persyko, M.S. (2002). Assesment, Measures and Approaches to Easing Caregiver Burden in Alzheimer' Disease. *Drugs and Aging*, 19(3): 203-215.
43. Garraway, W.M., Whisnant, J.P. (1987). The Changing Pattern of Hypertension and the Declining Incidence of Stroke. *The Journal of The American Medical Association*, 258: 214-217.

44. Gilroy, J. (2000). Cerebrovascular disease. In: Basic Neurology. USA: Mc Graw Hill Co.
45. Goldstein, L.B., Adams, R., Alberts, M.J., Apel, L.J., Brass, L.M., Bushnell C.D. ve diğ. (2006). Primary prevention of ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council. *Journal of American Heart Association*, 37: 1583-1633.
46. Gölgeçen, E., Tümerdem, Y. (1998). Yaşlıların Evde Bakım Hizmetlerine Olan Gereksinimleri. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Özet Kitabı, İstanbul.
47. Gönen, E., Özmete, E. (2001). Uzun Süreli Bakıma Karar Vermede Bilgi Teknolojisinden Yararlanma” 1. Ulusal Yaşlılık Kongresi Kitabı, Ankara.
48. Graffagnio, C., Gasecki, A.P., Doig, G.S., Hachinski, V.C. (1994). The importance of Family History in Cerebrovascular Disease. *Journal of American Heart Association*, 25: 1599-1604.
49. Grand, J.S. (1996). Home care problems experienced by stroke survivors and their family caregivers. *Home Healtycare Nurse*, 14(11): 892-902.
50. Granger, C.V., Hamilton, B.B., Fieldler, R.C. (1992). Discharge outcome after stroke rehabilitation. *Journal of American Heart Association*, 23: 978-982.
51. Hankey, G.J. (1999). Stroke. How large a public health problem and how can the neurologist help? *Archives of neurology*, 56: 748-754.
52. Harrison, M.J.G. (1995). Neurological Complications of Hypertension. M.J. Aminoff (Ed.). 119-135.
53. Hartford Institute for Geriatric Nursing. Erişim: 31 Aralık 2009, http://consultgerirn.org/topics/family_caregiving/want_to_know_more
54. Hickenbottom, S.L., Fendrick, A.M., Kutcher, J.S., Kabeto, M.U., Katz, S.J., Langa, K.M. (2002). A national study of the quantity and cost of informal caregiving for the elderly with stroke. *Neurology*, 58: 1754-1759.
55. Iso, H., Jacobs, D.R., Wentworth, D., Neaton, J.D., Cohen, J.D. (1989). Serum Cholesterol Levels and Six-Year Mortality From Stroke in 350.977 Men Screened For The Multiple Risk Factor Intervention Trial. *The New England Journal of Medicine*, 320: 904-910.

56. İnce, B. (1996). Serebrovasküler Hastalıkta Risk Faktörleri. Klinik ve Görüntüleme Bilimlerine Bakış, 2: 4-7.
57. İnci, H.F. (2006). Bakım Verme Yüğü Ölçeğı'nin Türkçeye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Denizli.
58. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi. (2004). A. E. ÖGE (Ed.) İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Nöroloji Ders Kitabı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
59. Kabakcı, G., Abacı, A., Ertaş, F.S., Özerkan, F., Erol, Ç., Oto, A. (2006). Türkiye'de hipertansif hastalarda inme riski ve inme riski açısından bölgesel farklılıkların belirlenmesi: Hastane tabanlı, kesitsel, epidemiyolojik anket (THİNK) çalışması. Türk Kardiyoloji Derneğı Araştırması. 34(7): 395-405.
60. Kannel, W.B., Wolf, P.A., Mc Gee, D.L., Dawber, T.R., Mc Namara, P., Castelli, W.P. (1981). Systolic Blood Pressure, Arterial Rigidity and Risk of Stroke- The Framingham Study. The Journal of The American Medical Association, 245: 1225-1229.
61. Kannel, W.B., Wolf, P.A., Verter, J. (1983). Manifestions of Coronary Disease Predisposing to Stroke. The Framingham Study. The Journal of The American Medical Association, 250: 2942-2946.
62. Kanter, M.C., Sherman, D.G. (1993). Strategies for preventing stroke. Current Opinion in Neurology and Neurosurgery, 6: 60-65.
63. Karatepe, A.G., Kaya, T., Şen, N., Günaydın, R., Gedizoğlu, M. (2007). İnmeli Hastalarda Risk Faktörleri ve Fonksiyonel Bağımsızlık ile ilişkisi. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, 53: 89-93.
64. Kasuya, R.T., Poglar, B., Takeuchi, R. (2000). Caregiver Burden and Burnout. Postgraduate Medicine, 108(7): 119-123.
65. Kazak, S., Yılmaz, N., Yılmaz, C., Öztürk, Ş., Özbakır, Ş. (2004). Serebral iskemik strokta akut faz reaktanlarının klinik önemi. Tıp araştırmaları dergisi, 2 (2): 7-12.

66. Kenchaiwong, F. (1996). Relationship among patient dependency, social support and burden of stroke patient caregivers. Master's thesis. Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand.
67. Kiecolt-Glaser, J.K., Glaser, R., Shuttelworth, E.C., Dyer, C.S., Ogrocki, P., Speicher, C.E. (1987). Chronic stress and immunity in family caregiver of Alzheimer's disease victims. *Psychosomatic Medicine*, 49: 523–535.
68. Kinney, J.M., Stephens, M.A.P., Franks, M.M., Norris, V.K. (1995). Stresses and satisfactions of family caregiver to older stroke patients. *The Journal of Applied Gerontology*, 14(1): 3-21.
69. Kotila, M., Nunminen, H., Waltimo, O., Kaste, M. (1998). Depression after stroke. Results of the Finnstroke Study. *Journal of American Heart Association*, 29: 368-372.
70. Kumral, E., Kumral, K. (1985). İnme risk faktörleri. *Nöropsikiatri arşivi*, 28: 55-58.
71. Kumral, K., Kumral, E. (1993). Santral Sinir Sisteminin Damarsal Hastalıkları. *Serebral dolaşımın fizyolojisi ve fizyopatolojisi*. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, 72(3): 25–27.
72. Kumral, E., Balkır, K. (2002). İnme epidemiyolojisi. S. Balkan (Ed.). *Serebrovasküler Hastalıklarda*. Ankara: Güneş Kitabevi.
73. Kumral, E., Özkaya, B., Vardarlı, E., Sağduyu, A., Şirin, H., Pehlivan, M. (1997). Ege İnme Veri Tabanı. Ege bölgesinde hastane tabanlı çalışma 2000 inme hastasının analizi. *Türk Nöroloji Dergisi*, 1(2): 3–12.
74. Kutluk, K. (2004). İskemik İnme. Nobel tıp kitabevleri.
75. Larsen, L.S. (1998). Effectiveness of counseling intervention to assist family of chronically ill relatives. *Journal of Psychosocial Nursing*, 36(8): 26-32.
76. Lauria, G., Gentile, M., Faseta, G., Casette, I., Agnoli, F., Andreotta, G. ve diğ. (1995). Incidence and prognosis of stroke in the Belluno Province. Italy: First-year results of a community-based study. *Journal of American Heart Association*, 26: 1787- 1793.
77. Lidell, E. (2002) Family Support-A Burden To Patient and Caregiver. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1: 149-152.

78. Lund, M. (2005). Caregiver, take care. *Geriatric Nursing*, 26: 152-153.
79. Macnamara, S.E., Gummow, L.J., Goka, R., Gregg, C.H. (1990). Caregiver strain: Need for late poststroke intervention. *Rehabilitation Psychology*, 35(2), 71-77.
80. Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C., Maj M, G.L. (2004). Burden, attitudes and social support in the families of patients with long-term physical diseases. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 13: 255-261.
81. Malak, A.T., Dicle, A. (2008). Tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü ve etkileyen faktörler. *Türk Nöroşirurji Dergisi*, 18(2): 118–121.
82. Matson, N. (1994). Coping, caring and stres:A study of stroke carers and carers of older confused people. *British Journal of Clinical Psychology*, 33: 333-344.
83. McCullagh, E., Brigstocke, G., Donaldson, N., Karla, L. (2005). Determinants of caregiving burden nad quality of life in caregivers of stroke patients. *Journal of American heart association*, 36: 2181-2186.
84. Mignor, D. (2000). Effectiveness of use of home health nurses to decrease burden depression of elderly caregiver. *Journal of Psychosocial Nursing*, 38 (7): 34-41.
85. Morimoto, T., Andrea, S.S., Asano, H. (2003). Caregiver burden and healt–related quality of life among Japanese stroke caregiver. *Age and ageing*, 32(2): 218-223.
86. Monygomery, R.J.V., Gonyea, J.G., Hooyman, N.R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, 34: 19-26.
87. Özcan, O. (1995). Tanımlar ve epidemiyoloji. O. Özcan (Ed.). *Hemipleji Rehabilitasyonu’nda*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
88. Öztürk, Z.E. (2004). İlk İnme Sonrası Saptanan Risk Faktörlerinin Morbidite ve Mortalite Üzerine Etkisi. Uzmanlık Tezi, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

89. Pinquart, M., Sorensen, S. (2007). Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta- Analysis. *Journals of Gerontology, Psychological Sciences and Social Sciences*, 62: 126-137.
90. Ralph, L. (2000). Patogenenesis, classification and epidemiology of cerebrovascular disease. P.L. Rowland (Ed.). *Merritt's Neurology*. USA: Lippincott Williams and Wilkins.
91. Rodica, E.P., Alexa, S.B., Sudha, S., Margaret, K.H., Carlos, S.K., Philip, A.W. (2009). Gender Differences in Stroke Incidence and Poststroke Disability in the Framingham Heart Study. *Journal of American heart association*, 40: 1032-1037.
92. Rowland, P. L. (2008). *Merritt's Neurology* (B. Baslo ve C. Gürses, Çev.). Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri.
93. Sacco, R.L. (1995). Vasküler Diseases. L.P. Rowland (Ed.). *Merrit's Textbook of Neurology*. New York: Williams and Wilkins.
94. Sacco, R.L. (1995). Risk Factors and Outcomes for Ischemic Stroke. *Neurology*, 45(suppl 1):10-14.
95. Sacco, R.L., Wolf, P.A., Gorelick, P.B. (1999). Risk factors and their management for stroke prevention: outlook for 1999 and beyond. *Neurology*, 53(Suppl 4):15-24.
96. Sacco, R.L., Benjamin, E.S., Broderick, J.P., Dyken, M., Easton, J.D., Feinberg, W.M. ve diğ. (1997). Risk Factors. *Journal of American heart association*, 28: 1507-1517.
97. Sacco, R.L. (2001). Stroke risk factors: an overview. J.W. Norris, V. Hachinski (Ed.). *Stroke Prevention*. New York: Oxford University.
98. Schulz, R., Beach, S. (1999). Care Giving as a Risk Factor for Mortality. *The Journal of The American Medical Association*, 282(23): 2215-2219.
99. Seçkin, Ü., Bodur, H., Gökçe-Kutsal, Y. (1998). Yaşlılarda ilaç Tüketimi. *Türk Geriatri Dergisi*, 1(1): 36-38.
100. SHEP Cooperative Research Group. Prevention of Stroke by Anti-hypertensive Drug Treatment in Older Persons with Isolated Systolic Hypertension in the Elderly Program. (1991). *The Journal of The American Medical Association*, 266: 3255-3264.

101. Special Report From The National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Classification of Cerebrovascular Diseases III. (1990). Journal of American heart association, 21: 637–676.
102. Stetz,K., Brown,A.M. (1997) “Taking care: caregiving to persons with cancer and AIDS” Cancer nursing, 20(1): 12-22.
103. Subgranon, R., Lund, D.A. (2000). Maintaining caregiving at home: Aculturally sensitive grounded theory of providing care in Thailand. Journal of Transcultural Nursing, 11(3): 166-173.
104. Smbloğlu, K. (2002). Biyoistatistik. Hatiboglu Yayınları, Ankara.
105. The Atlas of Heart Disease and Stroke. Erişim: 20 Temmuz 2009, http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_16_death_from_stroke.pdf.
106. The Atlas of Heart Disease and Stroke. Erişim: 20 Temmuz 2009, http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_29_world_data_table.pdf.
107. Thompson, D.W., Furlan, A.J. (1996). Clinical Epidemiology of Stroke. Neurologic Clinics, 14: 309-315.
108. Torti, F.M., Gwyther, L.P., Reed, S.D., Friedman, J.Y., Schulman, K.A. (2004). A Multinational Review of Recent Trends and Reports in Dementia Caregiver Burden. Alzheimer Disease and Associated Disorders, 18(2): 99-109.
109. Toseland, R.W., Smith, G., Mccallion, P. (2001). Family Caregivers of The Frail Elderly, Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations. Columbia University Pres.
110. Türk Dil Kurumu. Sözlükler. Erişim: 17 Temmuz 2009, <http://www.tdk.gov.tr>.
111. Uğur, .E., Fadıloğlu, . (2006). Onkoloji Hastalarına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. Doktora tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
112. Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Proje Raporu. Erişim: 20 Temmuz 2009, www.hm.saglik.gov.tr/pdf/nbd/raporlar/hastalikyukuTR.pdf

113. Utku, U. (2007). İnme Tanımı, Etiyolojisi, Sınıflandırma ve Risk Faktörü. Türkiye Fiziksel Tıp Dergisi Özel Sayı, 53: 1.
114. Van de Bos, G.A.M. (1995). The burden of chronic diseases in term disability, use of healthy care and healthy life expectancies. European Journal of Public Health, 5(1): 29-34.
115. World Health Organization (2006). WHO STEPS Stroke Manual: The WHO STEPwise approach to stroke surveillance. Geneva, World Health Organization.
116. Williams, A.M. (1993). Caregivers of persons with stroke: Their physical and emotional wellbeing. Quality of life research, 2: 213–220.
117. W. J. M. Scholte op Reimer, Haan, R.J, Pijnenborg, J.M.A., Limburg, M., Bos, G.A.M. (1998). Assessment of burden in partners of stroke patient with the sense of competence questionnaire. Journal of the American heart association, 29: 373-379.
118. W. J. M. Scholte op Reimer, Haan, R.J., Pijnenborg, J.M.A., Limburg, M., Bos, G.A.M. (1998). The burden of caregiver in partners of long- term stroke survivors. Journal of the American Heart Association, 29: 1605-1611.
119. Wright, L.K. (1994). AD spousal caregivers-longitudinal changes in healthy, depression, and coping. Journal of Gerontological nursing, 20(10): 33-45.
120. Wolf, P.A., Belanger, A.J., D'Agostino, R.B. (1992). Management of Risk Factors. Neurologic Clinics, 10: 177-191.
121. Yaşar, E.K. (2009). Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
122. Yaşar, F. (2008). Kronik Obsrükatif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Primer Bakım Verecilerinin Gereksinimleri, Bakım Verme Yükü ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.
123. Yatsu, F.M. (1991). Strokes in Asians and Pascific-Islanders, Hispanics and Native Americans. Journal of the American heart association, 83: 1471-1472.

124. Yıldız, N., Şanal E., Sarsan, A., Topuz, O., Ardıç, F. (2009). İnmeli hastaların özellikleri ve fonksiyonel sonuçlarını etkileyen faktörler. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi, 12:59-66.
125. Yüksel G., Varlıbaş F., Karlıkaya, G., Şıpka, Y., Tireli, H. (2007). Parkinson Hastalığında Bakıcı Yükü. Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi, 10(1-2): 26-34.
126. Zarit, S.H., Zarit, J.M. (1990). The Memory and Behavior Problems Checklist and The Burden Interview”, University Park, PA: Pennsylvania State University Gerontology Center.

Özgeçmiş

Araştırmacı, 1985 yılında Mersin’de doğmuş, ilköğretim ve lise eğitimini Mersin’de tamamlamıştır. 2006 yılında Mersin Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’ndan üçüncülükle mezun olmuştur. Aynı yıl Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Nöroloji kliniğinde hemşire olarak çalışmaya başlamıştır. 2008 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda yüksek lisansa başlamıştır. 2010 Kasım ayında Aksaray Üniversitesi'nde Araştırma Görevlisi olarak çalışmaya başlamıştır.

EKLER**EK 1: İnmeli Hastaya İlişkin Bilgiler**

1. Yaşı:

Protokol no:

2. Cinsiyeti:

Adres ve telefon numarası:

a) Kadın

b) Erkek

3. Eğitim durumu:

a) Okuryazar değil

d) Ortaokul Mezunu

b) Okur Yazar

e) Lise Mezunu

c) İlkokul Mezunu

f) Yüksekokul/ Üniversite Mezunu

4. Medeni durumu:

a) Evli

b) Bekar

5. Çocuk sayısı:

a) Yok

b) 1–2

c) 3 ve üstü

6. Mesleği:

a) Ev Hanımı

d) Serbest Meslek

b) Memur

e) Çalışmıyor

c) İşçi

f) Emekli

7. Sosyal güvencesi:

a) Yok

b) Var

8. Çalışma durumu:

a)Emekli

c)Yarım gün

b)Tam gün

d) Diğer:.....

9. Alışkanlıkları;

	Var	Yok	Kullanma süresi
Sigara			
Alkol			
Diğer			

10. Başka hastalığı olma durumu: a) Var b) Yok

Hastalığın adı	Hastalığın süresi
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

11. Hastalığa bağlı etkilenen bölge/bölgeler;

a) var

b) yok

Sağ	Sol
Kol	Kol
Bacak	Bacak
Diğer	Diğer

12. Var olan sorunları:

a) İletişim sorunu

b) Beslenme sorunu

c) Yürüyememe

d) Denge kaybı

e) İdrar kaçırma

f) Gaita (Büyük abdest) kaçırma

g) Görme sorunu

h) Uykusuzluk

g) Diğer

13. Hastaneye yatma durumu:

a) Yattı

b) Yatmadı

14. 13. soruya cevabınız “yattı” ise;

a) En son hastaneye yatma tarihi:

b) Hastaneye yatma nedenleri:

c) Hastanede yatma süresi:

15. Sürekli kullandığı ilaç var mı?

a) Evet

b) Hayır

16. Sürekli kullandığı ilaçları:

EK 2: Rivermead Mobilite İndeksi

Yönerge

Hastaya aşağıdaki 15 soruyu sorunuz yalnızca 5. maddeyi siz gözleyerek değerlendiriniz (her “evet” yanıtı için 1 puan veriniz)

1. Yatak içinde dönme

.....

Başka birisinin yardımı olmadan sırt üstü pozisyondan yan yatar pozisyona döner misiniz?

2. Yatar pozisyondan oturur pozisyona geçme

.....

Yatakta yatar pozisyonda iken kendi kendinize (duvardan, yataktan vs. tutunabilir) yatak kenarına, oturur pozisyona geçer misiniz?

3. Oturma dengesi

.....

Yatağın kenarında ve eller diz üstünde bir yere tutunmadan 10 saniye (içinizden yavaş yavaş 10'a kadar sayınız) oturur musunuz?

4. Oturur pozisyondan ayağa kalkma

.....

Herhangi bir sandalyeden 15 saniyeden (içinizden yavaş yavaş 15'e kadar sayınız) daha kısa sürede kalkıp bu pozisyonda 15 saniye kadar kalır mısınız (ellerini ve gerekiyorsa baston gibi yardımcı bir araç kullanarak)?

5. Desteksiz ayakta durma (gözleyerek değerlendiriniz)

.....

Tutunmadan ya da baston gibi bir yardımcı araçtan destek almadan 10 saniye kadar ayakta durmayı gözleyiniz

6. Yer değiştirme

.....

Başka birisinin yardımı olmadan yataktan sandalyeye ve sonra tekrar yatağa geçebilir misiniz?

7. İçeride yürüme, gerekiyorsa bir yardımcıla

.....

Tutunarak ya da baston gibi bir yardımcı araç kullanarak ancak yanınızda sizi gözleyecek (denetleyecek) birisi olmadan içeride 10 metre (mesafe tanımlayarak sorunuz) yürür müsünüz?

8. Merdivenler

.....

Başka birisinin yardımı olmadan bir kat merdiveni çıkabilir misiniz?

9. Dışarıda yürüme (düzgün zeminde)

.....

Başka birisinin yardımı olmadan çevrede, kaldırımlarda yürür müsünüz?

10. İçeride yürüme (yardım olmadan)

.....

Baston vb. yardımcı bir araç kullanmadan ya da bir yerlere tutunmadan ve başka birisinin gözlemine (denetimine) gerek olmadan içeride 10 metre yürür müsünüz?

11. Yerden bir şey alma

.....

Yere bir şey düşürürseniz, 5 metre yürüyüp onu yerden alıp geri gelebilir misiniz?

12. Dışarıda yürüme (düzgün olmayan zeminde)

.....

Başka birisinin yardımı olmadan düzgün olmayan zeminlerde (çim, çakıl, kirli, karlı, buzlu vs.) yürür müsünüz?

13. Banyo yapma

.....

Başka birisinin gözlemi (denetimi) olmadan banyoya ya da duşa girip-çıkabilir ve kendi kendinize yıkanır mısınız?

14. Dört basamak çıkıp-inme

.....

Gerekliyse baston gibi yardımcı bir araç kullanarak ancak merdiven parmaklıklarını kullanmadan dört basamak merdiveni çıkıp-inebilir misiniz?

15. Koşma

.....

10 metreyi 4 saniyede aksatmadan (duraksamadan) koşar mısınız (hızlı yürüme kabul edilebilir)?

EK 3: Bakım Verene İlişkin Bilgiler

1. Doğum tarihi (Gün, Ay, Yıl) :

2. Cinsiyeti:

- a) Kadın b) Erkek

3. Eğitim Durumu:

- | | |
|---------------------|----------------------------------|
| a) Okur Yazar Değil | d) Ortaokul Mezunu |
| b) Okur Yazar | e) Lise Mezunu |
| c) İlkokul Mezunu | f) Yüksekokul/ Üniversite Mezunu |

4. Mesleği:

- | | |
|--------------|---------------|
| a) Ev Hanımı | e) Çalışmıyor |
| b) Memur | f) Emekli |
| c) İşçi | g) Diğer |

d) Serbest Meslek

5. Çalışma durumu:

- a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

6. Ne zamandır ve neden çalışmıyorsunuz?

7. Medeni durumu:

- a) Evli b) Bekar c) Dul/ Boşanmış

8. Çocuk sayısı:

- a) Yok b) 1–2 c) 3 ve üstü

9. Yaşadığınız Yer:

- a) İl b) İlçe d) Köy
c) Kasaba

10. Aile yapısı:

- a) Çekirdek b) Geniş c) Parçalanmış

11. Ekonomik durumu:

- a) Geliri giderini karşılıyor. b) Geliri giderini karşılamıyor.

12. Ekonomik durumun hastalıktan etkilenme durumu:

- a) Etkilendi Açıklama;
b) Etkilenmedi

13. Alışkanlıkları;

	Var	Yok	Kullanma süresi
Sigara			
Alkol			
Diğer			

14. Herhangi bir hastalığınız/sağlık sorunuz var mı?

a) Evet

b) Hayır

Hastalığın adı	Tanı konulma tarihi;
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

15. Hastalığın ortaya çıkmasında bakım vermenin ilişkisi olma durumu:

a) Var (açıklama).....

b) Yok

16. Hastaya yakınlık derecesi:

a) Eşi

d) Torunu

b) Çocuğu (Kızı/Oğlu)

e) Akıabası

c) Gelini/ Damadı

f) Diğer

17. Hastaya bakım vermeye başlama tarihi:

18. Hastanın bakıldığı yer:

a) Hastanın evinde

b) Bakım verenin evinde

19. Bakmakla yükümlü olduğu / bakımda bağımlı olan başka birey olma durumu:

a) Var

b) Yok

20. Varsa yaş ve yakınlık derecesi;

21. Hastanın işlerini yapmak için bakım vericinin ayırdığı günlük saat miktarı:

22. Hasta bakımında yapılan işler: (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

a) Temizlik

d) Boşaltım

b) Beslenme

e) Tedavi

c) Hareket

f) Ekonomik işler g) Diğer

23. Hastanızın bakımında size yardımcı bireyler var mı?

a)Evet

b)Hayır

24. Cevabınız ‘evet’ ise yardımcı olan kişilerin sayısını ve yakınlık derecesini yazınız.

a)Kişi sayısı :

b)Yakınlık derecesi :

25. Hastanızın bakımında yardımcı olan bu kişiler size hangi konularda yardımcı olurlar?

a)Parasal yardım

e)Yemek

b)Randevular

f)Ulaşım/transport hizmeti

c)Fiziksel bakımda yardım

g) Diğer

d) Ev temizliği

26. Hastanın bakımıyla ilgili olarak ailede güçlük yaşama durumu:

a)Yaşanıyor

b)Yaşanmıyor (29 soruya geçiniz)

27. Hastanın bakımıyla ilgili olarak yaşanan güçlükler nelerdir?

28. Hastanın bakımıyla ilgili olarak yaşanan güçlüklerle baş etme yöntemleri:

29. Bakım vermek günlük yaşamınızı etkiliyor mu?

a) Evet

b) Hayır (32. soruya geçiniz)

30. Günlük yaşamınızı nasıl etkiliyor?

31. Hastanızı hangi sıklıkta doktora götürüyorsunuz?

32.Hastalığa ilişkin bilgi alma durumu:

a) Almış b) Almamış

33. Hasta bakımı ile ilgili bilgi gereksinimi:

- a) Var b) Yok

34. Bilgilere ulaştığı kaynak:

- a) Doktor c) İnternet/kitap
b) Hemşire d)Başka hasta
e) Diğer.....

35.Aldığınız bilginin içeriği (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz):

- a) Hastalıkla ilgili b)Tedavinin ne olduğu
c)Tedavinin yan etkileri d)Hastaneden taburcu olduktan sonra evde bakım
e)Yapılacak tetkikler ve kontroller

36.Sizce bilgileriniz yeterli mi?

- a) Evet b) Hayır c) Kısmen

37.Başka neleri bilmek isterdiniz?

- a) Hastalık ve hastalığın seyri ile ilgili
b)Tedavi ile ilgili
c)Kontroller ilgili
d)Diğer:

38.Tercih ettiğiniz öğrenme şekli (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz):

- a)Sağlık personeli (doktor/hemşire) tarafından bana anlatılmasını isterim.
b)Yazılı bilgilerin bana verilmesini isterim.
c)Görerek/yaparak öğrenmek isterim.
d)Başka hasta yakınlarıyla tanışmak, görüşmek ve onların deneyimlerinden yararlanmak isterim.

39. Hasta bakımda yükünüzü azaltabilecek önerileriniz var mı? Varsa neler?

EK 4: Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı

	Hiç bir zaman 0	Nadiren 1	Bazen 2	Sık sık 3	Hemen hemen her zaman 4
1.Hastanızın ihtiyaç duyduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?					
2.Hastanıza ayırdığınız zaman dolayısıyla kendinize yeterli zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?					
3.Hem hastanızla ilgilenmek hem de aile veya işinizle ilgili diğer sorumluluklarınızı yerine getirmeye çalışmakta sıkıntı hissediyor musunuz?					
4.Hastanızın davranışlarından utanıyor musunuz?					
5.Hastanızın yakınındayken kendinizi sinirli hissediyor musunuz?					
6.Hastanızın diğer aile üyeleri ve arkadaşlarınızla olan ilişkinizi olumsuz etkilediğini hissediyor musunuz?					
7.Gelecekte hastanızı nelerin beklediğine dair korkularınız var mı?					
8.Hastanızın size bağımlı olduğunu hissediyor musunuz?					
9.Hastanızın yakınında iken kendinizi gergin hissediyor musunuz?					
10.Hastanızla ilişkinizden dolayı kendi sağlığınızın etkilendiğini hissediyor musunuz?					
11.Hastanızdan dolayı olmasını istediğiniz düzeyde bir özel hayatınızın olmadığını hissediyor musunuz?					

12.Hastanıza baktığınız için özel hayatınızın kötüleştiğini hissediyor musunuz?					
13.Hastanızdan dolayı eve arkadaşlarınızı çağırmaktan çekiniyor musunuz?					
14.Hastanızın sizden başka dayanabileceği, güveneceği kimse yokmuş gibi sadece sizin ona bakmanızı istediğini hissediyor musunuz?					
15.Hem hastanızın bakımını sağlamak hem de diğer ihtiyaçlarınızı karşılamak için yeterli paranızın olmadığını hissediyor musunuz?					
16.Hastanıza uzun süre daha bakamayacağınızı hissediyor musunuz?					
17.Hastanızın hastalığından bu yana kendi hayatınızın kontrolünü kaybettiğinizi hissediyor musunuz?					
18.Hastanızın bakımını başka birine bırakabilmeyi ister misiniz?					
19.Hastanızla ilgili ne yapacağınıza dair soru işaretleriniz var mı?					
20.Hastanız için daha fazla bir şeyler yapmanız gerektiğini hissediyor musunuz?					
21.Hastanızın bakımında daha iyi bir iş yapabileceğinizi hissediyor musunuz?					
22.Hastanıza bakarken kendinizi ağır yük altında hissediyor musunuz?					

EK 5:

Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Senato Etik

EK 5.2: kurumdan resmi

EK 5.3:

EK 5.4:Katılımcı Bilgilendirme ve Onam Formu

Araştırmacı Güler DURU AŞİRET Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisidir. Yapmayı planladığı araştırma ile yaşlı inmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının yükünü belirlemeyi amaçlamaktadır. İnmeli hastasına bakım veren bir birey olarak araştırma amacına yönelik olarak poliklinikte, sizden hastanız ve sizinle ilgili bazı sorulara yanıt vermenizi isteyecektir. Veri toplamak için kullanılan soru kâğıdının uygulanması yaklaşık 30 dakika sürmektedir. Elde edilecek veriler sadece araştırma için kullanılacak olup araştırmacı dışında kimse tarafından ayrıca kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılım gönüllük esasına dayanmaktadır; vereceğiniz katkı ile İnmeli hastaları bakım veren hasta yakınlarının yaşadıkları yük ve yükü etkileyen faktörleri belirlenerek, bakımı geliştirecek ve bakım vereni destekleyecek yaklaşımlara yardımcı olacak çözüm önerilerinde bulunulacaktır.

Yukarıda tüm açıklamaları okudum. Araştırmaya katılmaya karar verdim. İmzam bilgilendirildiğimi ve araştırmaya katılmaya karar verdiğimi kanıtlamaktadır.

Tarih:

İmza:

Araştırmacının İmzası:

EK 5.3:



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı / *Bu*

18.12.2009

Hastaneler Genel Direktörlüğü'ne,

İlgi: 16.12.2009 tarih ve 2217 sayılı yazınız

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Güler Duru Aşiret'in "Yaşlı İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Yükü" konulu tez çalışmasını 10 Şubat-10 Temmuz 2010 tarihleri arasında F.T.R.Oran hastanemizde sürdürmesi uygundur.

Gereği için bilgilerinize sunarım.

Saygılarımla.

Prof.Dr. H.Zafer HASÇELİK

F.T.R. Anabilim Dalı Başkanı

ZH/fd

EK 5.2:

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**
TIP FAKÜLTESİ**Nöroloji Anabilim Dalı**

Sayı: B.30.2.HAC.0.01.00.29/ 705

24.12.2009

Hastaneler Genel Direktörlüğü'ne

İlgi: 16.12.2009 tarih ve 2217 sayılı yazınız.

Güler Duru Aşiret'in "Yaşlı İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Yükü" konulu tezinin uygulamasını Nöroloji polikliniğimizde yapması uygundur.

Bilgilerinize arz ederim.

Saygılarımızla

Prof.Dr. Kaynak SELEKLER
Nöroloji Anabilim Dalı
Başkanı

EK 5.1:



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ

ANKARA

Yazı İşleri Müdürlüğü

02.03.10

Sayı : B.30.2.HAC.0.70.00.01/ 431-591

Konu :

Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına,

İlgi: 17.02.2010 tarih ve 583 sayılı yazınız.

Fakülteniz Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalından Yrd.Doç.Dr. **Sevgi Sun KAPUCU**'nun sorumluluğunda doktora öğrencisi **Güler Duru AŞİRET**'in; "Yaşlı İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Yüğü Bu Araştırmanın İnsan Üzerinde Deney Niteliği Taşıymaktadır?" konulu araştırması gereği ekte yer alan anketleri Üniversitemiz Erişkin Hastanesi Nöroloji Polikliniği ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniğinde uygulama isteğine ilişkin alınan yazı ve ekleri, Üniversitemiz Etik Komisyonunun 22 Şubat 2010 tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.


Prof.Dr. Sevil GURGAN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

BEK

Hems.Bi. Bölümü

EK 5.4:Katılımcı Bilgilendirme ve Onam Formu

Araştırmacı Güler DURU AŞİRET Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisidir. Yapmayı planladığı araştırma ile yaşlı inmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının yükünü belirlemeyi amaçlamaktadır. İnmeli hastasına bakım veren bir birey olarak araştırma amacına yönelik olarak poliklinikte, sizden hastanız ve sizinle ilgili bazı sorulara yanıt vermenizi isteyecektir. Veri toplamak için kullanılan soru kâğıdının uygulanması yaklaşık 30 dakika sürmektedir. Elde edilecek veriler sadece araştırma için kullanılacak olup araştırmacı dışında kimse tarafından ayrıca kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılım gönüllük esasına dayanmaktadır; vereceğiniz katkı ile İnmeli hastaları bakım veren hasta yakınlarının yaşadıkları yük ve yükü etkileyen faktörleri belirlenerek, bakımı geliştirecek ve bakım vereni destekleyecek yaklaşımlara yardımcı olacak çözüm önerilerinde bulunulacaktır.

Yukarıda tüm açıklamaları okudum. Araştırmaya katılmaya karar verdim. İmzam bilgilendirildiğimi ve araştırmaya katılmaya karar verdiğimi kanıtlamaktadır.

Tarih:

İmza:

Araştırmacının İmzası: