

DİLEK BAYKAL

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

DOKTORA TEZİ

İSTANBUL-2018



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

(DOKTORA TEZİ)

**İNME Lİ HASTA VE YAKINLARINA VERİLEN EĞİTİMİN
GÜNLÜK YAŞAMA ADAPTASYON, ÖZYETERLİLİK,
YAŞAM KALİTESİ VE BAKIM VERİCİ YÜKÜ
ÜZERİNE ETKİSİ**

DİLEK BAYKAL

**DANIŞMAN
DOÇ.DR. ZELİHA TÜLEK**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

İSTANBUL-2018

TEZ ONAYI

Bu çalışma 31.10.2018 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Doktora Programı Doktora Tezi
olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Doç. Dr. Zeliha Jülek
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Prof. Dr. Nuray Enç
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Yakup Krespi
İstinye Üniversitesi
Tıp Fakültesi



Doç. Dr. Şeyda Özcan
Koç Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

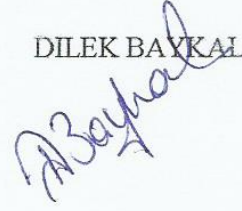


Dr. Öğr. Üyesi Aylin Özakgöl
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

DILEK BAYKAL



İTHAF

İnmeli hasta ve bakım vericilerine ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Lisanüstü eğitimim boyunca bana destek olan danışmanım Doç.Dr. Zeliha Tülek'e, bilgi ve tecrübelerini cömertlikle paylaşan Prof.Dr. Yakup Krespi'ye, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı öğretim üyeleri, asistanları ve hemşirelerine, çalışmama katılan inmeli hasta ve bakım vericilerine, sevgilerini her zaman hissettiğim aileme, sabır ve anlayışı için eşim Tolga Baykal'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN	İİİ
İTHAF	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	XI
ÖZET.....	Xİİ
ABSTRACT.....	Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. İnme Tanımı ve Önemi.....	3
2.2. İnme Epidemiyolojisi.....	3
2.3. İnme Tipleri ve Etiyolojisi.....	4
2.4. İnme Belirti ve Bulguları.....	6
2.5. Prognoz.....	7
2.6. Tanı.....	7
2.7. Tedavi.....	8
2.8. İnme Rehabilitasyonu.....	10
2.9. İnmeli Hastada Hemşirelik Bakımı.....	12
2.10. Günlük Yaşama Adaptasyon ve Etkileyen Faktörler.....	13
2.11. İnme Sonrası Özyeterlilik ve Etkileyen Faktörler.....	14
2.12. İnme Sonrası Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler.....	15
2.13. İnme Sonrası Bakım Verme Yüğü ve Etkileyen Faktörler.....	17
2.14. Hasta ve Yakını Eğitimi ve Etkileyen Faktörler	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1. Araştırmanın Amacı.....	22
3.2. Araştırmanın Türü	22
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	22

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	22
3.5. Araştırmanın Etik Boyutu.....	24
3.6. Araştırmanın Uygulanması.....	24
3.7. Veri Toplama Araçları.....	27
3.7.1. Hasta ve Hasta Yakını Bilgi Formu.....	27
3.7.2. Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Skalası (National Institute of Health Stroke Scale-NIHSS).....	27
3.7.3. Modifiye Barthel İndeksi (mBI).....	27
3.7.4. Modifiye Rankin Skalası (mRS).....	28
3.7.5. Normal Yaşama Yeniden Katılım İndeksi.....	28
3.7.6. Genelleştirilmiş Özyeterlilik Ölçeği	28
3.7.7. Yaşam Kalitesi Kısa Formu (SF-12).....	28
3.7.8. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği.....	29
3.7.9. Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği.....	29
3.7.10. Yarı Yapılandırılmış Derinlemesine Görüşme Formu.....	29
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	29
3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	30
4. BULGULAR.....	31
4.1. Hastalara ve Yakınlarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular.....	32
4.2. Hastaların Fonksiyonel Durumlarına İlişkin Bulgular.....	35
4.3. Hasta ve Yakınlarının Genelleştirilmiş Özyeterlilik Düzeylerine İlişkin Bulgular.....	39
4.4. Hasta ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi Düzeylerine İlişkin Bulgular.....	41
4.5. Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yüğüne İlişkin Bulgular.....	54
4.6. Hastaların İnme Şiddeti, Fonksiyonel Durum, Normal Yaşama Katılım, Genelleştirilmiş Özyeterlilik ve Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Birbiriyle İlişkisi.....	55
4.7. Hasta Yakınlarının Genelleştirilmiş Özyeterlilik, Bakım Verme Yüğü, Bakıma Hazır Oluşluk ve Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Birbiriyle İlişkisi.....	56
5. TARTIŞMA	58
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	75
KAYNAKLAR.....	77

FORMLAR	117
İZİNLER.....	139
ETİK KURUL KARARI.....	144
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	145
ÖZGEÇMİŞ.....	146



TABLolar LİSTESİ

Tablo 4-1-1: Hastalara ilişkin tanımlayıcı özellikler.....	32
Tablo 4-1-2: Hasta yakınlarına ilişkin tanımlayıcı özellikler.....	33
Tablo 4-1-3: Hastaların NIHSS'ye göre inme skorları.....	34
Tablo 4-1-4: Hasta yakınlarının bakıma hazır oluşluk düzeyleri.....	35
Tablo 4-2-1: Hastaların mRS'ye göre fonksiyonel durum puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	35
Tablo 4-2-2: Hastaların mBI'ye göre bağımsızlık puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	37
Tablo 4-2-3: Hastaların normal yaşama yeniden katılım indeksi puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	38
Tablo 4-3-1: Hastaların genelleştirilmiş özyeterlilik puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	39
Tablo 4-3-2: Hasta yakınlarının genelleştirilmiş özyeterlilik puan ortalamalarının karşılaştırılması	40
Tablo 4-4-1: Hastaların yaşam kalitesi ölçeği (SF-12) alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	41
Tablo 4-4-1-1: Hastaların yaşam kalitesi ölçeği (SF-12) ana boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	46
Tablo 4-4-2: Hasta yakınlarının yaşam kalitesi ölçeği (SF-12) alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	48
Tablo 4-4-2-1: Hasta yakınlarının yaşam kalitesi ölçeği (SF-12) ana boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	53
Tablo 4-5-1: Hasta yakınlarının Zarit bakım verme yükü puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	55
Tablo 4-6-1: Hastaların inme şiddeti, fonksiyonel durum, normal yaşama katılım, genelleştirilmiş özyeterlilik ve yaşam kalitelerinin birbirleriyle ilişkisi.....	56
Tablo 4-7-1: Hasta yakınlarının genelleştirilmiş özyeterlilik, bakım verme yükü, bakıma hazır oluşluk, ve yaşam kalitelerinin birbiriyle ilişkisi.....	58

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: İnmeli Hasta ve Hasta Yakını Bilgilendirme Kitapçığı.....	25
Şekil 2: İnmeli Hasta ve Hasta Yakını Bilgilendirme Web Sayfası.....	26



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

WHO: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

NIHSS: Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Skalası

mRS: Modifiye Rankin Skalası

mBI: Modifiye Barthel İndeksi

SF-12: Yaşam Kalitesi Kısa Formu

CMV: Sitomegalovirüs

Hs-CRP: Yüksek Sensitivite C Reaktif Protein

BUN: Kan Üre Nitrojeni

CRP: C Reaktif Protein

TBC: Tüberküloz

CDC: Amerika Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezi

DTR: Derin Tendon Refleksi

PT/INR: Protrombin Zamanı/Uluslararası Düzeltme Oranı

aPTT: Aktivite Parsiyel Tromboplastin Zamanı

rtPA: Rekombinant Doku Plasminojen Aktivatörü

WHOQOL: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği

QOL-AD: Alzheimer Hastalarında Yaşam Kalitesi Ölçeği

QOLIE: Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

MS: Multipl Skleroz

BKI: Beden Kitle İndeksi

ÖZET

Baykal, D. (2018). İnmeli Hasta ve Yakınlarına Verilen Eğitimin Günlük Yaşama Adaptasyon, Özyeterlilik, Yaşam Kalitesi ve Bakım Verici Yükü Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi. İstanbul.

Bu araştırma Ocak-Haziran 2017 tarihleri arasında İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Kliniği'nde yatan inmeli hastalara ve onların yakınlarına verilen eğitimin günlük yaşama adaptasyon, özyeterlilik, yaşam kalitesi ve bakım verici yükü üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirildi. Randomize kontrollü yöntemle yapılan bu çalışmada, dahil edilme kriterlerine uyan 59 hasta ve 59 bakım vericisi eğitim grubu (web ve kitapçık) ve kontrol grubu olmak üzere gruplara atanarak niceliksel ve niteliksel yöntemlerle eğitim öncesi ve sonrası değerlendirildiler. Örneklem grubundaki katılımcılara; bilgi formu, fonksiyonel durum ölçekleri, Genelleştirilmiş Özyeterlilik Ölçeği, Yaşam Kalitesi Kısa Formu (SF-12), Normal Yaşama Yeniden Katılım İndeksi, Bakım Vermeye Hazır Oluşluk ve Zarit Bakım Verici Ölçekleri uygulandı. Bu ölçekler, çalışmanın başında ve 3 ay sonrasında uygulandı. Katılımcıların sosyodemografik özellikler açısından benzer olduğu bulundu. Eğitim alan hastaların fonksiyonel durumlarında iyileşme olurken, özyeterlilik düzeylerinde farklılık bulunmadı. Kitapçıkla eğitim alan hastaların normal yaşama katılımlarının arttığı saptandı ($p<0.05$). Web'le eğitim alan hastaların yaşam kalitelerinin arttığı görüldü. Eğitim alan (web, kitapçık) bakım vericilerin özyeterliliklerinin arttığı bulundu. Canlılık ve sosyal işlevsellik boyutları dışında kitapçıkla eğitim verilen bakım vericilerin yaşam kalitelerinin arttığı görüldü. Bakım verici yükleri ise web'le eğitim alan grupta artarken, kitapçıkla eğitim alan grupta azaldığı görüldü ancak anlamlılık bulunmadı.

Çalışma sonucunda inmeli hasta ve bakım vericilerine verilen eğitim ve destekle hastaların günlük yaşama adaptasyonlarının ve yaşam kalitelerinin artırıldığı görülmüş; bakım vericilerin ise özyeterlilikleri ve yaşam kalitelerinin artırılırken, bakım verici yükü yaşamamalarının sağlanabileceği bulunmuştur. İnmeli hasta ve yakınlarına taburculuk öncesinde eğitim verilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: İnme, eğitim yöntemleri, özyeterlilik, yaşam kalitesi, bakım verici yükü

ABSTRACT

Baykal, D. (2018). The Effects of Education Given to Stroke Patients and Caregivers, on Reintegration to Normal Life, Self-efficacy, Quality of Life and Caregiver Burden. Istanbul University Institute of Health Sciences, Department of Medical Nursing, Doktoral Dissertation. Istanbul.

This research was performed among stroke patients and their caregivers in Istanbul University Cerrahpasa Faculty of Medicine between January and June 2017, to assess the effects of patient/family education on reintegration to normal life, self-efficacy, quality of life and caregiver burden. Fifty nine patients and fifty nine their caregivers who met the inclusion criteria were enrolled into this randomized, controlled, mix method, 3 arms (Web training, booklet training and control arms) and pre-test/after-test study. Patient information form, function scales, General Self-Efficacy Scale, Quality of Life Short Form (SF-12), Reintegration to Normal Living Index, Preparedness to Caregiving Scale and Zarit Burden Interview were applied to patients and caregivers. The scales were applied at baseline and after 3 months follow-up period. Sociodemographic profiles of participants were found to be similar. While functional outcome improved in patients who received education, no difference was found in their self-efficacy levels. It was found that reintegration to normal living improved in patients in booklet group ($p<0.05$). An increase in quality of life of patients in Web group was observed. An increase in self efficacy of caregivers who received education (Web and booklet), was found. Except for its vitality and social function dimensions, an increase in the quality of life in caregivers that were trained by booklet was observed. Caregiver burden increased in Web group, while reducing in caregivers that were trained by booklet but no significance was detected. Study results indicate that stroke patients' reintegration to normal living and quality of life improved as result of discharge education. Moreover, it was found that self-efficacy and quality of life increased in caregivers and caregiver burden might be avoided by education. Discharge education may be recommended to stroke patients and their caregivers.

Key words: Stroke, education methods, self efficacy, quality of life, caregiver burden.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnme, "Beyindeki kan damarlarının hasarlanması veya tıkanmasıyla aniden ortaya çıkan beyin kan dolaşımının, oksijenlenmesinin ve beslenmesinin etkilenmesiyle oluşan doku hasarı" olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2014). Türkiye’de inme ölüm nedenleri arasında üçüncü, engellilik nedenleri arasında ilk sıralardadır (Öztürk 2009).

İnme tipi, şiddeti, rekürrensi gibi faktörlere bağlı olarak bireyde fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerden yetersizliklere yol açabilmektedir. Nörolojik etkilenmeyle motor, duyu, konuşma, duygudurum ve bilişsel işlev sorunları ve barsak-mesane kontrolünde sorunlar görülebilmektedir (McBride ve ark. 2004). Bu sorunlar hasta ve yakınına psikolojik, sosyal ve ekonomik yönlerden etkileyerek yaşam kalitesini azaltır (McCullagh ve ark. 2005). Yaşam kalitesi, hastaların süregiden ve değişen bakım gereksinimleri nedeniyle de azalabilmektedir (Durna ve Tülek 2012). Artan bakım gereksinimi, fiziksel, zihinsel engeller, sosyal ve iş hayatından uzaklaşma gibi nedenler bakım verici yükünü artırırken (Watanabe ve ark. 2015) bakım vericinin kendisini bakım vermeye hazır hissetmesi bakım verici yükünü azaltmaktadır (Pucciarelli ve ark. 2014).

Bakım verici yükünün azaltılıp yaşam kalitesinin artırılması için özyeterlilik düzeyleri arttırılmalıdır. Özyeterlilik, olumlu sağlık davranışlarının geliştirmesi için önemlidir (Callaghan 2005). Eğer birey uygun başatma mekanizmaları kullanabilirse özyeterlilik düzeyleri yükselir ve özbakımları artar (Sigurdardottir 2005).

Özbakımlarını sürdürme ve günlük yaşama adaptasyon konusunda hastalar ve yakınları eğitim/desteğe ihtiyaç duymaktadırlar (Kirkevold ve ark. 2011; Çelik 2014). Bu eğitim/destek olabildiğince erken verilmelidir. Erken taburculuk eğitimiyle hastane maliyetleri ve enfeksiyonları azaltılmaktadır (Cobley ve ark. 2013; Balçık ve Nangır 2016).

Hasta eğitimi, hemşirenin bağımsız ve önemli rollerinden biridir. Sağlıklı bireylerin sağlığının sürdürülmesi, hasta bireyin günlük yaşam aktivitelerinin desteklenmesi, sağlığın ve bağımsızlığının yeniden kazandırılmasında hemşire vazgeçilmezdir (Yıldırım ve Özkahraman 2011; Şenyuva 2016). Hastaların/yakınlarının inme sonucunda ortaya çıkan yeni duruma adaptasyonlarında eğitime ihtiyaç duydukları ve bu ihtiyaçlarının karşılanamadığı bildirilmektedir (Akdemir ve ark. 2011). İnme sonrası ortaya çıkan motor ve bilişsel değişiklikler nedeniyle hemşireler hasta eğitimini çok yönlü olarak ele almalıdırlar (Kısabay ve ark. 2014). Uygulanacak

eğitimin bireye özgü, yüz-yüze ya da telefonla uygulanması ve 5-9 seanstan oluşması tavsiye edilmektedir (Winstein ve ark. 2016).

Bu çalışmayla inmeli bireylere ve bakım vericilerine verilecek erken taburculuk eğitimiyle hastaların hastalıklarının yönetimi konusunda özyeterliklerinin, yaşam kalitelerinin artırılması, günlük yaşamlarına adaptasyonlarının hızlandırılması, bakım vericilerin ise bakım verici yüklerinin azaltılarak yaşam kalitelerinin ve özyeterliliklerinin artırılması amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnme Tanımı ve Önemi

İnme Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ; World Health Organization, WHO) tarafından "beyindeki kan damarlarının hasarlanması veya tıkanmasıyla aniden ortaya çıkan beynin kan dolaşımının, oksijenlenmesinin ve beslenmesinin etkilenmesiyle oluşan doku hasarı" olarak tanımlanmaktadır (WHO 2014). Gelişmiş ülkelerde özürüllülüğe neden olan hastalıklar arasında ilk ve ölüme yol açan hastalıklar arasında ikinci sırada yer alır (Feigin ve ark. 2015). Türkiye’de de inme en önemli ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada, engellilik nedenleri arasında ilk sıralardadır. Ayrıca yaşlanan nüfusumuz nedeniyle hasta sayısının gelecek 10 yıl içinde daha da artması beklenmektedir (Başara ve ark. 2006; Öztürk 2009).

2.2. İnme Epidemiyolojisi

Epidemiyoloji prevalans, insidans, morbidite ve mortalite gibi parametrelerle ölçülür. Hastalıkla ilgili prevalans coğrafi özelliklere göre değişebilmektedir. İnme insidansı en düşük olarak Japonya’da (43.4/1.000.000, kişi-yıl), en yüksek olarak da Moğolistan’da (222.6/100.000, kişi-yıl) görülmektedir (Venketasubramanian ve ark. 2017). Avrupa’da ise bu oran 290/100.000’dir. (Béjot ve ark. 2016). Ülkemizde Ulusal Hastalık Yükü Çalışması 2017 verilerine göre ise her yıl yaklaşık 132.000 yeni inme vakasıyla karşılaştığı ve 191.000 kişinin inme komplikasyonlarıyla yaşamak zorunda olduğu bildirilmektedir (Ulusal hastalık yükü çalışması sonuçları ve çözüm önerileri. 2017). İnme açısından bölgesel farklılıkların belirlenmesine yönelik yapılan çalışmada inme sıklığının %19 ile Karadeniz ve Güneydoğu Anadolu’da en yüksek, %16 ile Marmara bölgesinde en düşük olduğu görülmüştür (Kabakcı ve ark. 2006). Prevalansı etkileyen coğrafi özellikler topoğrafyadan değil, bölgedeki insanların beslenme, spor yapma gibi alışkanlıklarından kaynaklanmaktadır. Kötü beslenme alışkanlıkları ve fiziksel inaktivite hiperlipidemi, hipertansiyon ve obeziteye yol açarken inme için de riski artırmaktadır (Mikdash ve ark. 2007).

Tüm dünyaya bakıldığında ise inme tanısı alan hasta sayısının 25.7 milyon, ölen hasta sayısının 6.5 milyon ve yeni inme sayısının 10.3 milyon kişi olduğu bildirilmektedir (Feigin ve ark. 2015). Ayrıca 5.2 milyon kişi 65 yaş altında ilk inmesini geçirmektedir. İnmenin genç yaşlarda ortaya çıkmasıyla inme ve komplikasyonlarıyla daha uzun yıllar yaşamak zorunda kalınmaktadır (Benjamin ve ark. 2018). Genç yaşlardaki inmeli hastalarda sekellerin ortaya çıkması ülke ekonomisine yük getirmesinin yanında kişide sosyal yaşamdan uzaklaşma ve yaşam kalitesinde

azalmaya da sebep olabilmektedir (**Kang ve ark. 2011; Mukherjee ve Patil 2011**). Tüm bunların önüne geçilmesinde inmenin etiyolojilerinin bilinmesi önemlidir.

2.3. İnme Tipleri ve Etiyolojisi

İnme, beyindeki kan damarlarının yırtılması ya da kan pıhtısının damarı tıkanmasıyla ortaya çıkar. Tıkanan/yırtılan kan damarının beslediği bölgeye oksijen ve besin maddelerinin ulaşmaması sonucunda da hastalık belirtileri görülmektedir (WHO, 2014).

İnme genel olarak iki kategoriye ayrılır:

- a) İskemik inme: Vasküler hipoperfüzyon ve oklüzyonla ortaya çıkar. İskemik inmeye yol açan en önemli neden atriyal fibrilasyondur (**Jauch ve ark. 2013**).
- b) Hemorajik inme: Kan damarlarının çeşitli nedenlerle zayıflaması ve yırtılması sonucunda görülür. Hemorajik inmenin en önemli sebebi kontrol altına alınamamış hipertansiyondur (**Feigin ve ark. 2015**).

Geçici iskemik atak ise kan damarlarının tıkanmasının birkaç dakika veya saat içinde kendiliğinden açılmasıdır. Mini inme olarak da adlandırılır. Mini inmeler büyük inmenin öncüsü olabilir (**Meschia ve ark. 2014**).

Dünya genelinde iskemik inme sınıflandırılmasında en yaygın kullanılan sınıflandırma sistemi TOAST (Trial of org 10172 in Acute Stroke Treatment)'dır. TOAST sınıflandırmasına göre iskemik inmenin etiyolojisinde 5 alt grup belirlenmiştir. Bunlar;

- a) Kardiyoembolizm
- b) Geniş arter aterotrombozu
- c) Küçük damar oklüzyonu
- d) İnmenin nadir görülen etiyolojileri
- e) Etiyolojisi sınıflandırılmayanlar (**Adams ve ark. 1993**)

TOAST dışında sınıflandırmalar (ASCOD, SPARKLE) da kullanılmaktadır (**Amarenco ve ark. 2013; Bogiatzi ve ark. 2014**).

Tüm bu sınıflandırma sistemlerinin oluşturulmasında amaç tanı koyma ve tedavi uygulama aşamasında ortak dil ve ortak kriterlerin kullanılabilmesinin sağlanmasıdır (**Radu ve ark. 2017**).

Hemorajik inme, iskemik inmeden daha nadir görülmekle birlikte yüksek mortaliteye yol açmaktadır. Hemorajik inme intraserebral kanama, subaraknoid kanama ve intraventriküler kanama şeklinde görülür (**Jauch ve ark. 2013**). Kontrol altına alınamamış hipertansiyon dışındaki

diğer nedenleri arasında serebral amiloid anjiopati ve antikoagülan tedavi sayılmaktadır (**Uzuner ve ark. 2016**).

İnme yüksek mortalite, morbidite ve tedavi maliyetlerine yol açması nedeniyle önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Hastalığın önlenmesinde risk faktörlerinin bilinmesi, önleyici yöntemlerin geliştirilmesi için önemlidir. İnmeye ait risk faktörleri değiştirilemeyen, değiştirilebilir risk faktörleri olarak iki ana başlık altında ele alınmaktadır. Değiştirilebilir risk faktörleri altında yapılan çalışmalarda kesinleşmiş ve kesinleşmemiş risk faktörleri yer almaktadır (**Vangen-Lønne ve ark. 2017**).

- I. Değiştirilemeyen risk faktörleri
 - Yaş
 - Cinsiyet
 - Aile öyküsü/Genetik
- II. Değiştirilebilir risk faktörleri
 - a. Kesinleşmiş faktörler
 - Hipertansiyon
 - Sigara
 - Diabetes Mellitus
 - Kardiyovasküler hastalıklar (kalp yetersizliği, periferik arter hastalığı)
 - Asemptomatik karotis stenozu
 - Atriyal fibrilasyon
 - Dislipidemi
 - Obezite
 - Diyet ve beslenme alışkanlığı
 - Fiziksel inaktivite
 - Post menopozal hormon tedavisi
 - b. Kesinleşmemiş faktörler
 - Metabolik sendrom
 - Alkol kullanımı
 - Hiperhomosisteinemi
 - İlaç kullanımı ve bağımlılığı
 - Hiperkoagülopati
 - Oral kontraseptif kullanımı

- İnflamasyon (hs-CRP, IL-18)
- Enfeksiyon (CMV, periodontal hastalıklar)
- Migren
- Uyku solunum bozuklukları (**Mikdashı ve ark. 2007; Midi ve Afşar 2010; O'Donnell ve ark. 2016**).

İnme ye yol açan risk faktörlerinin bilinmesi tekrarının engellenmesi için yaşamsal önem taşımaktadır. İnme geçiren kişilerde, kesin olmamak kaydıyla, ikinci kez inme geçirme olasılığı iki yıl içinde % 10.8 civarında artmaktadır (**Callaly ve ark. 2016**). İnme tekrarını etkileyen risk faktörlerinde ilk sırada kontrolsüz hipertansiyonun yer aldığı belirtilmektedir. Kadın olmak ve atriyal fibrilasyon ise diğer risk faktörlerindedir (**Demirci ve ark. 2010**).

2.4. İnme Belirti ve Bulguları

İnme belirti ve bulguları Amerikan İnme Derneği tarafından F-A-S-T olarak kodlanmıştır.

Face (Yüz): İnme geçiren bireyin yüzünün bir tarafında, göz ya da ağızda eğrilme, uyuşma meydana gelir. Hastadan gülümsemesi istendiğinde eğrilme daha belirgin hale gelir.

Arms (Kollar): Kollar kaldırılmaya çalışıldığında kaldırmakta zorlanılır ya da kolda uyuşma, karıncalanma hissedilir.

Speech (Konuşma): Duyduklarını anlamakta zorluk veya konuşmakta güçlük çekilebilir. Kelime bulma güçlüğü, hiç konuşamama ya da telaffuzda bozulma görülebilir. Anlamsız sesler çıkarılabilir.

Time (Zaman): Belirtilerden herhangi birinin olması bile inmeyi akla getirmelidir. Zaman kaybedilmeden hızlı bir şekilde tam donanımlı bir hastaneye hastanın sevki önemlidir. Kaybedilen zaman kaybedilen beyin hücresi anlamına gelmektedir (**Edward ve ark. 2013; Saver ve ark. 2013**).

İnme belirtileri serebral otagülasyon bozulduğunda ortaya çıkar. Beynin kan akımı 20 ml/100 gr'ın altına düştüğünde hücrelerde elektrofizyolojik sessizlik gelişir. Bu durumda kısa bir süre için de olsa hücre bütünlüğü korunur. Ancak hücrenin iskemiye maruz kaldığı süre uzarsa hücre ölümü gerçekleşir. Akut iskemik olaylarda dokunun/bölgenin merkezinde en çok zarar gören alan (infarkt) ve bu bölgenin etrafında elektriksel aktivitesini yürütemese de hücre içi dışı iyon dengesini yürütebilen bölge bulunur. Tamamen hücre ölümünün gerçekleşmediği bu bölge "iskemik penumbra" olarak adlandırılır. İskemik penumbra bölgesi potansiyel olarak kurtarılabilecek, nöronal işlevleri yeniden kazandırılabilir özellikte olması nedeniyle inmeli hastalarda mortalite

ve morbiditeyle doğrudan ilişkilidir (**Rha ve Saver 2007; Belayev ve ark. 2018**). İnme belirtilerinin farkına varılması kapıdan iğneye (tedaviye) geçen zamanı kısaltır ve inmeye bağlı ortaya çıkan komplikasyonların azaltılmasını sağlar (**Abdullah ve ark. 2008; Lin ve ark. 2012**).

2.5. Prognoz

Hastalığın prognozunda görülen belirtiler önemlidir. Belirtilerin fark edilmesinde ortaya çıkma şekli de rol oynamaktadır. Örneğin; duyuşal semptomlarla ortaya çıkan iskemik inmede hastalar daha geç hastaneye başvurmaktadır. Duyusal semptomlarda hastalar tek taraflı geçici uyuşma, karıncalanma hissinden yakınırılar. Bunlar dışında tat alma değişiklikleri, duyma kayıpları görölse de çoğunlukla farkına varılmayabilir (**Arboix ve ark. 2005**). Duyusal semptomlarla ortaya çıkan inmede görölün semptomlar inme dışı nedenlere bağlanabilmektedir. Ancak motor semptomlar yaşıyan hastalar hastaneye daha kısa sürede başvurur ve tedaviden yararlanma olasılıkları da yüksek olmaktadır (**Mehdiyev 2016; Eren ve ark. 2017**). İnme ağırlığını belirlemede yararlanılan National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) skorunun hastanın hastaneye kabulünde düşük olması kötü prognoz göstergesi olarak kabul edilmektedir (**Özer ve ark. 2016**).

Bunlar dışında inmede prognozu etkileyen başka faktörler de vardır. Örneğin erkeklerde inme kadınlara göre daha fazla görölmesine rağmen inme geçiren kadınlarda ölüm riski daha yüksektir (**Goldstein ve ark. 2006; Çoban 2009**). Genç yaşı, hastaneye yatış sürecinde hipertermi ve hiperglisemi geliőimi kötü prognoz iőareti olarak kabul edilmektedir (**Çığsar 2011; Özer ve ark. 2016**).

İNme rekürrensi morbidite ve mortaliteyi artıran bir durumdur. Risk faktörleri kontrol altına alınmamıő hastalarda prognoz olumsuz etkilenmektedir (**Petty ve ark. 2000; Kernan ve ark. 2014**).

İNme belirtileri görölün hastada prognozun belirlenmesinde inmenin tipi de önemlidir. İskemik inmelerde sağkalım oranı %85 iken hemorajik inmelerde bu oran %20-52'ye düşmektedir. Ölüm, genelde lezyonun lokasyonu, şiddeti ve altta yatan patolojilere bağlı olarak gelişir (**Gündüz 2006**). İnme tipinin belirlenme aşamasından sonra trombolitik tedavinin uygulanması ve rehabilitasyon programları prognozu olumlu yönde etkilemektedir (**Topçuoğlu ve ark. 2015**).

2.6. Tanı

İNme tanısında her hastalıkta olduğu gibi ayrıntılı anamnez alınması önemlidir. Anamnezde özellikle belirtilerin ortaya çıktığı zamanın öğrenilmesi uygulanabilecek tedaviye karar vermek

için gereklidir. Eğer hastadan veya yakınından bununla ilgili bilgi alınamıyorsa inme başlangıcı, hastanın sağlam olarak görüldüğü en son zaman olarak kabul edilmelidir (**Uzuner ve ark. 2016**).

Muayene esnasında inmeyi taklit edebilecek diğer hastalıklar (spontal epidural hematoma, somatik bozukluklar gibi) dışlanmalıdır (**Segal ve ark. 2012; Koç ve ark. 2014**). Vital bulgular, rutin biyokimya tetkikleri istenerek damar yolu ve hava yolu açıklığı sağlanmalıdır (**Öge ve Baykan 2015; Erol ve ark. 2016**).

İnme tedavisine başlayabilmek için hemorajik veya iskemik inme ayrımının yapılması gerekir (**Saenger ve Christenson 2010**). Bunun için radyolojik yöntemlerden yararlanır. Görüntüleme yöntemleri inmeyi taklit eden intrakraniyal patolojilerin dışlanmasını da sağlar. İnme şüphesiyle gelen tüm hastalara BT ya da MR yapılması önerilmektedir (**Adams ve ark. 2007**). BT’de hiperakut dönemde inme bulgularını görebilmek zor olsa da kolay ulaşılabilirliği yönünden tercih edilmektedir. Ayrıca ilk 3 saat sonrasında iskemiye ait bulgular daha kolay saptanabilmektedir (**Masdeu ve ark. 2006**). BT anjiyografi ve perfüzyon yöntemleriyle ise iskemik penumbra dokusu ve vasküler sistem hakkında daha ayrıntılı görüntüler almak mümkündür (**Eastwood ve ark. 2003**). MRI, kalp pili, protez, hemodinamik cihazlar, stent vb. var olan hastalarda kullanılması sakıncalı olduğundan ikincil olarak tercih edilmektedir (**Dill 2008**). Ancak erken dönemde iskemik hasarın saptanmasında %100’e yakın bir sensitiviteye sahiptir (**Lövblad ve Baird 2006**).

Özellikle iskemik inmede emboli şüphesini ekarte etmek için karotid ultrasonu da yapılmaktadır. Radyolojik tetkikler dışında inmeli hastalarda elektrokardiyogram, kan tetkikleri (tam kan sayımı, kan şekeri, BUN, karaciğer enzimleri, PT/INR, aPTT, elektrolitler, sedimentasyon, CRP, arteriyel kan gazları gibi) de yapılmaktadır (**Caplan 2000; İnme klinik protokolü 2017**).

2.7.Tedavi

İnme sonrası tedavinin tam donanımlı inme ünitelerinde gerçekleştirilmesi tavsiye edilmektedir. İnme ünitelerindeki multidisipliner ekip, bakım ve tedavinin uygulanması için bir araya gelmiş hekim, hemşire ve terapistlerden oluşmaktadır (**İnce ve ark. 2008**). İnme ünitelerinde, hastalığın tedavisi yanında primer ve sekonder komplikasyonların önlenmesi ve rehabilitasyonun sağlanması amaçlanmaktadır (**Topçuoğlu ve ark. 2015**). İnme üniteleri alana özgü eğitim almış sağlık profesyonellerinden oluşturulmalıdır. İnme ünitelerinde bakım verilen hastaların mortalite oranında ve hastane yatış süresinde kısalma, evde normal yaşama adaptasyonunda da artış görülmektedir (**Krespi ve ark. 2003; Trialists’ Collaboration, S.U. 2013**)

İnme ünitesiyle ilgili kriterlerin oluşturulmasında National Stroke Association, American Academy of Neurology, National Institute of Neurological Disorders and Stroke, American Society of Neuroradiology, Brain Attack Coalition, American Heart Association gibi kurumların çalışmaları esas alınmaktadır (**Alberts ve ark. 2005; Aboderin ve Venables 1996**).

Buna göre inme ünitelerinin temel özellikleri;

Organizasyon

- Multidisipliner ekip çalışması
- Ekibin uzman hemşirelerle bütünleştirilmesi
- Bakım vericilerin rehabilitasyon programlarına eşlik etmesi

Özelleşme

- Ekibin serebrovasküler hastalıklar konusunda özelleşmiş olması

Eğitim

- Sağlık profesyonelleri için
- Hasta ve bakım vericiler için düzenli olarak sağlanmalıdır (**Bakaç 2010**).

Spesifik tedaviler

İnmenin tedavisinde amaç, sağlam beyin dokusunu olabildiğince korumak ve sekonder gelişebilecek hasarları en aza indirmektir. İnmenin tipine göre uygulanacak tedavi değişmektedir. İskemik inmenin tedavisinde kanlanmanın azaldığı bölgeye dolaşımın yeniden sağlanmasına yönelik tedavilerden yararlanılırken hemorajik inmelerde kanamaya neden olan faktörlerin kontrol altına alınması amaçlanır. Bu nedenle iskemik inmenin tedavisinde, antiagreganlar, antikoagülanlar, antiödem ve nöroprotektiflerden yararlanılmaktadır (**Sterne ve ark. 2017; Ferro ve ark. 2017**).

Hemorajik inmelerde kanamaya neden olan faktörlerin kontrol altına alınması önerilmektedir. Oral antikoagülan kullanımına bağlı kanama gerçekleştiği düşünülüyorsa INR düzeyinin hızla normal sınırlara çekilmesi, taze dondurulmuş plazma replasmanı ve K vitamini sıklıkla kullanılmaktadır. Ancak artık günümüzde protrombin kompleks konsantreleri ve rekombinant faktör tedavileriyle daha hızlı yanıt alındığından tedavide öncelikli olarak yer alır (**Güngör ve ark. 2015**).

Hemorajik inmenin ortaya çıkmasının ilk nedenleri arasında yer alan hipertansiyonun kontrol altına alınması kanama kontrolü açısından gereklidir. Sistolik kan basıncının 140 mmHg

seviyelerinde tutulması güvenli olarak kabul edilmektedir. Daha düşük seviyelerdeki kan basıncı serebral dolaşımı olumsuz etkileyeceğinden önerilmemektedir (**Steiner ve ark. 2014**).

İnmelerde akut medikal tedavi ve altta yatan nedenin kontrol altına alınması dışında endovasküler girişimler de uygulanmaktadır.

Endovasküler girişimler

İskemik inmede endovasküler girişim olarak IV trombolitik ajanlar, mekanik revaskülarizasyon, anjioplasti ve stent uygulamaları yer almaktadır. Rekombinant doku plazminojen aktivatörü (rtPA), ilk üç saatte hastaneye gelen akut iskemik inme hastalarında etkinliği kanıtlanmış bir tedavi yöntemidir. Ancak rtPA intravenöz trombolitik tedavide ilk tercih olarak uygulansa da proksimal damar oklüzyonu saptanan hastalarda distal internal karotis arter için rekanalizasyon ancak %5-9 oranında sağlanabilmektedir (**Bakaç 2010; Ciccone ve ark. 2013**). Rekanalizasyon oranının düşük olması nedeniyle rtPA yerine mekanik revaskülarizasyon yöntemlerinden yararlanılmaktadır. Amerikan İnme Birliği 2015 rehberi tarafından uygun hastalara (İnme öncesi mRS skoru ≤ 1 , NIHSS skoru ≥ 6 gibi) geri toplanabilir stentler ve endovasküler girişimlerin kullanılması önerilmektedir (**Powers ve ark. 2015**).

Serebral dolaşımın bozulmasının nedenleri arasında yer alan karotis arter darlığı ateroskleroza bağlı gelişir ve inmenin 1/3'ünden sorumlu tutulmaktadır. Karotis endartektomi, karotis arter darlıklarında daralmaya veya tıkanıklığa neden olan parçanın endovasküler yöntemlerle bölgeden uzaklaştırılmasıyla gerçekleştirilir. Ayrıca anjioplasti veya stent yerleşimiyle serebral perfüzyonun artırılması semptomatik ve non-semptomatik hastalarda mümkün olabilmektedir (**Adams 2008; Köksal ve ark. 2010**).

2.8. İnme Rehabilitasyonu

Hasta tedavi sonrası gereksinimlerini karşılamak için pek çok zorlukla karşı karşıya kalabilmektedir (**Amarenco ve ark. 2016**). Bu zorluklarla baş edebilmek için etkili bir rehabilitasyon programının uygulanması önemlidir. İnme rehabilitasyonunda amaç; hastanın fiziksel ve bilişsel yeterliliğini artırmaktır. Böylelikle özbakım becerisi kazanacak ve bir an önce topluma katılımı sağlanacaktır. Rehabilitasyon uygulanması gerektiğine dair görüş birliğine varılmış olsa da başlangıç zamanı ile ilgili farklı görüşler bildirilmektedir (**Bayramoğlu 2003; Adams ve ark. 2007; Polanowska ve ark. 2013**). Buna rağmen genel olarak rehabilitasyona hastanın hastaneye yatışından itibaren başlanması ve taburculuk sonrasında hasta yakınına da

kapsayacak şekilde devam ettirilmesi önerilmektedir (**Gjelsvik ve ark. 2014; Winstein ve ark. 2016**).

Rehabilitasyon programına başlarken hasta ve yakınının gereksinimlerinin saptanması için ayrıntılı olarak değerlendirilmesi önemlidir. Rehabilitasyon programı hastalığın sadece akut dönemini değil ilerleyen zamanlarda da devam edebilecek bilişsel fonksiyonlarını, iş ve sosyal alanlarını da kapsayacak şekilde ele alınmalıdır (**Alim ve ark. 2016; Langhorne ve ark. 2017**).

İnme rehabilitasyonu multidisipliner bir ekiple sağlanabilir. Bu ekibe hastayla beraber yakınları, doktor, hemşire, iş-uğraşı terapisti, fizyoterapist, beslenme uzmanı, konuşma terapisti dahil olmalıdır. Ayrıca ekip üyeleri birbirleriyle etkili iletişim kurarak koordinasyonu sağlamalıdır (**Winstein ve ark. 2016**). Ekip içinde yer alan hemşire, hekim muayenesiyle başlatılan ve fizyoterapist aracılığıyla yürütülen rehabilitasyon programının sürdürülmesini sağlar (**Akdemir ve Akkuş 2006**).

İnme rehabilitasyonunun amacı, kişinin fiziksel ve sosyal yönden maksimum bağımsızlık düzeyine ulaşmasını sağlamak ve yaşam kalitesini artırmaktır (**Duncan 1994; Hüzmeli ve ark. 2017**).

İnme rehabilitasyonunun temel ilkeleri;

- Var olan hastalıklarına yönelik tedavilerin sürdürülmesi
- İnme tekrarının önlenmesi
- Azalan motor fonksiyonun artırılması
- Duyusal kayıplara bağlı sorun yaşanmasının engellenmesi
- Ambulasyonun sağlanması
- Toplumsal ve sosyal yaşama katılım
- Bağımsızlığın artırılması
- Psikososyal adaptasyon
- Yaşam kalitesinin artırılması
- Hasta ve bakım vericisine destek sağlanması,
- Hastalığın yol açtığı uzun süreli sorunlara adaptasyonun sağlanmasıdır (**Çakıcı 2004; Harvey ve ark. 2007**).

Multidisipliner bir ekiple hasta ve yakını için doğru planlanmış rehabilitasyon programıyla;

- Hastanın erken mobilizasyonu
- Hastanede yatış süresinin kısalması
- Hastane enfeksiyonlarının önlenmesi

- Komorbiditelerin azalması
- Bakım verici yükünü azalması
- Hasta ve hasta yakınının yaşam kalitesinin artması sağlanabilecektir. **(Bernhardt ve ark. 2008; Greenwood ve ark. 2016; Villain ve ark. 2017).**

İnme rehabilitasyon ekibinde yer alan hemşire 2011 yılında yayınlanan 27910 sayılı Hemşirelik Yönetmeliği'ne göre;

- Hasta ve yakınlarını uygun değerlendirme araçlarını kullanarak uyum-baş etme, bilişsel ve iletişim kurma düzeyi, sosyo-ekonomik koşulları, aile desteği, fonksiyonel durumu ve güvenliği hakkında bilgi toplar.
- Hasta ve yakınlarını bütüncül olarak ele alır. Günlük yaşamında bağımsızlığının kazandırılmasını destekler.
- Hasta ve yakınlarının stresle başa çıkma ve problem çözme davranışlarını değerlendirerek beceri kazanmalarına yardımcı olur.
- Gereksinim duyulan sağlık bakımlarını almalarına ve mevcut kaynaklara ulaşmalarını sağlar **(Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik 2011. Sayı:27910).**

Rehabilitasyon ekibinin vazgeçilmez üyesi hemşire, hastaların fiziksel fonksiyonel durumlarını, günlük yaşam alışkanlıklarını, emosyonel ve sosyal durumlarını belirleyerek hastanın gereksinimlerini belirler. Böylelikle hasta ve yakını için gerekli olan bakımın uygulanmasında kendisine yol haritası belirler **(Akdemir ve Akkuş 2006; Şenocak ve ark. 2008).**

2.9. İnmeli Hastada Hemşirelik Bakımı

İnme pek çok adımda hemşireye ihtiyaç duyulan kompleks bir hastalıktır. Hemşire bu süreçte hasta ve yakınıyla sürekli iletişim halinde olur, onlara destek ve rehberlik eder. İnmeli hastada hastane sürecinde başlayan bakım süreci taburculuk sonrasında da devam ettirilmelidir **(Robinson-Smith ve Pizzi 2003; Summers ve ark. 2009).**

Hemşire, hastayı hastanede yatarken ayrıntılı olarak değerlendirir. Hastada var olan sorunları öngörür ve var olan sorunlarını gidermek üzere rol alır. Bu süreçte hastanın fiziksel ve ruhsal gereksinimlerini karşılar, var olan bağımlılıklarını optimal düzeye getirerek beceri kazandırır **(Burton ve Gibbon 2005; Durna ve Tülek 2012).**

İnmeli hastada hemşirelik bakımı sadece hasta için değil bakım verici için de vazgeçilmezdir. Değişen düzeylerde bağımlı olan hastanın bakımında sorumluluk alan bakım verici fiziksel, sosyal

ve emosyonel açıdan zorluk yaşabilmektedirler (**Grant ve ark. 2002; Pinquart ve Sörensen 2003**). Bakım vericilerin yaşadıkları zorlukların azaltılmasında hemşirelik bakımı önemlidir. Hemşirenin etkili bakımı ve rehabilitasyonun koordinasyonu ile hastanın hastanede yatış süresi kısalmış ve hastane maliyetleri azalmıştır (**Alberts ve ark. 2000**). Ayrıca hastaların ve bakım vericilerin yaşam kaliteleri de artmaktadır (**McCullagh ve ark. 2005**).

Hastanın genel durumu stabil hale geldikten sonra taburcu edilmektedir. Ancak taburculuktan sonra hastanın sosyal, fiziksel ve mental pek çok problemi devam eder. Problemlerle başa çıkmak için hasta ve bakım vericinin sürekli olarak çaba sarf etmeleri gerekir (**Doshi ve ark. 2003; Denghan Nayeri ve ark. 2014**). Tüm çabaların amacı bir an önce günlük yaşama adaptasyonun sağlanmasıdır.

2.10. Günlük Yaşama Adaptasyon ve Etkileyen Faktörler

Tüm yaşayan organizmalar sürekli olarak değişerek homeostazisi korumaya çalışırlar. Homeostazisin bozulmasına neden olan hastalıklar birer stres nedenidir. Ortaya çıkan stresörler, limbik sistem, hipokampus, amigdala ve prefrontal kompleksi etkiler. Sempatik sinir sistemini uyararak adrenal medulladan adrenalin salınımını uyarır (**de Kloet ve ark. 2005**). Salınan kortikosteroidler dolaşım sistemiyle her organa ulaşabileceği için bir an önce başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesi ve adaptasyonun sağlanması önemlidir (**Sapolsky ve ark. 2000**). Eğer adaptasyon sağlanamazsa beyin ve vücut fonksiyonlarında sorunlar yaşanmaya başlar, kişinin iç ve dış uyaranlara yanıt vermesi güçleşir (**Özkaraman ve ark. 2012**). Aynı şekilde sağlığı tehdit eden bir hastalıkla karşılaşıldığında da fiziksel ve psikolojik cevaplarla yeni karşılaşılan duruma yanıt oluşturulur. Bu yanıt Hans Selye tarafından “genel adaptasyon sendromu” olarak tanımlanmıştır (**Selye 1950; Yurdakoş 2005**).

Kişinin yaşadığı duruma adapte olması bir an önce normal yaşamını sürdürmesi psikolojik, fizyolojik sorunların yaşanmaması için gereklidir. Normal yaşama katılım, ancak kişinin aile ve toplumda üstlendiği rolleri yerine getirebilmesiyle gerçekleşir (**Dijkers 1998**). Rollerini yerine getirebilmek için öncelikle hasta ve ailenin çevreye, hastalığa adaptasyonu sağlanmalıdır (**Wolfe 2000**). Adaptasyon, adaptif cevaplar oluşturarak sorunlarla başa çıkmak için harcanan enerjiyi azaltır, güvenlik duygusunun yaşanmasını sağlar. Hastalarda ve bakım vericilerinde stres, anksiyete duygularını azaltır (**Barusch 1988; Alimohammadi ve ark. 2015**).

Her insanda normal yaşama katılım bireye özgüdür. Normal yaşama katılımında bireyin yaşama katılımını engelleyen problemlere de dikkat edilmelidir; aynı demografik özelliklere sahip aynı

sağlık durumundaki bireylerde bile farklı olabilir. Kişide var olan problemlerin yanında çevresel faktörler de kişinin yaşamına kısıtlılıklar getirebilir (**Göğüş ve Kabakçı 2004**).

Hastalığın doğası dışında kalan hastanın günlük yaşama katılımını etkileyen faktörler 2001 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından “International Classification of Functioning (ICF)” olarak tanımlanmıştır. Buna göre hastalığın getirdiği özellikler dışında;

- Bireysel olarak gerçekleştirdiği aktiviteler, sosyal aktivitelere katılım düzeyi
- Bireyin etrafında var olan fiziksel, sosyal ve davranışsal etmenler önemlidir (**Stucki ve ark. 2007**).

Günlük yaşama adaptasyon inme gibi akut ortaya çıkan ve hasta/ailesini çok yönlü olarak etkileyen hastalıklarda daha önemli hale gelmektedir. Bu noktada hasta ve ailesi için en önemli konu, hastanın günlük yaşama katılımının sağlanmasıdır. Günlük yaşama katılım kısaca basit günlük işlerin sürdürülmesi olarak tanımlanırken (**Tooth ve ark. 2003**) bilişsel, psikolojik ve sosyal yönü olduğu da savunulmaktadır. Gerçekten de günlük hayatı sürdürürken yapılan basit olarak görünen işler karmaşık bir nöro-davranışsal iletişimin kurulmasını gerektirmektedir (**Rybski 2009**). Nöro-davranışsal iletişim inmede hasarlanan bölgeye bağlı olarak etkilenir ve bazı fonksiyonları sürdürmek daha zor hale gelir. Örneğin; dominant olmayan parietal lob lezyonlarında ihmal, subtalamik nukleus lezyonunda hemiballismus, orta beyindeki pedinkül tutulumunda ataksi, sol hemisfer lezyonlarında ise apraksi sıklıkla görülmektedir. Ayrıca bilinç değişiklikleri, disfazi, inkontinans gibi sosyal sorunlar, immobilité, spastisite, dengesizlik, hemipleji gibi motor sorunlar ortaya çıkabilir (**Doshi ve ark. 2003; Çakçı ve Aras 2004; Denghan Nayeri ve ark. 2014; Öge ve Baykan 2015**). Hastada ortaya çıkan bilişsel-davranışsal değişiklikler, fiziksel kısıtlılıklar hastanın ve bakım vericisinin günlük yaşama adaptasyonunu zorlaştırabilmektedir (**Mayo ve ark. 1999**).

2.11. İnme Sonrası Özyeterlilik ve Etkileyen Faktörler

Özyeterlilik, bireyin istenilen davranışları gerçekleştirmek için gerekli olan eylemleri yapmada kendine inancıdır. Bu inanç kişiyi eyleme geçme konusunda motive edebilir ya da motivasyonunu azaltabilir (**Johnson ve ark. 1993; Bandura 1997**). Özyeterlilik kişinin aynı zamanda sağlığına zarar veren davranışlardan uzak durmasını, sağlığını geliştiren olumlu davranışları da kazanmasını amaçlar. Koruyucu sağlık hizmetleri alanında sorumluluğu olan hemşirelerin, bireyin davranışlarını geliştirecek bilişsel-algısal faktörlere ilişkin bilgiye sahip olmaları önemlidir (**Gözüm ve Aksayan 1999**).

Bireydeki özyeterlilik algısı, yeni beceri kazanmasında, yeni şeyler öğrenmesinde, öğrenilen becerilerin uygulamaya konulmasında yaşamsal rol oynar (**McEwen ve ark. 2015**). Bu rolü yerine getirirken kaynaklara ulaşabilmeli, gerekli olan bilgileri toplamalı ve organize etmelidir (**Nahcivan 1993; Rimal 2000**). Özyeterliliğin oluşumunda 3 davranış boyutu söz konusudur.

- a) Beklentilerin büyüklüğü; kişinin bir işi yapıp yapamayacağına dair inancı, beklentilerin olduğundan büyük görünmesine sebep olabilir.
- b) Beklentilerin gücü; özyeterliliğin eksikliği, kişinin zorlukla karşılaştığında çabuk vazgeçmesine yol açabilir.
- c) Beklentilerin genellenmesi; deneyimler ve olaylar karşısında yaşananlar ortalama bir beklenti yaratabilir. Bu da kişinin organize etme becerisini etkileyebilir (**Bandura 1989**).

İnme sonrasında hastanın ve yakınının özyeterliliğinin artırılmasında ulaşılabilir hedeflerin konulması ve etkili planlama yapılması önemlidir. Örneğin; inme sonrasında kişiden beklenen yemek yeme, mobilizasyon gibi günlük işlevleri yerine getirmek hemipleji varsa zorlayıcı olabilmektedir. Kişinin özyeterliliği inmeye bağlı olarak ortaya çıkan bu kısıtlılıklarla olumsuz etkilenmektedir (**Robinson-Smith ve Pizzi 2003**). Özyeterliliğin azalması hastada psikolojik sorunların gelişmesine yol açar. Var olan sorunların üzerine psikolojik problemlerin eklenmesi fonksiyonel bağımlılık düzeylerinin daha da artmasına neden olmaktadır (**Robinson-Smith ve ark. 2000**). Oysa yüksek özyeterliliğe sahip hastaların başa çıkma becerilerinin, yaşam kalitelerinin ve fonksiyonel bağımsızlık düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmektedir (**Hellstrom ve ark. 2003; Lo Buono ve ark. 2017**). İnmeli hasta ve ailesinin bir an önce normal yaşamlarına dönebilmeleri için özyeterlilik algıları önemlidir. Eğer güçlü bir özyeterlilik algılarına sahiplerse daha fazla çaba harcarlar ve başarı olasılıkları da yüksek olur. Hastada özyeterliliğin geliştirilmesi bağımsızlık düzeyinin ve normal yaşama katılımlarının artmasına yardımcı olurken, bakım vericilerin de yaşam kalitesini artırmaktadır (**Robinson-Smith ve ark. 2000; Huijbregts ve ark. 2008**).

2.12. İnme Sonrası Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler

Yaşam kalitesi, DSÖ tarafından 1950'li yıllardan itibaren sadece sağlık ve hastalık kavramıyla ele alınırken sonraki yıllarda halk sağlığı komiteleri tarafından çok yönlü olarak ele alınmaktadır (**Health-Related Quality of Life. CDC 2016**).

1960'lı yıllardan itibaren literatürde yaşam kalitesi kavramından bahsedilmeye başlandığı, bu yılda sadece bir yayına rastlandığı ve 1975'lerden itibaren de popüler hale geldiği bildirilmektedir (**Post 2014**).

Yaşam kalitesi kavramı, yaşam doyumu, memnuniyeti gibi farklı isimlerle kullanılsa da geniş anlamda bireyin genel iyilik halini ifade eder. Yaşam memnuniyeti ilk olarak Neugarten ve ark. (1961) tarafından ele alınmış ve bireyde var olan durumla istek, beklenti ve gereksinimlerinin karşılanması arasındaki ilişki olarak tanımlanır. (**Neugarten ve ark. 1961**). Yaşam doyumu da benzer şekilde bilişsel, davranışsal bir süreçte bireyin beklentileriyle elinde olanların karşılaştırılması olarak tanımlanmaktadır (**Dağlı ve Baysal 2016**). Tanımlardan da anlaşıldığı üzere genel olarak bireyin yaşamını değerlendirmesi sonucundaki doyumu o bireyin yaşam kalitesi düzeyini göstermektedir (**Meral 2010**).

Genel yaşam kalitesi ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramları benzer kavramlar değildir. Genel yaşam kalitesi daha önceki tanımlardan da anlaşıldığı üzere bireyi çok boyutlu olarak ele alır. Oysa sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, sadece bireyin sağlık, hastalık, rehabilitasyon, tedavi durumuna ve bu durumdan memnuniyetine odaklanır. (**Malhan 2005; Eser 2006**). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, bireyin sağlığını 4 boyutta ele alır. Bu boyutlar, bilişsel, fiziksel, sosyal ve duygusal boyutlardır (**Pinar 2005; Karimi ve Brazier 2016**). Tüm bu boyutları değerlendirmeye -bireyin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini- ölçmeye yönelik pekçok araçtan yararlanılmaktadır. Bu araçlardan en basiti visual analog skala iken genel yaşam kalitesi ölçekleri (SF-36, SF-12, WHOQOL), veya hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçeklerinden (QoL-AD, QOLIE) de yararlanılabilmektedir (**Cramer ve ark. 1996; Thomgrimsen ve ark. 2003**). Yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik geliştirilmiş ölçekler bireyin fiziksel, mental, psikolojik yönleri, mesleki ve sosyal etkileşimlerini kapsar (**Ataoglu ve ark. 2017**). Hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçeklerinde ise hastalıkla ortaya çıkan semptomlara yönelik sorular da bulunmaktadır.

Yaşam kalitesi ölçeklerinin klinikte kullanımına dair birbirlerine üstünlüğü olmadığı, hastaya ve uygulayabilme kapasitesine göre tercih edilmesi gerektiği önerilmektedir (**Hyland 2003**).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi inme hastalarında biraz daha özel ele alınmalıdır. İnme sonrası hastanın yaşam kalitesini etkileyen pekçok faktör bulunmaktadır. Hastalığın akut ortaya çıkması, etkilenen bölgeye göre görülen semptomlardaki farklılıklar, altta yatan patolojiler bu faktörlerden bazılarıdır. Tüm bu nedenlerden dolayı inme hastalarında yaşam kalitesi ölçümü biraz daha güç olabilmektedir (**Jönsson ve ark. 2005**).

İnme sonrasında hastaların %75'inde orta-ciddi düzeyde engellilik gelişmekte (CDC 2009) ve tekrarlayan inmelerde fonksiyonel bağımlılık düzeyleri artmaktadır (Park ve Ovbiagele 2016). Yaşam kalitesini değerlendiren çalışmalarda fonksiyonel bağımlılığı yüksek olan hastaların yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği bildirilmektedir (Patel ve ark 2006; Kwok ve ark. 2006).

Yaşam kalitesi değerlendirmesinin ne zaman yapıldığı da önemlidir. Akut ve kronik süreçte değerlendirilen yaşam kalitesi ölçüm sonuçları değişebilmektedir (van Mierlo ve ark. 2018). İnmeden sonra 5 yıla kadar hastaların sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin oldukça düşük oldukları belirtilmektedir (Paul ve ark. 2005).

Hastaların yaşam kalitelerinde etkili olan bir faktör de bakım vericileridir. Hastalar hastaneye yatış ve sonrasındaki rehabilitasyon sürecinde bakım vericileri tarafından desteklendiklerinde normal yaşamlarına geri döndükleri bildirilmektedir (Walsh ve ark. 2015). Hastalar için olumlu sonuçları olsa da bakım vericiler bu süreçte destek alamadıklarından dolayı yaşam kaliteleri azalmakta ve bakım verici yükleri artmaktadır (Watanabe ve ark. 2015).

İnme sonrası bireyin topluma katılımı, rol ve ilişkilerini sürdürmesi, özyeterliliği ve psikolojik durumu yaşam kalitesini olumlu ya da olumsuz olarak etkilemektedir. Tüm bu faktörler hastanın yaşam kalitesiyle beraber bakım vericilerinin de yaşam kalitesine yansır (Maviş ve ark. 2005). Hastanın hastalığına bağlı ortaya çıkan sorunları bakım vericinin yaşam kalitesini etkilediği gibi bakım vericiye ait bazı özellikler de yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Bakım vericilerin duygusal durumu, eğitim düzeyi ve algıladığı sosyal destek (McCullagh ve ark. 2005) ve bakım verici yükünün (Morimoto ve ark. 2003) yaşam kalitesini etkilediği belirtilmektedir.

2.13. İnme Sonrası Bakım Verme Yükü ve Etkileyen Faktörler

Tıp alanındaki gelişmeler, yeni tetkik ve tedavilerin kullanımı nedeniyle inmeye bağlı ölüm oranlarının 2007-2008 yıllarında %8.98 iken 2013-2014 arasında %7.34'e düştüğü belirtilmektedir (Afzal ve ark. 2018). Ölüm oranlarının düşmesi sevindirici bir gelişme olmasına rağmen hastada görülen motor fonksiyonlarda bozulma, disfaji, duygu durum bozuklukları ve disfazi gibi nedenlerle uzun süreli bakım gereksinimi ortaya çıkabilmektedir (Pinquart ve Sorensen 2003; Nicholson 2018). Bakım, bakım verme görevini üstlenen kişinin yaptığı tüm uygulamalar olarak adlandırılmaktadır. Bu uygulamalar içine ev işlerini düzenleme, kişisel bakım, sosyal ve ekonomik destek girer (Uğur 2006). Bakım verici, DSÖ tarafından, bireyin çeşitli aktivitelerini yerine getirirken yardımcı olan kişi olarak tanımlanmaktadır (Centre for Health Development Ageing and Health Technical Report, WHO 2004). Bakım verme formal ve informal bakım verme olarak iki şekilde gerçekleştirilir. Formal bakım verme, profesyonel meslek grupları tarafından

evde ya da sağlık hizmeti sunulan kurumlarda sağlanan uygulamadır. Çoğunlukla hemşireler tarafından gerçekleştirilmesine rağmen fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanları da görev almaktadır. Formal bakım vericiler, verilen bakımdan dolayı ücret alırlarken informal bakım vericiler herhangi bir ücret almazlar (**Gözüm ve Tan 2003; Fadıloğlu 2013**).

İnformal bakım vericiler genellikle bakıma ihtiyaç duyan bireyle birlikte yaşayan eş, çocuk gibi yakınlarından oluşmaktadır. Hastanın temel ihtiyaçlarını karşılarken sağlık hizmetlerinden yararlanmasına da yardımcı olurlar (**Özyeşil ve ark. 2014, Gel ve Kesgin 2017**).

Kronik hastaların bakım gereksiniminin karşılanması genellikle eş, çocuk, yakın akraba veya arkadaş gibi informal bakım vericiler tarafından sağlanmaktadır (**Hasselkus 1988; Visser-Meily ve ark. 2006; Ski ve ark. 2015**). İnformal bakım verici olmak bazen tercih değil zorunluluk da olmaktadır. ABD’de yapılan çalışmada Afrika ya da Latin Amerika kökenli olanların daha fazla informal bakım verici rolünü üstlendikleri belirtilmektedir (**Kemper 1992**). Türk toplumunda da bakım vericilerin çoğunluğu informal bakım vericilerden oluşmaktadır (**Karahan ve ark. 2014; Em ve ark. 2017**).

Bakım verme yükü, bakım verme durumunda kalan kişinin zorlanması, kendini baskı altında hissetmesi olarak tanımlanmaktadır (**Dotchin ve ark. 2014; Hart 2015**). Bakım verme yükü informal bakım vericilerde formal bakım verenlere göre daha fazla olarak yaşanmaktadır. İnformal bakım vericiler hastanın yakını olmaları nedeniyle tedavinin zorluklarından ve yaşananlardan formal bakım vericilere göre daha fazla etkilenirler (**Cheng ve Chau 2014**). Ayrıca hastaya bakım vermeyi tercih etmiş olmama, bakım verme yükünü etkileyen faktörlerden bir diğeridir (**Winter ve ark. 2005; Schulz ve ark. 2012; Olivier ve ark. 2018**).

Bakım vermeyi tercih etmek bazen sadece kişisel tercihlerle gerçekleşmemektedir. Kültürel ve geleneksel öğretiler de önemlidir. Türk toplumunda olduğu gibi Hollanda’da da yaşayan Türk ve Fas kökenli göçmenlerin evde bakımı güdüleyen etmenlerine yönelik yapılan çalışmada aileye karşı sorumluluk duygusunun baskın olduğu görülmüştür. Ayrıca kız çocukları ve gelinlerin bakım vermede primer sorumlu olan kişiler oldukları da belirtilmektedir (**Sit ve ark. 2004; Kuşcu 2006**).

İnmeli hastanın bakım vericisi olmak, yukarıdaki faktörlere ilave bazı güçlükleri içerir. İnme akut olarak ortaya çıkarak hastayı etkilediği gibi bakım vericisi için de sarsıcı olabilmektedir. Bakım gereksinimlerinin yoğunluğu ya da ihtiyaç duyulma süresi hastadan hastaya değişse de inme hastalarının %97.6’sının bakım gereksinimi olduğu belirtilmektedir (**Ferri ve ark. 2011**). Ayrıca inme üretken yaşlarda ortaya çıkabilen bir hastalık olması ve engelliliğe yol açması bakımından da

hem hasta hem de bakım verici için ekonomik zorluklar yaşanmasına yol açabilmektedir (**Ding ve ark. 2016**).

İnme gibi engelliliğe neden olan hastalıklarda, ailelerin, bitmek bilmeyen bir ızdıraba mahkum olduklarını ifade ettikleri görülmüştür (**Tüzer 2001**). Çalışmalar göstermektedir ki bakım vericiler için inme sonrası ilk ay bilgi eksikliği, beceri geliştirme, problem çözme, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede yetersizlik nedenleriyle bakım verici yükünün en fazla yaşandığı zamandır (**Grant ve ark. 2004; Epstein-Lubow ve ark. 2009**).

Çalışmalarda bakım verici yükünü artıran faktörler; hastayla aynı evde yaşama, kadın olma, destek alamama/almama, var olan hastalıklarının bulunması, bakım verme süresinin uzun olması, bakım verdiği kişiye yakınlığı, ekonomik zorluklar olarak belirtilmektedir (**Kemper 1992; Arno ve ark. 1999; Hurd ve ark. 2013; Watanabe ve ark. 2015; Gbiri ve ark. 2015**).

İnme gibi bağımlılığa yol açan hastalıklarda hastanın içinde bulunduğu durumu kabullenmesi, bakım veren bireyin bakım verici rolünü kabullenmesi ve adaptasyonlarının sağlanmasında eğitim önemlidir. Hemşireler tarafından verilen hasta eğitimlerinin etkili olduğu bildirilmektedir (**Aktaş 2010; Mollaoğlu ve ark. 2011; Koçak 2011; Topçu 2017**).

2.14. Hasta ve Yakını Eğitimi ve Etkileyen Faktörler

Sağlık alanındaki ilerlemelerin yaşama aktarılmasında hasta ve yakını eğitimi önemlidir (**Gökkoca 2001**). Hasta ve yakını eğitimi, toplum sağlığını geliştirecek, hastalık yönetimini kolaylaştırmayı sağlayacak bilgi, beceri ve alışkanlık kazandırmayı amaçlar (**Rasura 2014**).

Hasta eğitiminde profesyonel hemşireler hastalığın engellenmesi, sağlığın yeniden kazanılması ve geliştirilmesinde eğitici rol alırlar (**Avşar ve Kaşıkçı 2009**).

Hasta ve yakını eğitiminde hemşireler;

- Hastaya ve yakınına gereksinimi olan bilgi, tutum ve davranışı kazandırmayı,
- Hastanın bağımsızlık düzeyinin artırılmasına destek olmayı,
- Hastanın olabildiğince sağlığının yeniden kazanmasını ve hasta yakınının var olan sağlığının korunmasını ve geliştirilmesini,
- Hastalık sonrası yaşamlarıyla ilgili doğru kararlar almalarını,
- Rehabilitasyon sürecine katkıda bulunmayı,
- Hasta ve yakınına psikolojik ve sosyal yönlerden de destek olmayı amaçlar (**Rodgers ve ark. 1999; Şenyuva 2007; Taşocak 2007**).

Hemşirelerin eğitim uygulamadan önce birtakım konuları değerlendirmeleri gerekir. Feinberg'e göre bakım verme sürecinde hasta yakınları 2 ayrı şekilde değerlendirilmelidir. İlkinde bakım vericinin hastaya yönelik gereksinimleri göz önüne alınmalıdır: Hastayla ilişki durumu (eş ya da diğer), sosyal destek, taburculuk sonrasında ev içinde karşılaşılabilecek zorluklar (hastanın yaşayacağı alan, merdiven bulunması) vb. İkincisinde ise bakım vericiye ait bakım vericinin gereksinimleri ve bakım vermenin kendisinde yaratacağı etkiler ele alınmalıdır (**Feinberg 2003**).

Bakım vericilerin çoğu hastalarına gerekli bakımı verebilmek için yeterli bilgi ve beceriye sahip değildir. Bu nedenle tanı aşamasından başlatılan taburculuk süresince de devam ettirilen bir eğitim sürecine hasta ve yakınlarının dahil edilmesi önemlidir (**Memiş ve ark. 2003; Karaman 2014**).

Bakım vericilerin hastalığın getirdiği sorunlarla başa çıkmaları, olası komplikasyonları kontrol etmeyi başarabilmeleri için bazı özel bilgiler kazanmaları gerekmektedir (**Bakas ve ark. 2002**). Bilgi sahibi olmaları ancak etkili bir eğitimle sağlanabilmektedir. Eğitim verilirken hastanın ve/veya bakım vericisinin öğrenmeye açık olup olmaması, kendini hazır hissetmesi önemlidir (**Taşocak 2007; Orgun 2010**). Hasta ve yakını eğitimi hastanın uzun süreli gereksinimlerini kapsayacak şekilde düzenlenmelidir (**Reeves ve ark. 2017**).

Bu süreçte hemşirelerin yaptıkları eğitimlerin hastaların tıbbi tedavi ve bakımlarına uyumlarını artırmada diğer sağlık çalışanlarına göre daha etkili olduğunu belirtmişlerdir (**Nurit ve ark. 2009**). Hemşire eğitim dışında danışmanlık, organizasyon, rehberlik etme gibi rollerinden de yararlanmalıdır. Hemşirelerin, bakım vericinin becerilerini artırmaya ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeye yönelik eğitim vermesi bakım verici yükünü azaltır ve hasta/bakım vericinin yaşam kalitesini artırır (**Aşiret ve Kapucu 2012**).

İnmeli hastanın bakım verenlerinin ihtiyaçlarını karşılayacak kadar kapsamlı eğitim uygulanmasıyla aile desteğinin sağlanması, aile içi iletişimlerinin, uyumlarının ve dayanma güçlerinin artırılmasının mümkün olduğu belirtilmektedir (**van den Heuvel ve ark. 2000; van den Heuvel ve ark. 2002; Schure ve ark. 2006**). Böylelikle bakım verenlerin bakım verici yükünün azaltılacağı hastanın ve bakım vericisinin yaşam kalitesinin artacağı belirtilmektedir (**Visser-Meily ve ark. 2005; Aşiret ve Kapucu 2012**).

İnme hastaları ve bakım vericileri özellikle taburculuk esnasında pek çok konuda eğitime ihtiyaç duymaktadırlar (Stein ve ark. 2012). Bakım vericilerin en çok gereksinim duyduğu konular güvenliğin sağlanması, günlük yaşamı sürdürme (eliminasyon ihtiyacının karşılanması, beslenme, uyku problemleri vb), ilaç kullanımı, cilt bütünlüğünü koruma, kullanılan yardımcı malzemeler,

hastanın davranışsal problemleriyle başa çıkma, cinsel fonksiyonları sürdürme gibi konulardır (**Pierce ve ark. 2006; Kapucu ve ark. 2009; Hafsteinsdottir ve ark. 2011; Temizer ve Gözüm 2012**).

İnmeyle ilgili eğitim verilirken uygun zamanda, yeterlilikte ve duruma özgü olması gerektiği üzerinde durulmaktadır (**Wachters-Kaufmann ve ark. 2005; Smith ve ark. 2009**). Aynı zamanda eğitim verilen grubun erişkin olması nedeniyle erişkinlere yönelik eğitim stratejileri uygulanmalıdır (**Arbour 2006**). Eğitim hastanın ve bakım vericisinin ihtiyaçlarına uygun, dikkat çekici, görsel ve işitsel uyarılarla zenginleştirilmiş, bilgi ve beceriyi geliştirmeye yönelik olmalıdır (**Cox ve Irby 2007; Karadakovan ve Eti 2017**). Uygulanan eğitim sonrasında bireyin eğitimden yararlanıp yararlanmadığı da değerlendirilmelidir (**Evans ve ark. 1988**).

Yeterli ve etkili bir eğitim almama inmeli hasta/yakını için koruyucu önlemlerden uzaklaşma ve uzun dönemde psikolojik olumsuzlukların yaşanmasına yol açabilmektedir (**Smith ve ark. 2009**). Yapılan çalışmalarda hasta ve yakınına eğitim vermenin anksiyete, depresyon, bakım verici yükünü azalttığı, yaşam kalitesi, bakım memnuniyeti, hastaneye tekrar yatışları engellediği, hastane masraflarını azalttığı bildirilmektedir (**Pierce ve ark. 2004**).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmayla inmeli bireylere ve bakım vericilerine verilen erken taburculuk eğitimi ile hastaların hastalıklarının yönetimi konusunda özyeterliliklerinin, yaşam kalitelerinin artırılması, günlük yaşamlarına adaptasyonlarının hızlandırılması, bakım vericilerin ise bakım verici yüklerinin azaltılarak yaşam kalitelerinin ve özyeterliliklerinin artırılması amaçlandı.

3.2. Araştırmanın Türü

Araştırmanın tasarımı niteliksel ve niceliksel yöntemleri içerecek şekilde karma yöntem olarak gerçekleştirildi. Araştırmanın niceliksel bölümü deneysel randomize kontrollü çalışma olarak planlandı. Ayrıca niteliksel yöntemlerden derinlemesine görüşme yöntemi kullanıldı.

Araştırmada yanıtları aranan sorular şunlardır:

1. Eğitim verilen hastaların fonksiyonel bağımsızlık düzeyleri artmış mıdır?
2. Eğitim verilen hastaların normal yaşama katılımları artmış mıdır?
3. Verilen eğitimle hastaların ve bakım vericilerin özyeterlilikleri arasında ilişki var mıdır?
4. Verilen eğitimle hastaların ve bakım vericilerin yaşam kaliteleri arasında ilişki var mıdır?
5. Verilen eğitimle bakım vericilerin bakım verici yükü azalmış mıdır?

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Ocak 2017- Haziran 2017 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Kliniği'nin yatan hasta servisinde gerçekleştirildi.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Kliniği'nde yatan inme tanısı almış hastalar ve onların primer bakım vericisi olan aile üyeleri oluşturdu. Araştırmaya dahil edilecek örneklem sayısı servise yatan yıllık inme hasta sayısı göz önünde bulundurularak %80 güç ve %5 tip 1 hata ile her grup için 18 kişi olarak hesaplandı. Araştırmaya katılacak hastaların randomizasyonunun sağlanması için rastgele sayılar tablosundan (<http://www.graphpad.com/quickcalcs/randomize2/> Erişim tarihi: 27.01.2017) yararlanıldı. Program kullanılarak hastalar web-kitapçık-kontrol olmak üzere 3 gruptan birine randomize edildi.

Hastalar için araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- a) Okur -yazar olma
- b) İnce tanısı konmuş olma
- c) Bağımsız veya tek yardımcıyla mobil olma
- d) Medikal olarak stabil durumda olma
- e) Herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmama (Depresyon, anksiyete vb.)
- f) İnce dışında nörolojik hastalığı olmama (Demans, MS vb.)
- g) İletişim sorunu olmama (Türkçe konuşup anlayabilme, duyu, konuşma-anlama sorunu olmama)

Primer bakım verici için araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- a) Okur -yazar olma
- b) İletişim sorunu olmama (Türkçe konuşup anlayabilme, duyu, konuşma-anlama sorunu olmama)
- c) 18 yaşından büyük olma
- d) Ücretsiz olarak bakım verici görevini üstleniyor olma

Her bir gruba 20'şer kişi alınması planlandı. Dahil edilme kriterlerine uymayan 3 afazik, 1 Türkçe bilmeyen, 1 aktif TBC (+) olmak üzere toplam 5 hasta çalışmaya alınmadı. 11 hasta da çeşitli nedenlerle çalışmaya katılmak istemedi. Bu hastalar;

- Bilgilerinin yeterli olduğunu düşünme,
- Telefonla aranmak istememe,
- Yurt dışına gitme,
- Köye gitme (telefonu çekmeyeceğinden),
- Önemli bir hastalığı olmadığını düşünme,
- Yazılı onam vermek istememe,
- Doktorundan onay alması gerektiği gerekçeleriyle çalışmaya katılmadılar.

Araştırmaya kontrol grubuna 20 hasta ve 20 bakım verici, web grubuna 20 hasta ve 20 bakım verici, kitapçık grubuna 20 hasta ve 20 bakım verici alınarak başlandı. Takip süresinde çalışmadan ayrılmak isteyen sadece 2 kişi oldu. Bu hasta ve yakınına çalışmaya katıldıktan bir hafta sonra

aranmasına rağmen ulaşılamadı. Kısa sürede çalışmadan ayrıldığı için randomizasyon bozulmadan yerine yine başka hasta ve bakım vericisi dahil edilebildi. Diğer hasta alınması gereken son hastaydı; araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra karar değiştirdiğini açıkladı ve 2 hafta sonra çalışmadan ayrıldı, yerine yeni hasta dahil edildi. Bunlar dışında takip süresinin (3 ay) son bir haftasında kitapçık grubundaki bir hastanın kaybedilmesi nedeniyle çalışma 19 hasta-19bakım vericiyle bitirildi. Exitus olan hasta ve bakım vericisinin takibi tamamlanmadığı için verileri çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmanın niteliksel bölümü içinse, çalışma sonunda, toplam 6 bakım vericiyle derinlemesine görüşme sağlandı.

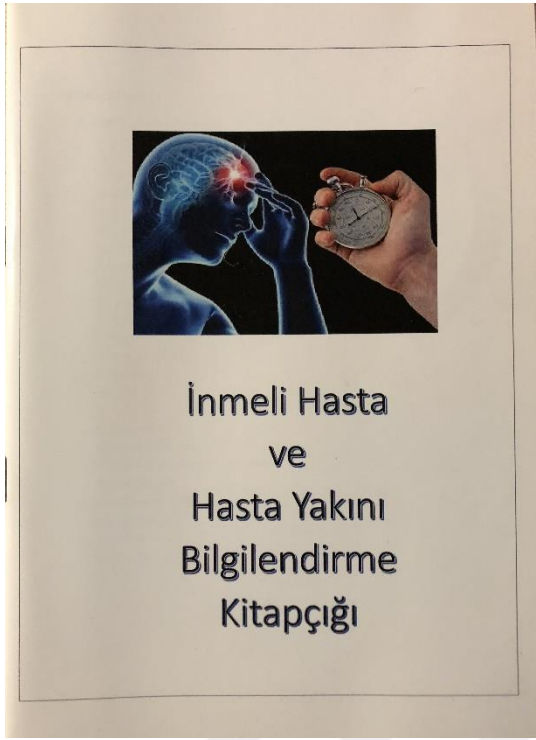
3.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmada kullanılan ölçeklerin Türkçe geçerliğini yapan araştırmacılardan gerekli izinler alındı (Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği-EK-14, Normal Yaşama Katılım İndeksi-EK-15, Genelleştirilmiş Özyeterlilik Ölçeği-EK-13, Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği-EK-16). Araştırma için etik kurul izni İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alındı (No:395850). Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan sözlü ve yazılı onamları alındı. Ayrıca ses kaydı alınması esnasında yeniden yazılı onamları alındı.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmaya başlamadan önce literatür doğrultusunda hasta ve yakını eğitim kitapçığı oluşturuldu. Aynı zamanda içeriği açısından inme alanında çalışan uzmanlardan görüş alındı. Oluşturulmuş kitapçığın metni tıbbi terminoloji açısından herkesin anlayabilmesi için ilköğretim mezunu kişilere okutuldu, anlaşılabilirliği kontrol edildi. Daha sonra kitapçıklar basılı hale getirilerek hazırlandı.

Oluşturulan kitapçık 3 ana bölümden oluşmaktadır. 1. Bölümde inme hakkında genel bilgiler, 2. Bölümde inme rehabilitasyonu, 3. Bölümde günlük yaşama adaptasyonun sağlanması için yapılması gerekenler yer almaktadır (Şekil 1).

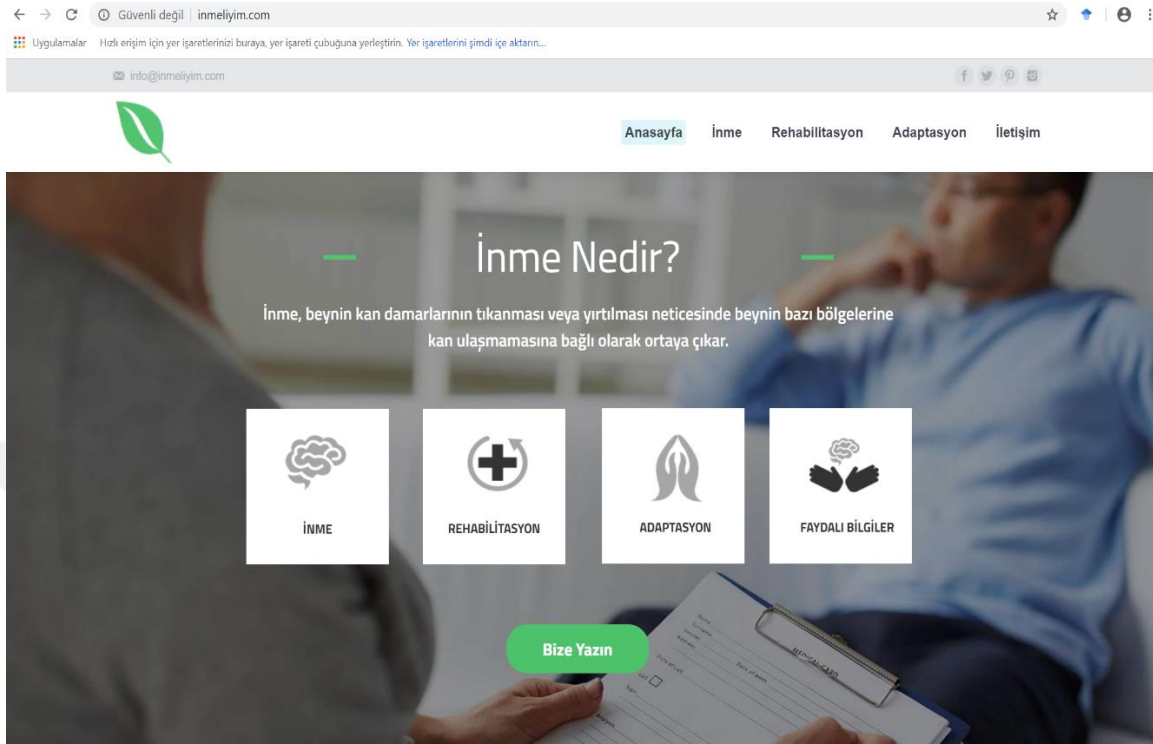


İÇİNDEKİLER

1. İnme hakkında genel bilgiler
 - 1a. İnmenin tanımı
 - 1b. İnmeye yol açan risk faktörleri
 - 1c. İnme belirtileri
 - 1d. İnme çeşitleri
 - 1e. Tanı yöntemleri
 - 1f. Tedavi yöntemleri
 - 1g. İnme tekrarı önlenmesi
2. İnme rehabilitasyonu
 - 2a. Hijyen gereksinimleri
 - 2b. Yutma güçlüğü
 - 2c. İletişim kurma güçlüğü
 - 2d. Duyu (his) sorunları
 - 2e. Boşaltım sorunları
 - 2f. Bütünlük
 - 2g. Uyku
 - 2h. Ağrı
 - 2i. Kas sorunları
 - 2j. Bilişsel değişiklikler
 - 2k. Psikolojik ve davranışsal değişiklikler
 - 2l. Cinsel sorunlar
3. Günlük yaşam adaptasyonu sağlanması
 - 3a. Güvenli çevrenin sağlanması
 - 3b. Fiziksel aktivite ve egzersiz
 - 3c. İş ve sosyal hayata katılma

Şekil 1: İnmeli Hasta ve Hasta Yakını Bilgilendirme Kitapçığı

Web sayfasında da kitapçık için hazırlanan içerikten yararlanıldı. Web sayfasının oluşturulmasında profesyonellerden yardım alındı. Web sayfasının kullanımı konusunda yine farklı eğitim düzeylerindeki insanlardan görüş alınarak bu doğrultuda düzenlemeler yapıldı. Web sayfasında kitapçıkta yer alan bilgiler dışında araştırmacıya ulaşmak için ücretsiz üye olabilecekleri bir linke de yer verildi (Şekil 2).



Şekil 2. İnmeli Hasta ve Hasta Yakını Bilgilendirme Web Sayfası

Hazırlıklar yapıldıktan sonra hastalar 3 gruba randomize edildi. Tüm hastalara (hasta odasında) ve yakınlarına (hemşire odasında) eğitim öncesinde veri toplama araçları uygulandı. Verilerin toplanması yaklaşık 30 dakika sürdü. Ardından hasta ve yakınlarına eğitim uygulandı. Kitapçık ve web grubundakilere, ihtiyaçları göz önüne alınarak hasta ve yakınlarına aynı anda eğitim verildi. Eğitim yaklaşık 40-50 dk sürdü. Eğitim sonunda kitapçık grubundakilere kitapçık, web grubundakilere web sayfasının adresi (www.inmeliyim.com) verildi. Aynı zamanda araştırmacının iletişim bilgileri hasta yakınlarıyla paylaşarak 3 ay boyunca her hafta aranacakları konusunda bilgilendirildiler. Bu süre boyunca web sayfasına girmeleri, ihtiyaçları oldukça okumaları istendi. Kontrol grubundakilere veri toplama araçları uygulandıktan sonra hastanenin rutin prosedürü dışında herhangi bir girişim uygulanmadı. Hastanenin rutin prosedürü olarak taburculuk öncesinde warfarin kullanan hastalarda dikkat edilmesi gerekenler konusunda 1 sayfadan oluşan bilgilendirme formu hemşireler tarafından verilmektedir.

Kitapçık ve web grubundaki hastaların yakınları her hafta aranarak hasta ve kendileriyle ilgili sağlık gereksinimleri sorgulandı. Hastaların genel olarak mobilizasyon ve günlük yaşama katılım konularında isteksiz olduğu görülürken hasta yakınlarının psikolojik (baş ağrısı,

uykusuzluk) sorunlar yaşadığı görüldü. Her bir telefon görüşmesi yaklaşık 10 dakika sürdü. Hasta yakınlarının müsait olmadığı zamanlarda tekrar aranarak görüşmeler aksatılmadı.

3 ayın sonunda tüm hasta ve yakınları yeniden aranarak veri toplama araçları uygulandı. Kontrol grubundaki hasta ve yakınları da 3 ayın sonunda değerlendirildikten sonra eğitim olanağından onların da yararlanabilmesi amacıyla telefonda eğitim verilerek kendileriyle web sayfasının adresi paylaşıldı.

Yine 3 ayın sonunda her gruptaki hasta yakınlarıyla derinlemesine görüşme yapılmak istendiği söylendi. Görüşme ve ses kaydı yapılmasını kabul eden hasta yakınlarıyla (web: 3, kitapçık: 2, kontrol: 1) yazılı izinleri alınarak onların uygun bulunduğu yer ve zamanda görüşme sağlandı. Görüşmeler yaklaşık 30 dakika sürdü.

3.7. Veri Toplama Araçları

3.7.1. Hasta ve Hasta Yakını Bilgi Formu

Hastaların sosyodemografik ve hastalığına ait özelliklerine ilişkin sorular soruldu. Formda sosyodemografik olarak yaş, cinsiyet, eğitim ve ekonomik durum, hastalığa ilişkin olarak geçirilen inme tipi, sigara-alkol kullanımı, boy-kilo gibi özelliklere yer verildi.

3.7.2. Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Skalası (NIHSS)

İnmeli hastanın nörolojik defisitinin ağırlığını değerlendirmek amacıyla kullanılan, hastanın prognozu hakkında bilgi veren klinik ölçektir. Ölçek bilinç düzeyi, emirlere verilen yanıt, ekstraoküler kas hareketleri, görme alanı, kol ve bacak motor hareketleri, ekstremitate ataksisi, duyu kaybı, afazi, dizartri ve nörolojik ihmali araştıran 11 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 42'dir. Alınan puan düştükçe hastanın durumunun iyiliği anlaşılmaktadır (**Lyden ve ark. 2001; Uzuner ve ark. 2016**).

3.7.3. Modifiye Barthel İndeksi (MBI)

Modifiye Barthel İndeksi (MBI) 1965 yılında Mahoney ve Barthel tarafından geliştirilen Barthel İndeksinin 1989 yılında Shah ve arkadaşları tarafından modifiye edilmesiyle oluşturulmuştur. Modifiye edilmiş şekliyle fonksiyonel bağımsızlığın ölçülmesinde daha spesifik hale gelmiştir (**Shah ve ark. 1989; Yarkony ve ark. 1990; Shah 1994**). Hastaların günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmede Türk hastalarda adaptasyonu yapılmıştır (**Yavuzer ve ark. 2000**). İnmeli hastalarda Barthel indeksi fonksiyonel değerlendirme ölçeği olarak kullanılmaktadır (**Shah**

ve ark. 1989; Shah 1994). MBI ile transfer, hareket, merdiven çıkma, beslenme, giyinme, kişisel bakım, banyo ve tuvalet, idrar-gaita inkontinansı gibi toplam 10 fonksiyonel durumla ilgili bağımsızlık düzeyleri değerlendirilmektedir. Toplam skor 0-100 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan sıfır puan tam bağımlılığı, 100 puan ise tam bağımsızlığı göstermektedir (**Yavuzer 2000**).

3.7.4. Modifiye Rankin Skalası (mRS)

Fonksiyonel bağımlılığı ve iyileşmeleri değerlendirmede kullanılan skalalardan biridir. Toplam 6 kategoriden oluşur. Bu kategoriler ile bireyin günlük yaşamı sürdürürken ortaya çıkan engelliliğe bağlı olarak ne kadar yardıma ihtiyacı olduğu değerlendirilir. Modifiye Rankin skalasına göre 1-2 puan alanlar bağımsız, 3 ve üzerinde puan alanlar bağımlı olarak kabul edilirler (**Rundek ve Sacco 2004**).

3.7.5. Normal Yaşama Yeniden Katılım İndeksi

Daneski ve ark. tarafından geliştirilmiş ve Demirdel ve Bayramlar tarafından da Türkçe versiyonunun geçerliği ve güvenilirliği yapılmıştır. 10 maddeden oluşan ölçek 11-55 puan arasında değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan günlük yaşama adaptasyonunun iyi olduğunu göstermektedir (**Daneski ve ark. 2003; Demirdel ve Bayramlar 2014**).

3.7.6. Genelleştirilmiş Özyeterlilik Ölçeği

Jerusalem ve Schwarzer tarafından 1979 yılında geliştirilmiş ve Usta Yeşilbalkan tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır. Ölçekten elde edilebilecek puan 10-40 arasında değişmektedir. Alınan puanın artması bireyin özyeterliliğinin yüksek olduğunu göstermektedir (**Yesilbalkan 2005**).

3.7.7. Yaşam kalitesi Kısa Formu (SF-12)

Ware ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek fiziksel işlevsellik, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, duygusal rol, mental sağlık, sosyal işlevsellik ve canlılık alt bileşenlerinden oluşmaktadır. Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur. Her alt bileşenden ve özet skordan alınabilecek puan 0-100 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması bireyin yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir (**Ware ve ark. 1996**).

3.7.8. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği

Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilen ölçek 2006 yılında İnci tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. 22 maddeden oluşan likert tipi ölçekten alınan puan 0 ile 88 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması bakım verme yükünün fazla olduğunu göstermektedir (Zarit ve ark. 1980; İnci 2006).

3.7.9. Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği

Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği, Archbold ve Stewart tarafından geliştirilen 9 maddeden oluşan bir ölçektir (Zwicker 2010). Ölçeğin, Türkçe'ye uyarlaması Karaman ve Karadakovan tarafından yapılmıştır. Ölçeğin 8 maddesine ek olarak bakıma daha iyi hazırlanmak istedikleri alanı sorgulayan açık uçlu soru yer almaktadır. 5'li likert tipteki ölçekten toplam alınacak puan 0-32 puan arasında değişmektedir. Ölçekten yüksek puan almak bakım vericilerin bakım vermeye kendilerini hazır hissettiklerini göstermektedir (Karaman ve Karadakovan 2015).

3.7.10. Yarı Yapılandırılmış Derinlemesine Görüşme Formu

Çalışmanın niteliksel bölümünde inmeli hastaların bakım vericileri ile görüşmek için Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu kullanıldı. Bu formla bakım verici ve hastayla ilgili genel bilgiler, bakım vericinin sağlık durumu, beklentileri, duygu ve düşünceleri ayrıntılı olarak irdelendi.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Tanımlayıcı istatistiklerde sayı, %, ortalama ve standart sapma verildi. Grupların tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılmasında kategorik değişkenlerde ki-kare testi kullanıldı. Üç grubun bağımlı değişkenlerinin puan ortalamasının (yaşam kalitesi, özyeterlilik, normal yaşama yeniden katılma, nörolojik defisit, fonksiyonel bağımsızlık düzeyi, bakım vermeye hazır oluşluk, bakım verici yükü) karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi (ileri analizi Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi) kullanıldı. Her bir grubun yatışta ve üçüncü aydaki bağımlı değişken puan ortalamalarının karşılaştırılmasında (grup içi farklar) Wilcoxon Signed rank testi kullanıldı. Önemlilik düzeyi $p < .05$ olarak kabul edildi. Derinlemesine görüşme yöntemiyle toplanılan veriler tematik analiz yöntemiyle incelendi.

3.9. Araştırmanın kısıtlılıkları

Araştırmanın tek bir klinikte gerçekleştirilmesi, hasta ve bakım vericilerin takiplerinin 3. ayın sonunda sonlandırılmış olması ve fonksiyonel bağımlılık düzeyleri yüksek olan hastaların çalışmaya dahil edilmemesinin araştırmanın kısıtlılıkları olduğu dűřünűlmektedir.



4. BULGULAR

İnmeli hastalar ve yakınlarına verilen eğitimin günlük yaşama katılım, özyeterlilik, yaşam kalitesi ve bakım verici yükü üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiş bu araştırmada bulgular 7 başlık altında sunulmuştur.

1. Hastalara ve yakınlarına ilişkin tanımlayıcı bulgular
 - a. Tanımlayıcı özellikler
 - b. Hastaların inme skorları
 - c. Bakım vericilerin bakıma hazır oluşluk düzeyleri
2. Hastaların fonksiyonel durumuna ilişkin bulgular
 - a. Fonksiyonel bağımlılık düzeyleri
 - b. Normal yaşama katılım düzeyleri
3. Hasta ve yakınlarının genelleştirilmiş özyeterlilik düzeylerine ilişkin bulgular
4. Hasta ve yakınlarının yaşam kalitesi düzeylerine ilişkin bulgular
5. Hasta yakınlarının bakım verme yüküne ilişkin bulgular
6. Hastaların inme şiddeti, fonksiyonel durum, normal yaşama katılım, genelleştirilmiş özyeterlilik ve yaşam kalitelerinin birbiriyle ilişkisi
7. Hasta yakınlarının genelleştirilmiş özyeterlilik, bakım verme yükü, bakıma hazır oluşluk ve yaşam kalitelerinin birbiriyle ilişkisi

4.1. Hastalara ve Yakınlarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Çalışma gruplarında bulunan hastaların tanımlayıcı özellikleri Tablo 4-1-1'de verilmiştir.

Tablo 4-1-1: Hastalara İlişkin Tanımlayıcı Özellikler

Özellikler	Kontrol (n:20)		Web (n: 20)		Kitapçık (n: 19)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet								
Erkek	14	70.0	9	45.0	8	42.1	3.731	.155
Kadın	6	30.0	11	55.0	11	57.9	(sd: 2)	
Eğitim								
Okur yazar	3	15.0	1	5.0	5	26.3		
İlköğretim	15	75.0	11	55.0	8	42.1	8.294	.081
Lise ve üzeri	2	10.0	8	40.0	6	31.6	(sd: 4)	
Medeni durum								
Bekar	3	15.0	6	30.0	4	21.1	1.325	.515
Evli	17	85.0	14	70.0	15	78.9	(sd: 2)	
Çalışma durumu								
Çalışıyor	2	10.0	4	20.0	7	36.8	4.159	.125
Çalışmıyor	18	90.0	16	80.0	12	63.2	(sd: 2)	
Gelir durumu								
İyi	4	20.0	3	15.0	5	26.3	.772	.680
Orta/kötü	16	80.0	17	85.0	14	73.7	(sd: 2)	
Sigara kullanımı								
Evet	5	25.0	4	20.0	8	42.1	2.536	.281
Hayır	15	75.0	16	80.0	11	57.9	(sd: 2)	
Alkol kullanımı								
Evet	1	5.0	1	5.0	4	21.1	3.634	.163
Hayır	19	95.0	19	95.0	15	78.9	(sd: 2)	
İnmeden etkilenen bölge								
Sağ hemisfer	11	55.0	11	55.0	10	52.6	.029	.986
Sol hemisfer	9	45.0	9	45.0	9	47.4	(sd: 2)	
Ek sağlık sorunu								
Var	18	90.0	15	75.0	16	84.2	1.625	.444
Yok	2	10.0	5	25.0	3	15.8	(sd: 2)	
		$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$	KW	p
Hasta yaşı		65.25±14.61		61.00±16.96		59.37±17.89	.863	.650
Tanı süresi		7.25±3.71		6.65±4.63		6.47±4.19	1.605	.448
Hasta BKİ		28.30±4.49		27.50±4.48		28.47±6.10	.097	.953

AY: Gruplardaki örneklem sayısı analiz için yetersizdir (n<5).

χ^2 : Pearson Ki-kare analizi

KW: Kruskal Wallis testi (sd: 2)

Çalışma gruplarında bulunan hastaların cinsiyet, eğitim, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi, sigara ve alkol kullanımı, inmeden etkilenen bölge ve ek sağlık sorunu dağılımları ile yaş, tanı süresi ve BKİ ortalaması arasındaki fark incelendiğinde, üç grubun tanımlayıcı özellikler yönünden benzer/homojen olduğu belirlendi (Tablo 4-1-1).

Üç grupta bulunan hasta yakınlarının cinsiyet, çalışma durumu, bakım verdiği hastası dışında baktığı kişinin olması, hastaya yakınlığına göre dağılımları, yaş ve BKİ ortalamaları yönünden benzer olduğu belirlendi (Tablo 4-1-2). Ancak eğitim, medeni durum ve gelir durumu açısından gruplar arasında fark olduğu saptandı. Hasta yakınlarının eğitim durumuna göre dağılımları incelendiğinde, üç çalışma grubu arasında anlamlı fark olduğu ($p<.01$) ve ileri analizde farkın tüm gruplar arasında olduğu (her üç grubun birbirinden anlamlı düzeyde farklı olduğu) belirlendi ($p<.05$). Hasta yakınlarının medeni duruma göre dağılımları incelendiğinde, üç çalışma grubu arasında anlamlı düzeyde fark olduğu ($p<.05$), farkın Web grubundan kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4-1-2).

Tablo 4-1-2: Hasta Yakınlarına İlişkin Tanımlayıcı Özellikler

Özellikler	Kontrol (n: 20)		Web (n: 20)		Kitapçık (n: 19)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet								
Erkek	4	20.0	5	25.0	4	21.1	.161	.923
Kadın	16	80.0	15	75.0	15	78.9	(sd: 2)	
Eğitim								
Okur Yazar ^a	2	10.0	1	5.0	-	-	12.389	.002
İlköğretim ^a	12	60.0	2	10.0	8	42.1	(sd: 2)	
Lise ve üzeri	6	30.0	17	85.0	11	57.9		
Medeni durum								
Bekar	3	15.0	10	50.0	4	21.1	6.795	.033
Evli	17	85.0	10	50.0	15	78.9	(sd: 2)	
Çalışma durumu								
Çalışıyor	6	30.0	12	60.0	7	36.8	4.037	.133
Çalışmıyor	14	70.0	8	40.0	12	63.2	(sd: 2)	

Tablo 4-1-2: Hasta Yakınlarına İlişkin Tanımlayıcı Özellikler (devamı)

Gelir durumu								
İyi	2	10.0	3	15.0	8	42.1	6.718	.035
Orta/kötü	18	90.0	17	85.0	11	57.9	(sd: 2)	
Hastası dışında baktığı kişi								
Yok	11	55.0	14	70.0	17	89.5	5.666	.059
Var	9	45.0	6	30.0	2	10.5	(sd: 2)	
Bakım verdiği hastaya yakınlığı								
Eş	11	55.0	3	15.0	6	31.6		
Çocuk	9	45.0	14	70.0	10	52.6	9.019	.061
Anne/baba/kardeş	-	-	3	15.0	3	15.8		
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		KW	p	
Yaş		47.55±11.56	42.35±13.10	45.16±14.89		2.348	.309	
BKİ		25.70±4.14	25.15±4.36	27.74±6.04		2.480	.289	

χ^2 : Pearson Ki-kare analizi

AY: Analiz yapılamadı.

a: Gruplardaki örneklem sayısı az, beklenen sayı <1 olduğu için gruplar birleştirilerek analiz yapıldı.

KW: Kruskal Wallis testi (sd: 2)

Tablo 4-1-3. Hastaların NIHSS'e göre İnme Skorları

Grup	n	$\bar{x} \pm SS$	KW	p
Kontrol	20	3.30±2.15		
Web	20	2.05±1.79	3.611	.164
Kitapçık	19	2.89±2.00		

KW: Kruskal Wallis

Araştırmadaki hastaların NIHSS'e göre nörolojik defisitleri değerlendirildi, gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı (p=.164, Tablo 4-1-3).

Tablo 4-1-4. Hasta Yakınlarının Bakıma Hazır Oluşluk Düzeyleri

Grup	n	$\bar{x} \pm SS$	KW	p
Kontrol	20	24.25±6.32		
Web	20	24.35±4.27	1.665	.435
Kitapçık	19	25.68±5.13		

KW: Kruskal Wallis testi (sd: 2)

Kontrol grubu (24.25±6.32), web (24.35±4.27) ve kitapçıkla (25.68±5.13) taburculuk eğitimi verilen üç grupta bulunan hasta yakınlarının bakım vermeye hazır oluşluk puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmadı ($p > .05$, Tablo 4-1-4).

4.2. Hastaların Fonksiyonel Durumlarına İlişkin Bulgular

Kontrol grubu (2.35±.75), web (2.00±.86) ve kitapçık (2.11±.74) ile taburculuk eğitimi verilen üç gruptaki hastaların yatıştaki fonksiyonel bağımsızlık puan ortalaması incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p > .05$, Tablo 4-2-1). Yatış ile üçüncü ay arasında oluşan farklar açısından üç grup karşılaştırıldığında, gruplar arasında fark görülmedi ($p = 0.564$).

Tablo 4-2-1: Hastaların Modifiye Rankin Skalasına Göre Fonksiyonel Durum Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	Yatışta	Üç Ay Sonra	Fark	Z	p
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Kontrol (n: 20)	2.35±.75	.95±.89	-1.40	3.938	.000*
Web (n: 20)	2.00±.86	.35±.59	-1.65	4.005	.000*
Kitapçık (n: 19)	2.11±.74	.63±.68	-1.47	3.938	.000*
KW	2.035	5.882	1.144		
p	.361	.053	.564		

Z: Wilcoxon Signed rank testi

KW: Kruskal Wallis testi (sd: 2)

* $p < .001$

Üçüncü ayda, üç grubun **fonksiyonel durum** puan ortalaması (kontrol: $.95 \pm .89$, web: $.35 \pm .59$, kitapçık: $.63 \pm .68$) arasında, istatistiksel olarak sınırdan da olsa fark olduğu saptandı ($p=.053$, Tablo 4-2-1).

Her bir grupta yatışta ve üçüncü aydaki fonksiyonel durum puanları arasındaki fark incelendiğinde;

- Kontrol grubundaki hastaların üçüncü ayda fonksiyonel bağımsızlık puan ortalamasının ($.95 \pm .89$) yatıştakine ($2.35 \pm .75$) göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak düştüğü ($p<.001$),
- Web ile taburculuk eğitimi verilen gruptaki hastaların üçüncü ayda fonksiyonel bağımsızlık puan ortalamasının ($.35 \pm .59$) yatıştakine ($2.00 \pm .86$) göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak düştüğü ($p<.001$),
- Kitapçık ile taburculuk eğitimi verilen gruptaki hastaların da üçüncü ayda fonksiyonel bağımsızlık puan ortalamasının ($.63 \pm .68$) yatıştakine ($2.11 \pm .74$) göre düştüğü ($p<.001$) belirlendi (Tablo 4-2-1).

Düşüşün hangi grupta daha fazla olduğunu belirlemek üzere puan farkları incelendiğinde; üçüncü ayda fonksiyonel durum puan ortalaması kontrol grubunda -1.40 puan, web ile eğitim grubunda -1.65 puan, kitapçık ile eğitim grubunda ise -1.47 puan azaldı. Grupların üçüncü aydaki fonksiyonel durum puanlarındaki düşüş farkının benzer olduğu ve gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı bulundu ($p>.05$, Tablo 4-2-1).

Kontrol grubu (72.75 ± 16.51), web (81.00 ± 14.81) ve kitapçık (75.79 ± 14.18) ile taburculuk eğitimi verilen hastaların **yatıştaki** MBI'ye göre bağımsızlık puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>.05$, Tablo 4-2-2). Yatış ile üçüncü ay arasında oluşan farklar açısından üç grup karşılaştırıldığında, gruplar arasında fark görülmedi ($p=0.552$).

Tablo 4-2-2: Hastaların Modifiye Barthel İndeksine Göre Bağımsızlık Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	Yatışta	Üç Ay Sonra	Fark	Z	p
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Kontrol (n: 20)	72.75±16.51	92.50±9.86	19.75±13.09	3.785	.000*
Web (n: 20)	81.00±14.81	97.45±4.80	16.45±13.02	3.623	.000*
Kitapçık (n: 19)	75.79±14.18	95.47±7.82	19.68±10.31	3.725	.000*
<i>KW</i>	3.028	5.145	1.187		
<i>p</i>	.220	.076	.552		

Z: Wilcoxon Signed rank testi.

KW: Kruskal Wallis testi (sd: 2)

* $p < .001$

Üçüncü ayda, üç grubun Barthel puan ortalaması (kontrol: 92.50±9.86, web: 97.45±4.80, kitapçık: 95.47±7.82) arasında, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da fark olduğu saptandı ($p=.076$, Tablo 4-2-2).

Her bir grupta yatışta ve üçüncü aydaki fonksiyonel durum puanları arasındaki fark incelendiğinde;

- Kontrol grubundaki hastaların üçüncü ayda bağımsızlık puan ortalamasının (92.50±9.86) yatıştakine (72.75±16.51) göre ileri düzeyde anlamlı olarak arttığı ($p<.001$),
- Web grubundaki hastaların üçüncü ayda bağımsızlık puan ortalamasının (97.45±4.80) yatıştakine (81.00±14.81) göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak arttığı ($p<.001$),
- Kitapçık ile taburculuk eğitimi verilen gruptaki hastaların da üçüncü ayda bağımsızlık puan ortalamasının (95.47±7.82) yatıştakine (75.79±14.18) göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak arttığı ($p<.001$) belirlendi (Tablo 4-2-2).

Puan artışının hangi grupta daha fazla olduğunu belirlemek üzere puan farkları incelendiğinde; hastalarda üçüncü ayda bağımsızlık puan ortalaması kontrol grubunda 19.75 puan, Web ile eğitim grubunda 16.45 puan, kitapçık ile eğitim verilen grupta 19.68 puan arttı. Grupların üçüncü aydaki bağımsızlık puanlarındaki artış farkı ortalamasının benzer olduğu ve gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı görüldü ($p>.05$, Tablo 4-2-2).

Tablo 4-2-3: Hastaların Normal Yaşama Yeniden Katılım İndeksi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	Yatışta	Üç Ay Sonra	Fark	Z	p
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Kontrol (n: 20)	35.95±7.89	44.35±5.46	8.40	3.326	.001**
Web (n: 20)	40.95±6.81	48.85±4.98	7.90	3.641	.000***
Kitapçık (n: 19)	37.47±6.70	48.05±5.90	10.58	3.826	.000***
<i>KW</i>	4.993	6.291	2.240		
<i>p</i>	.082	.043*	.326		
		<i>Kontrol <web</i>			
<i>Fark</i>		<i>Kontrol-kitap p:</i>			
		.099(!)			

Z: Wilcoxon Signed rank testi.

KW: Kruskal Wallis testi (sd: 2)

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Kontrol grubu (35.95±7.89), web (40.95±6.81) ve kitapçık (37.47±6.70) ile taburculuk eğitim verilen üç grubun **yatıştaki** normal yaşama yeniden katılma indeksi puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptandı (p>.05, Tablo 4-2-3). Yatış ile üçüncü ay arasında oluşan farklar açısından üç grup karşılaştırıldığında, gruplar arasında fark görülmedi (p=0.326).

Üçüncü ayda, üç grubun normal yaşama yeniden katılma indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı (p=.043). İleri analizde farkın kontrol grubu (44.35±5.46) ile web grubu (48.85±4.98) arasında olduğu saptandı (Tablo 4-2-3).

Her bir grupta yatışta ve üçüncü aydaki normal yaşama yeniden katılım puanları arasındaki fark incelendiğinde;

- Kontrol grubundaki hastaların üçüncü aydaki puan ortalamasının (44.35±5.46) yatıştakine (35.95±7.89) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu (p<.01),
- Web grubunda üçüncü aydaki puan ortalamasının (48.85±4.98) yatıştakine (40.95±6.81) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu (p<.01),
- Kitapçık grubunda üçüncü aydaki puan ortalamasının (48.05±5.90) yatıştakine (37.47±6.70) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu (p<.01) saptandı.

4.3. Hasta ve Yakınlarının Genelleştirilmiş Özyeterlilik Düzeylerine İlişkin Bulgular

Kontrol grubu (19.45 ± 5.22), web (20.35 ± 5.26) ve kitapçık (20.05 ± 5.33) ile taburculuk eğitimi verilen üç gruptaki hastaların **yatıştaki** genelleştirilmiş özyeterlilik puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p > .05$, Tablo 4-3-1). **Üçüncü ayda** da, üç grubun genelleştirilmiş özyeterlilik puan ortalamaları (Kontrol: 17.75 ± 3.48 , Web: 20.60 ± 5.43 , Kitapçık: 19.84 ± 4.05) arasında anlamlı fark bulunmadı ($p > .05$, Tablo 4-3-1). Yatış ile üçüncü ay arasında oluşan farklar açısından üç grup karşılaştırıldığında, gruplar arasında fark görülmedi ($p = 0.513$).

Hastaların yatışta ve üçüncü aydaki genelleştirilmiş özyeterlilik puan ortalamaları arasındaki grup içi fark incelendiğinde, üç grupta da anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p > .05$, Tablo 4-3-1).

Tablo 4-3-1: Hastaların Genelleştirilmiş Özyeterlilik Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	n	Yatışta	Üç Ay Sonra	Fark	Z	p
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Kontrol	20	19.45 ± 5.22	17.75 ± 3.48	-1.70 ± 4.87	1.418	.156
Web	20	20.35 ± 5.26	20.60 ± 5.43	0.25 ± 5.21	.169	.866
Kitapçık	19	20.05 ± 5.33	19.84 ± 4.05	-0.21 ± 5.26	.171	.864
KW		.097	3.422	1.336		
p		.953	.181	0.513		

Z: Wilcoxon Signed rank testi.

KW: Kruskal Wallis testi (sd: 2)

Kontrol grubu, web ve kitapçık ile taburculuk eğitimi verilen üç gruptaki hasta yakınlarının **yatıştaki** genelleştirilmiş özyeterlilik puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p > .05$, Tablo 4-3-2). **Üçüncü ayda**, üç gruptaki hasta yakınlarının puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark saptandı ($p = .033$). İleri analizde gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında, Web ve kitapçık ile taburculuk eğitimi alan hasta yakınlarının genelleştirilmiş özyeterlilik puan ortalamasının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p < .05$). Web ve kitapçık grubundaki hasta yakınları arasında genelleştirilmiş özyeterlilik puan ortalamalarında anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p > .05$, Tablo 4-3-2). Yatış ile üçüncü ay arasında oluşan farklar açısından üç grup karşılaştırıldığında, gruplar arasında fark görülmedi ($p = 0.513$).

Tablo 4-3-2: Hasta Yakınlarının Genelleştirilmiş Özyeterlilik Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	n	Yatışta	Üç Ay Sonra	Fark	Z	p
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Kontrol ^a	20	21.75±4.23	19.55±4.54	-2.20±3.48	2.472	.013
Web ^b	20	25.05±4.62	22.85±3.57	-2.20±3.98	2.250	.024
Kitapçık ^c	19	23.16±4.83	23.32±3.77	0.15±2.73	.383	.702
KW		4.799	6.840	1.336		
p		.091	.033	0.513		
Fark			<i>a < b, c</i>			
			Kontrol<web, kitapçık			

Z: Wilcoxon Signed Rank testi.

KW: Kruskal Wallis testi (sd: 2)

Gruplara göre ayrı olarak, hasta yakınlarının yatışta ve üçüncü aydaki genelleştirilmiş özyeterlilik puan ortalaması arasındaki fark incelendiğinde;

- Kontrol grubundaki hasta yakınlarının üçüncü aydaki genelleştirilmiş özyeterlilik puan ortalamasının yatışa göre anlamlı düzeyde düşük olduğu (p=.013),
- Web ile taburculuk eğitimi verilen gruptaki hasta yakınlarının üçüncü aydaki genelleştirilmiş özyeterlilik puan ortalamasının yatışa göre anlamlı düzeyde düşük olduğu (p=.024),
- Kitapçıkla eğitim verilen gruptaki hasta yakınlarının yatışta ve üçüncü aydaki genelleştirilmiş özyeterlilik puan ortalaması arasında fark olmadığı (p>.05) bulundu (Tablo 4-3-2).

4.4. Hasta ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi (SF-12) Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 4-4-1: Hastaların SF-12 Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları	Grup	Yatışta	Üç Ay Sonra	Z	p
	n: 20/20/19	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Genel sağlık	Kontrol ^a	38.75±18.98	38.75±17.16	.000	1.000
	Web ^b	35.00±14.96	51.25±9.85	3.127	.002
	Kitapçık ^c	38.16±12.82	51.32±21.20	2.500	.012
	<i>KW</i>	.781	6.838		
	<i>p</i>	.677	.033		
	<i>Fark</i>		<i>a < b a-c: ,071</i>		
Fiziksel işlevsellik	Kontrol ^a	37.50±35.82	37.50±22.21	.179	.858
	Web ^b	60.00±39.24	66.25±23.33	1.227	.220
	Kitapçık ^c	46.05±33.61	63.16±25.51	2.037	.042
	<i>KW</i>	3.692	14.097		
	<i>p</i>	.158	.001		
	<i>Fark</i>		<i>a < b, c</i>		
Fiziksel rol	Kontrol ^a	42.50±49.40	20.00±37.70	1.809	.070
	Web ^b	70.00±41.04	75.00±41.36	.263	.793
	Kitapçık ^c	63.16±43.60	57.89±47.91	.439	.660
	<i>KW</i>	3.545	13.854		
	<i>p</i>	.170	.001		
	<i>Fark</i>		<i>a < b, c</i>		
Duygusal rol	Kontrol ^a	37.50±42.53	22.50±41.28	1.473	.141
	Web ^b	70.00±37.70	62.50±42.53	.553	.580
	Kitapçık ^c	63.16±43.60	55.26±46.83	.426	.670
	<i>KW</i>	6.196	8.651		
	<i>p</i>	.045	.013		
	<i>Fark</i>	<i>a < b a-c: ,071</i>	<i>a < b, c</i>		
Ağrı	Kontrol ^a	73.75±28.65	57.50±21.61	2.175	.030
	Web ^b	81.25±26.75	88.75±20.64	1.897	.058
	Kitapçık ^c	67.11±33.39	72.37±32.16	.771	.441
	<i>KW</i>	1.817	17.032		
	<i>p</i>	.403	.000 (p<.001)		
	<i>Fark</i>		<i>a < c < b</i>		

Tablo 4-4-1: Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-12) alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (devamı)

Mental sağlık	Kontrol ^a	48.50±20.59	47.00±15.59	.330	.741
	Web ^b	57.50±24.03	67.00±21.30	1.411	.158
	Kitapçık ^c	54.74±25.25	53.16±27.50	1.157	.875
	<i>KW</i>	1.672	8.871		
	<i>p</i>	.433	.012		
	<i>Fark</i>		<i>a < b</i>		
Canlılık	Kontrol ^a	40.00±30.44	26.00±21.62	1.711	.087
	Web ^b	36.00±29.45	45.00±25.03	1.177	.239
	Kitapçık ^c	32.63±26.00	43.16±27.70	1.845	.065
	<i>KW</i>	.435	6.915		
	<i>p</i>	.805	.032		
	<i>Fark</i>		<i>a < b, c</i>		
Sosyal işlevsellik	Kontrol ^a	55.00±32.04	50.00±31.41	.744	.457
	Web ^b	80.00±26.41	76.25±26.25	.482	.630
	Kitapçık ^c	76.32±24.26	67.11±33.39	1.236	.217
	<i>KW</i>	7.724	6.494		
	<i>p</i>	.021	.039		
	<i>Fark</i>	<i>a < b, c</i>	<i>a < b</i>		

Z: Wilcoxon Signed rank testi. (Grup içi öntest-sontest fark analizi)

KW: Kruskal Wallis testi (sd: 2) (gruplar arası fark analizi)

Farklı yöntemlerle eğitim verilen üç gruptaki hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyut puanları incelendiğinde;

Hastaların **genel sağlık** alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, **yatıftaki** puan ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı fark olmadığı ($p > .05$, Tablo 4-4-1), **üçüncü ayda** ise fark olduğu saptandı ($p < .05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, web ile eğitim alan hasta grubunun (51.25 ± 9.85) puan ortalamasının kontrol grubuna (38.75 ± 17.16) göre yüksek olduğu belirlendi ($p < .05$). Kitapçık ile eğitim alan hasta grubunun (51.32 ± 21.20) puan ortalamasının kontrol grubuna göre yüksek olmakla birlikte, anlamlılık düzeyinin sınırda olduğu ($p: .071$) belirlendi ($p > .05$). Web ve kitapçık ile eğitim verilen grupların puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmadı ($p > .05$, Tablo 4-4-1).

Hastaların **fiziksel işlevsellik** alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, **yatıştaki** puan ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı fark olmadığı ($p>.05$), üçüncü **ayda** ise fark olduğu saptandı ($p<.01$). İleri analizde, web ve kitapçıkla taburculuk eğitimi alan gruplardaki hastaların puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<.05$). Web ve kitapçık ile eğitim verilen grupların puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>.05$, Tablo 4-4-1).

Hastaların **fiziksel rol** alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, **yatıştaki** puan ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı fark olmadığı ($p>.05$, Tablo 4-4-1), üçüncü ayda ise fark olduğu saptandı ($p<.01$). İleri analizde, Web ve kitapçıkla taburculuk eğitimi alan çalışma gruplarındaki hastaların puan ortalamasının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<.05$). Web ve kitapçık ile eğitim verilen grupların puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p>.05$, Tablo 4-4-1).

Hastaların **duygusal rol** alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, **yatıştaki** puan ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu ($p=.045$) saptandı. İleri analizde, kontrol grubundaki hastaların puan ortalamasının web grubuna göre anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p<.05$), diğer ikili gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı bulundu ($p>.05$). **Üçüncü ayda** da puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p=.013$). İleri analizde, web ve kitapçıkla taburculuk eğitimi alan grupların puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<.05$). Web ve kitapçık ile eğitim verilen grupların puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>.05$, Tablo 4-4-1).

Hastaların **ağrı** alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, **yatıştaki** puan ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı fark olmadığı ($p>.05$), **üçüncü ayda** ise fark olduğu saptandı ($p<.001$). İleri analizde, Web ile eğitim alan hastaların puan ortalamalarının hem kitapçık hem kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<.05$), ayrıca kitapçık grubunun puan ortalamasının da kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<.05$, Tablo 4-4-1).

Hastaların **mental sağlık** alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, yatıştaki puan ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı fark olmadığı ($p>.05$), üçüncü ayda ise fark olduğu saptandı ($p<.012$). İleri analizde, Web ile eğitim alan gruptaki hastaların puan ortalamasının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<.05$). Diğer ikili grupların (Web ve

kitapçık grubu arasında, kitapçık grubu ile kontrol grubu arasında) puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>.05$, Tablo 4-4-1).

Hastaların **canlılık** alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, yatıştaki puan ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı fark olmadığı ($p>.05$), üçüncü ayda ise fark olduğu saptandı ($p<.032$). İleri analizde, Web ve kitapçık gruplarının puan ortalamasının kontrol grubuna göre yüksek olduğu saptandı ($p<.05$). Web ve kitapçık gruplarının puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark bulunmadı ($p>.05$, Tablo 4-4-1).

Hastaların **sosyal işlevsellik** alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, yatıştaki puan ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı fark bulundu ($p=.021$). İleri analizde, Web ve kitapçık gruplarının puan ortalamasının kontrol grubuna göre yüksek olduğu saptandı ($p<.05$). Web ile kitapçık grubunun puan ortalaması arasında fark bulunmadı ($p>.05$). Hastaların sosyal işlevsellik alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, üçüncü ayda da gruplar arasında fark olduğu saptandı ($p<.039$). İleri analizde, Web ve kitapçıkla taburculuk eğitimi alan grupların puan ortalamasının kontrol grubuna göre yüksek olduğu saptandı ($p<.05$). Web ve kitapçık grubundaki hastaların sosyal işlevsellik puan ortalaması arasında ise anlamlı fark bulunmadı ($p>.05$, Tablo 4-4-1).

Her bir grupta yatışta ve üçüncü aydaki yaşam kalitesi ölçeği **genel sağlık** alt boyut puan ortalaması arasındaki fark incelendiğinde;

- Kontrol grubundaki hastaların yatışta (38.75 ± 18.98) ve üçüncü aydaki (38.75 ± 17.16) puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığı ($p>.05$),
- Web grubundaki hastaların üçüncü aydaki (51.25 ± 9.85) puan ortalamasının yatışa (35.00 ± 14.96) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<.01$),
- Kitapçık grubundaki hastaların üçüncü aydaki (51.32 ± 21.20) puan ortalamasının (38.16 ± 12.82) yatışa göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<.05$) belirlendi (Tablo 4-4-1).

Her bir grupta yatışta ve üçüncü aydaki yaşam kalitesi ölçeği **fiziksel işlevsellik** alt boyut puan ortalaması arasındaki fark incelendiğinde;

- Hem kontrol grubu, hem de Web ile eğitim verilen gruptaki hastaların yatışta ve üçüncü aydaki puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığı ($p>.05$),

- Kitapçık grubundaki hastaların üçüncü aydaki puan ortalamasının yatışa göre yüksek olduğu belirlendi ($p < .05$).

Her bir grupta yatışta ve üçüncü aydaki yaşam kalitesi ölçeği **fiziksel rol** alt boyut puan ortalaması arasındaki fark incelendiğinde;

- Kontrol grubundaki hastaların üçüncü aydaki puan ortalamalarının yatıştakine göre düştüğü ve anlamlılık düzeyinin sınıra yakın olduğu ($p > .05$),
- Web ve kitapçık grubundaki hastaların yatış ve üçüncü aydaki puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p > .05$).

Her bir grupta yatışta ve üçüncü aydaki yaşam kalitesi ölçeği **duygusal rol** alt boyut puan ortalaması arasındaki fark incelendiğinde;

- Hasta gruplarında yatışta ve üçüncü aydaki puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p > .05$).

Her bir grupta yatışta ve üçüncü aydaki yaşam kalitesi ölçeği **ağrı** alt boyut puan ortalaması arasındaki fark incelendiğinde;

- Kontrol grubundaki hastaların üçüncü aydaki puan ortalamalarının yatıştakine göre anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p < .05$),
- Web grubundaki hastaların yatışta ve üçüncü aydaki puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığı ($p > .05$),
- Kitapçık grubundaki hastaların yatışta ve üçüncü aydaki puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığı ($p > .05$) belirlendi.

Her bir grupta yatışta ve üçüncü aydaki yaşam kalitesi ölçeği **mental sağlık** alt boyut puan ortalaması arasındaki fark incelendiğinde;

- Hasta gruplarında yatışta ve üçüncü aydaki puan ortalamaları arasında fark olmadığı belirlendi ($p > .05$).

Her bir grupta yatışta ve üçüncü aydaki yaşam kalitesi ölçeği **canlılık** alt boyut puan ortalaması arasındaki fark incelendiğinde;

- Kontrol grubundaki hastaların üçüncü aydaki puan ortalamasının yatıştakinine göre düştüğü, ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı ($p>.05$),
- Web ve kitapçık grubundaki hastaların yatışta ve üçüncü aydaki puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>.05$).

Her bir grupta yatışta ve üçüncü aydaki yaşam kalitesi ölçeği **sosyal işlevsellik** alt boyut puan ortalaması arasındaki fark incelendiğinde;

- Hasta gruplarında yatışta ve üçüncü aydaki puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>.05$, Tablo 4-4-1).

Tablo 4-4-1-1: Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-12) Ana Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SF 12 Ana Boyutları	Grup n: 20/20/19	Yatışta $\bar{x} \pm SS$	Üç Ay Sonra $\bar{x} \pm SS$	Fark $\bar{x} \pm SS$	Z	p
Fiziksel Boyut	Kontrol ^a	48.13±21.37	38.44±16.13	-9.68±24.87	1.713	.087
	Web ^b	61.56±22.79	70.31±18.01	8.75±21.40	1.541	.123
	Kitapçık ^c	53.62±18.90	61.18±26.81	7.56±28.07	1.272	.203
	KW	4.106	18.080	7.796		
	p	.128	.000	0.02		
	Fark		a < b, c			
Mental Boyut	Kontrol ^a	45.25±23.81	36.38±20.35	-8.87±25.22	1.587	.112
	Web ^b	60.88±20.23	62.69±23.83	1.81±30.94	.414	.679
	Kitapçık ^c	56.71±20.54	54.67±28.44	-2.03±38.12	.141	.888
	KW	4.722	10.455	1.811		
	p	.094	.005	0.404		
	Fark		a < b, c			

Z: Wilcoxon Signed rank testi.

KW: Kruskal Wallis testi (sd: 2)

Kontrol (48.13±21.37), Web (61.56±22.79) ve kitapçık (38.44±16.13) ile eğitim verilen hastaların yatıştaki fiziksel boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>.05$). Üçüncü ayda ise, tüm gruplardaki hastaların fiziksel boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p<.001$). İleri analizde, Web (70.31±18.01) ve kitapçık grubundaki hastaların (61.18±26.81) fiziksel boyuttaki puan ortalamasının kontrol grubuna (38.44±16.13) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<.05$). Web ve kitapçık gruplarının puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>.05$, Tablo 4-4-1-1).

Kontrol (45.25±23.81), Web (60.88±20.23) ve kitapçık ile (56.71±20.54) eğitim verilen hastaların yatıştaki mental boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>.05$).

Üç gruptaki hastaların üçüncü aydaki mental boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p < .01$). Yapılan ileri analizde, Web (62.69 ± 23.83) ve kitapçık grubundaki hastaların (54.67 ± 28.44) üçüncü ayda mental boyut puan ortalamasının kontrol grubuna (36.38 ± 20.35) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p < .05$). Web ve kitapçık ile eğitim verilen grupların puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmadı ($p > .05$, Tablo 4-4-1-1).

Grup içi yatışta ve üçüncü aydaki yaşam kalitesi ölçeğinin iki ana bileşen (fiziksel ve mental boyut) puan ortalamasının karşılaştırılması (Z testi sonuçları)

Gruplara göre ayrı olarak, hastaların yatışta ve üçüncü ayda fiziksel boyut puan ortalaması arasındaki fark incelendiğinde; tüm grupların (kontrol, web ve kitapçık) yatışta ve üçüncü aydaki mental boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p > .05$).

Gruplara göre ayrı olarak, hastaların yatışta ve üçüncü ayda mental boyut puan ortalaması arasındaki fark incelendiğinde, tüm grupların (kontrol, web ve kitapçık) yatışta ve üçüncü aydaki mental boyut puan ortalaması arasında da anlamlı fark olmadığı saptandı ($p > .05$, Tablo 4-4-1-1).

Tablo 4-4-2: Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-12) Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek Ara Boyutları	Gruplar	Yatışta	3 Ay Sonra	Z	p
	n: 20/20/19	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Genel sağlık	Kontrol ^a	40.00±17.01	33.75±18.63	1.387	.166
	Web ^b	42.50±16.42	36.25±18.98	1.387	.166
	Kitapçık ^c	50.00±14.43	47.37±11.47	.707	.480
	KW	3.778	3.602		
	p	.151	.034		
	Fark		a, b < c		
Fiziksel işlevsellik	Kontrol ^a	78.75±24.70	57.50±27.02	2.846	.004
	Web ^b	77.50±21.31	73.75±34.86	.464	.643
	Kitapçık ^c	78.95±27.97	85.53±28.03	1.095	.373
	KW	.394	10.488		
	p	.821	.005		
	Fark		a < c a-b: .056		
Fiziksel rol	Kontrol ^a	92.50±24.47	47.50±47.23	2.646	.008
	Web ^b	85.00±28.56	52.50±44.35	2.516	.012
	Kitapçık ^c	50.00±50.00	81.58±38.04	2.107	.035
	KW	10.700	6.750		
	p	.005	.034		
	Fark	a, b > c	a, b < c		
Duygusal rol	Kontrol ^a	62.50±39.32	32.50±43.75	2.049	.040
	Web ^b	60.00±44.72	57.50±43.75	.237	.813
	Kitapçık ^c	65.79±44.26	78.95±38.43	1.406	.160
	KW	.234	10.174		
	p	.890	.006		
	Fark		a < c a-b: .075	b-c: .091	
Ağrı	Kontrol ^a	67.50±32.55	58.75±31.70	1.114	.365
	Web ^b	78.75±21.88	66.25±24.70	1.798	.072
	Kitapçık ^c	84.21±20.77	82.89±26.42	.137	.891
	KW	2.911	7.482		
	p	.233	.024		
	Fark		a, b < c		

Tablo 4-4-2: Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-12) alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (devamı)

Mental sağlık	Kontrol ^a	57.50±24.68	42.50±25.52	2.181	.029
	Web ^b	57.50±24.47	51.50±23.23	1.074	.283
	Kitapçık ^c	60.00±21.34	63.16±27.17	.499	.618
	<i>KW</i>	.229	6.144		
	<i>p</i>	.892	.046		
	<i>Fark</i>		a < c		
Canlılık	Kontrol ^a	46.00±27.61	34.00±26.83	1.643	.100
	Web ^b	45.00±25.03	50.00±22.94	.852	.394
	Kitapçık ^c	55.79±28.74	45.26±32.55	.990	.322
	<i>KW</i>	1.458	3.440		
	<i>p</i>	.482	.179		
	Sosyal işlevsellik	Kontrol ^a	80.00±25.13	47.50±35.26	3.145
Web ^b		70.00±29.91	57.50±32.55	1.505	.132
Kitapçık ^c		71.05±31.47	61.84±39.41	.673	.501
<i>KW</i>		1.122	1.556		
<i>p</i>		.571	.459		

Z: Wilcoxon Signed rank testi.

KW: Kruskal Wallis testi (sd: 2)

Farklı yöntemlerle eğitim verilen üç gruptaki hasta yakınlarının yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyut puanları incelendiğinde;

Hasta yakınlarının **genel sağlık** alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, **yatıştaki** puan ortalamaları açısından anlamlı fark olmadığı saptandı ($p > .05$). **Üçüncü ayda** ise fark olduğu saptandı ($p = .034$). İleri analizde, kitapçık ile eğitim alan hasta yakınlarının puan ortalamasının (47.37 ± 11.47), kontrol (33.75 ± 18.63) ve Web (36.25 ± 18.98) gruplarına göre yüksek olduğu belirlendi ($p < .05$). Kontrol ve Web ile eğitim verilen grupların puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmadı ($p > .05$, Tablo 4-4-2)

Hasta yakınlarının **fiziksel işlevsellik** alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, **yatıştaki** puan ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı fark olmadığı ($p > .05$), **üçüncü ayda** ise fark olduğu saptandı ($p = .005$). İleri analizde kitapçık ile eğitim verilen hasta yakınlarının puan ortalamasının kontrol grubuna göre yüksek olduğu belirlendi ($p = .004$). Web ile eğitim verilen hasta

yakınlarının puan ortalamasının kontrol grubuna göre yüksek olmakla birlikte, farkın anlamlı olmadığı ancak anlamlılık düzeyinin sınıra olduğu bulundu ($p=.056$). Web ve kitapçık ile eğitim verilen grupların puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>.05$, Tablo 4-4-2).

Hasta yakınlarının **fiziksel rol** alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, **yatıştaki** puan ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p=.005$). İleri analizde kitapçık ile eğitim alan hasta yakınlarının puan ortalamalarının hem kontrol hem de Web grubuna göre düşük olduğu belirlendi ($p=.034$). Kontrol ve Web grubundaki hasta yakınlarının puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>.05$). **Üçüncü ayda**, puan ortalamalarında fark olduğu saptandı ($p<.05$). İleri analizde, kitapçık ile eğitim verilen hasta yakınlarının puan ortalamasının hem kontrol hem de Web grubuna göre yüksek olduğu saptandı ($p<.05$). Kontrol ve Web ile eğitim verilen grupların puan ortalaması arasında fark bulunmadı ($p>.05$, Tablo 4-4-2).

Hasta yakınlarının **duygusal rol** alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, yatıştaki puan ortalamaları açısından gruplar arasında fark olmadığı saptandı ($p>.05$). **Üçüncü ayda** puan ortalamaları arasında fark olduğu saptandı ($p=.006$). İleri analizde, kitapçık ile eğitim alan hasta yakınlarının puan ortalamasının kontrol grubuna göre yüksek olduğu saptandı ($p=.006$). Kitapçık ile eğitim verilen grupların puan ortalamasının Web grubuna göre yüksek olduğu, Web grubunun kontrol grubuna göre puan ortalamasının yüksek olduğu, ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı ancak anlamlılık sınırında olduğu bulundu ($p>.05$, Tablo 4-4-2).

Hasta yakınlarının **ağrı** alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, yatıştaki puan ortalamaları açısından gruplar arasında fark olmadığı saptandı ($p>.05$). **Üçüncü ayda** ise fark olduğu saptandı ($p=.024$). İleri analizde, kitapçık ile eğitim alan hasta yakınlarının puan ortalamasının hem kontrol grubu hem de Web eğitim grubuna göre yüksek olduğu belirlendi ($p<.05$). Kontrol ve Web grubundaki hasta yakınlarının puan ortalaması arasında fark bulunmadı ($p>.05$, Tablo 4-4-2).

Hasta yakınlarının **mental sağlık** alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, **yatıştaki** puan ortalamaları açısından gruplar arasında fark bulunmadı ($p>.05$). **Üçüncü ayda** ise fark olduğu saptandı ($p=.046$). İleri analizde, kitapçık ile eğitim alan gruptaki hasta yakınlarının puan ortalamasının kontrol grubuna göre yüksek olduğu saptandı ($p<.05$). Diğer ikili gruplarda (Kitapçık ile Web, kontrol ile Web) puan ortalamalarında fark bulunmadı ($p>.05$, Tablo 4-4-2).

Hasta yakınlarının **canlılık** alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, yatıştaki puan ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı düzeyde fark saptanmadı ($p>.05$). **Üçüncü ayda** da puan ortalamaları arasında fark bulunmadı ($p>.05$).

Hasta yakınlarının **sosyal işlevsellik** alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, yatıştaki puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasında fark bulunmadı ($p>.05$). **Üçüncü ayda** da puan ortalamaları arasında fark bulunmadı ($p>.05$, Tablo 4-4-2).

Gruplara göre ayrı olarak, hasta yakınlarının yatışta ve üçüncü ayda **genel sağlık** alt boyut puan ortalamaları arasındaki grup içi farkları incelendiğinde anlamlı fark bulunmadı ($p>.05$).

Gruplara göre ayrı olarak, hasta yakınlarının yatışta ve üçüncü ayda **fiziksel sağlık** alt boyut puan ortalaması arasındaki grup içi farkları incelendiğinde;

- Kontrol grubundaki hasta yakınlarının üçüncü aydaki puan ortalamasının yatışa göre düşük olduğu ($p<.01$),
- Web ve kitapçık grubundaki hasta yakınlarının yatışta ve üçüncü aydaki puan ortalaması arasında fark olmadığı bulundu ($p>.05$).

Her bir grupta yatışta ve üçüncü aydaki yaşam kalitesi ölçeğinin **fiziksel rol** alt boyut puan ortalaması arasındaki farkları incelendiğinde;

- Kontrol grubundaki hasta yakınlarının üçüncü aydaki puan ortalamasının yatışa göre düşük olduğu ($p<.01$),
- Web grubundaki hasta yakınlarının üçüncü aydaki puan ortalamasının yatışa göre düşük olduğu ($p<.05$),
- Kitapçık ile eğitim alan hasta yakınlarının üçüncü aydaki puan ortalamasının yatışa göre yüksek olduğu belirlendi ($p<.05$).

Her bir grupta yatışta ve üçüncü aydaki yaşam kalitesi ölçeğinin **duygusal rol** alt boyut puan ortalaması arasındaki farkları incelendiğinde;

- Kontrol grubundaki hasta yakınlarının üçüncü aydaki puan ortalamasının yatışa göre düşük olduğu ($p<.05$),
- Web ve kitapçıkla grubundaki hasta yakınlarının puan ortalamasında fark olmadığı belirlendi ($p>.05$).

Her bir grupta yatışta ve üçüncü aydaki yaşam kalitesi ölçeğinin **ağrı** alt boyut puan ortalaması arasındaki farkları incelendiğinde; üç grupta da fark bulunmadı ($p>.05$).

Her bir grupta yatışta ve üçüncü aydaki yaşam kalitesi ölçeğinin **mental sağlık** alt boyut puan ortalaması arasındaki farkları incelendiğinde;

- Kontrol grubundaki hasta yakınlarının üçüncü aydaki puan ortalamasının yatıştakine göre düşük olduğu ($p<.05$),
- Web ve kitapçık grubundaki hasta yakınlarının puan ortalaması arasında fark olmadığı saptandı ($p>.05$).

Her bir grupta yatışta ve üçüncü aydaki yaşam kalitesi ölçeğinin **canlılık** alt boyut puan ortalaması arasındaki farkları incelendiğinde; üç grupta da fark olmadığı belirlendi ($p>.05$).

Her bir grupta yatışta ve üçüncü aydaki yaşam kalitesi ölçeğinin **sosyal işlevsellik** alt boyut puan ortalaması arasındaki farkları incelendiğinde;

- Kontrol grubundaki hasta yakınlarının üçüncü aydaki puan ortalamasının yatışa göre düşük olduğu ($p<.01$),
- Web ve kitapçık grubundaki hasta yakınlarının üçüncü aydaki puan ortalamasının yatışa göre düşük olduğu, ancak her iki grupta da fark olmadığı belirlendi ($p>.05$, Tablo 4-4-2).

Tablo 4-4-2-1: Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-12) Ana Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek Ana Boyutları	Gruplar n: 20/20/19	Yatışta $\bar{x} \pm SS$	3 Ay Sonra $\bar{x} \pm SS$	Fark $\bar{x} \pm SS$	Z	p
Fiziksel Boyut	Kontrol ^a	69.69±15.35	49.38±25.24	-20.31±27.04	2.816	.005
	Web ^b	70.94±15.08	57.19±21.77	-13.75±25.37	2.097	.036
	Kitapçık ^c	65.79±22.08	74.34±19.31	8.55±23.40	1.501	.133
	KW	.227	10.921	11.132		
	p	.893	.004	.004		
	Fark		a, b < c	a=b<c		
Mental Boyut	Kontrol ^a	61.50±17.06	39.13±29.75	-22.37±27.62	2.838	.005
	Web ^b	58.13±21.67	54.13±24.78	-4.00±24.96	.785	.433
	Kitapçık ^c	63.16±26.05	62.30±30.46	-0.85±32.48	.483	.629
	KW	.679	7.119	6.332		
	p	.712	.028	.042		
	Fark		a < c	a<b=c		

Z: Wilcoxon Signed rank testi.

KW: Kruskal Wallis testi (sd: 2)

Kontrol (69.69±15.35), Web (70.94±15.08) ve kitapçık (65.79±22.08) ile eğitim verilen hasta yakınlarının yatıştaki fiziksel boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>.05$). Üçüncü ayda ise, hasta yakınlarının fiziksel boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p<.01$). Yapılan ileri analizde, kitapçık grubundaki hasta yakınlarının fiziksel boyuttaki puan ortalamasının hem kontrol grubu hem de Web grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p<.05$). Kontrol ve Web ile eğitim verilen hasta yakınlarının fiziksel boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>.05$).

Kontrol (61.50±17.06), Web (58.13±21.67) ve kitapçık (63.16±26.05) ile eğitim verilen hasta yakınlarının yatıştaki mental boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>.05$). Her üç gruptaki hasta yakınlarının üçüncü aydaki mental boyut puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark olduğu saptandı ($p<.05$). Yapılan ileri analizde, kitapçıkla eğitim verilen hasta yakınlarının üçüncü ayda mental boyuttaki puan ortalamasının kontrol grubuna göre yüksek olduğu belirlendi ($p<.05$). Diğer ikili gruplar (kontrol ile web grubu, web ile kitapçık grubu) arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>.05$, Tablo 4-4-2-1).

Hasta yakınlarının grup içi yatışta ve üçüncü ayda yaşam kalitesi ölçeğinin iki ana bileşen (fiziksel ve mental boyut) puan ortalamasının karşılaştırılması (Z testi sonuçları)

Gruplara göre ayrı olarak, hasta yakınlarının yatışta ve üçüncü aydaki fiziksel boyut puan ortalaması arasındaki fark incelendiğinde;

- Kontrol grubundaki hasta yakınlarının üçüncü aydaki fiziksel boyut puan ortalamasının (49.38±25.24) yatışa (69.69±15.35) göre düşük olduğu ($p<.01$),
- Web grubundaki hasta yakınlarının üçüncü aydaki fiziksel boyut puan ortalamasının (57.19±21.77) yatışa (70.94±15.08) göre düşük olduğu ($p<.05$),
- Kitapçık grubundaki hasta yakınlarının üçüncü aydaki fiziksel boyut puan ortalamasının (74.34±19.31) yatışa (65.79±22.08) göre yüksek olduğu, ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı ($p>.05$) bulundu.

Gruplara göre ayrı olarak, hasta yakınlarının yatışta ve üçüncü aydaki mental boyut puan ortalaması arasındaki fark incelendiğinde;

- Kontrol grubundaki hasta yakınlarının üçüncü aydaki mental boyut puan ortalamasının (39.13±29.75) yatışa (61.50±17.06) göre anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p<.01$),
- Web (yatış: 58.13±21.67, üçüncü ay: 54.13±24.78) ve kitapçık (yatış: 63.16±26.05, üçüncü ay: 62.30±30.46) ile eğitim verilen iki gruptaki hasta yakınlarının yatışta ve üçüncü aydaki mental boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>.05$, Tablo 4-4-2-1).

4.5. Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yüküne İlişkin Bulgular

Kontrol grubu, Web ve kitapçık ile taburculuk eğitim verilen hasta yakınlarının **yatıştaki** bakım verici yükü puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>.05$). Üç gruptaki hasta yakınlarının **üçüncü ayda** da bakım verici yükü puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>.05$). Yatış ile üçüncü ay arasında oluşan farklar açısından üç grup karşılaştırıldığında, gruplar arasında fark bulundu ($p=0.064$, Tablo 4-5-1).

Tablo 4-5-1: Hasta Yakınlarının Zarit Bakım Verme Yükü Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Grup	n	Yatışta	Üç Ay Sonra	Fark	Z	p
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Kontrol	20	30.55±18.57	30.15±19.53	-0.4±10.58	.168	.866
Web	20	25.50±15.48	30.50±17.92	5.00±8.74	2.457	.014
Kitapçık	19	28.63±15.39	24.74±19.87	-3.89±13.73	1.168	.243
<i>KW</i>		1.052	1.524	5.483		
<i>p</i>		.591	.467	0.064		

Z: Wilcoxon Signed rank testi.

KW: Kruskal Wallis testi (sd: 2)

Çalışma gruplarına göre ayrı olarak, hasta yakınlarının yatışta ve üçüncü aydaki bakım verici yükü puan ortalaması arasındaki fark incelendiğinde;

- Kontrol grubundaki hasta yakınlarının puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığı ($p > .05$),
- Web ile eğitim verilen gruptaki hasta yakınlarının üçüncü aydaki puan ortalamasının yatışa göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p < .05$),
- Kitapçık ile eğitim verilen gruptaki hasta yakınlarının üçüncü aydaki puan ortalamasının yatışa göre düşük olduğu, ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı ($p > .05$) saptandı (Tablo 4-5-1).

4.6. Hastaların İnme Şiddeti, Fonksiyonel Durum, Normal Yaşama Katılım, Genelleştirilmiş Özyeterlilik ve Yaşam Kalitelerinin Birbiriyle İlişkisi

Hastaların inme şiddeti, fonksiyonel durum, normal yaşama katılım, genelleştirilmiş özyeterlilik ve yaşam kalitelerinin ilişkisine bakıldığında tüm değişkenler arasında orta derecede güçlü anlamlı korelasyonlar bulundu ($p < .05$, Tablo 4-6-1).

Tablo 4-6-1: Hastaların İnme Şiddeti, Fonksiyonel Durum, Normal Yaşama Katılım, Genelleştirilmiş Özyeterlilik ve Yaşam Kalitelerinin Birbiriyle İlişkisi

Ölçekler		NIHSS	Rankin	Barthel	NYK	GÖY	SF-12	SF-12
							Fiziksel	Mental
NIHSS	r	1.000	.666**	-.684**	-.515**	-.381**	-.370**	-.409**
	p	.	.000	.000	.000	.003	.004	.001
Rankin	r	.666	1.000	-.847	-.603	-.375	-.528	-.479
	p	.000	.	.000**	.000**	.003**	.000**	.000**
Barthel	r	-.684	-.847	1.000	.701	.553	.508	.460
	p	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000
NYK	r	-.515	-.603**	.701	1.000**	.590**	.376**	.405**
	p	.000	.000	.000	.	.000	.003	.001
GÖY	r	-.381	-.375	.553	.590	1.000	.509	.385
	p	.003	.003**	.000**	.000	.	.000**	.003**
SF-12 Fiziksel	r	-.370	-.528	.508	.376	.509	1.000	.722
	p	.004	.000	.000	.003	.000	.	.000
SF-12 Mental	r	-.409	-.479	.460**	.405**	.385	.722**	1.000**
	p	.001	.000	.000	.001	.003	.000	.

Spearman's Rho testi

NIHSS hariç diğer tüm ölçeklerin 3. Ayın sonuçlarıyla test yapılmıştır.

NYK: Normal yaşama katılım indeksi

GÖY: Genelleştirilmiş özyeterlilik ölçeği

4.7. Hasta Yakınlarının Genelleştirilmiş Özyeterlilik, Bakım Verici Yükü, Bakıma Hazır Oluşluk ve Yaşam Kalitelerinin Birbiriyle İlişkisi

Hasta yakınlarının, genelleştirilmiş özyeterlilik, bakıma hazır oluşluk, bakım verici yükü ve yaşam kalitelerinin birbiriyle ilişkisine bakıldığında bakıma hazır oluşluk genelleştirilmiş özyeterlilik, zarit bakım verici yüküyle ilişkili bulundu. Zarit bakım verici yükü bakıma hazır oluşluk ve yaşam kalitesinin her iki boyutuyla da ilişkili bulundu ($p < .05$, Tablo 4-7-1).

Tablo 4-7-1: Hasta Yakınlarının, Genelleştirilmiş Özyeterlilik, Bakım Verici Yükü, Bakıma Hazır Oluşluk Ve Yaşam Kalitelerinin Birbiriyle İlişkisi

Ölçekler		GÖY	Zarit	Hazır Oluşluk	SF-12 Fiziksel	SF-12 Mental
GÖY	r	1.000	.042	.246	.042	.149
	p	.	.750	.060	.754	.261
ZARIT	r	.042	1.000	-.386	-.373	-.376
	p	.750	.	.003	.004	.003
Hazır Oluşluk	r	.246	-.386	1.000	.154	.119
	p	.060	.003	.	.243	.368
SF-12 Fiziksel	r	.042	-.373	.154	1.000	.746
	p	.754	.004	.243	.	.000
SF-12 Mental	r	.149	-.376	.119	.746	1.000
	p	.261	.003	.368	.000	.

Spearman Rho testi

Bakıma hazır oluşluk ölçeği hariç diğer tüm ölçeklerin 3.ay sonuçları dikkate alınmıştır.

GÖY: Genelleştirilmiş özyeterlilik ölçeği

Hazır oluşluk: Bakıma hazır oluşluk ölçeği

5. TARTIŞMA

İnme yüksek mortalite, morbidite ve tedavi maliyetlerine neden olmasıyla hasta ve bakım vericisinin yaşamını etkileyen bir hastalıktır. İnme beynin etkilenen bölgesine göre değişen derecelerde nörolojik defisite yol açabilmektedir. Motor sorunlar, duyu sorunları, afazi, bilişsel-davranışsal ve emosyonel sorunları içeren bu defisitler hastalarda işlev kaybına ve özyeterlilik düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin bozulmasına sebep olabilmektedir. Bu süreç sadece hastayı etkilemekle kalmayıp hastanın bakım vericilerini de etkiler. Hastaların özyeterlilik düzeylerinin artırılması normal yaşama katılımlarının sağlanmasına ve bakım vericilerin yaşam kalitelerinin artmasına, bakım verici yükünün azalmasına yardımcı olmaktadır. İnme gibi akut gelişen hastalıklarda tüm bu süreçlerde başarılı olmak için bir an önce hastalığa adaptasyonun sağlanması gereklidir. Bu ancak eğitim ve destekle mümkün olmaktadır. Etkili bir eğitim programıyla hasta ve bakım vericisinin aile içi iletişimlerinin, uyumlarının sağlanması ve dayanma güçlerinin artması mümkün olabilmektedir.

Bu araştırmada taburculuk eğitimiyle inmeli hastaların günlük yaşamlarına adaptasyonlarının hızlandırılması, hastalıklarının yönetimi konusunda özyeterliliklerinin ve yaşam kalitelerinin artırılması, bakım vericilerin ise özyeterlilikleri artırılarak bakım verici yüklerinin azaltılması ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca eğitim öncesinde bakım vericilerin bakıma hazır oluşluk düzeylerinin etkisi de değerlendirilmek istenmiştir.

Araştırma, hasta ve yakınlarına ait bulgulardan yola çıkılarak aşağıdaki başlıklar altında tartışılacaktır.

- Hasta ve yakınlarının tanıtıcı özelliklerinin tartışılması
- Hastaların fonksiyonel durumlarının tartışılması
- Hastaların normal yaşama katılımlarının tartışılması
- Hasta ve yakınlarının genelleştirilmiş özyeterlilik düzeylerinin tartışılması
- Hasta ve yakınlarının yaşam kalitelerinin tartışılması
- Hasta yakınlarının bakım verme yüklerinin tartışılması

Hasta ve Yakınlarının Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması

Erkek cinsiyet oranı kontrol grubunda %70 (n=14), web grubunda %45 (n=9) ve kitapçık grubunda %42.1'dir (n=8). Üç grubun genel toplamına bakıldığında erkek hastaların çoğunlukta (n=31) olduğu görülmektedir. Araştırma sonuçlarımızla uyumlu olarak inmenin erkek cinsiyette daha fazla görüldüğü literatürde de bildirilmektedir. (**Barker-Collo ve ark. 2015; O'Donnel ve ark. 2016**).

Kontrol grubundaki hasta yaş ortalaması 65.25 ± 14.61 , web grubu 61.00 ± 16.96 , kitapçık grubu 59.37 ± 17.89 yıldır. Tüm gruplara bakıldığında hastaların genç yaşlarda olduğu görülmektedir. İnmenin son yıllarda gençlerde görülme sıklığının arttığı bildirilmektedir (**Giroud ve ark. 2014; Feigin ve ark. 2015**). Çalışma sonuçları literatürle uyumlu görülmektedir.

Hastaların BKİ ortalamasının kontrol grubunda 28.30 ± 4.49 , web grubunda 27.50 ± 4.48 , kitapçık grubunda 28.47 ± 6.10 olduğu görülmüştür. CDC'nin yayınladığı skalaya göre BKİ: 25.0-29.9 kilolu ve 30 ve üzeri ise obez olarak tanımlanmaktadır (**About adult BMI, CDC 2017**). CDC verilerine göre üç gruptaki hastaların kilolu sınıfına girdiği anlaşılmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması'na göre de kadın cinsiyet, düşük eğitim düzeyi ve ileri yaşlarda olan bireylerin daha fazla obez oldukları açıklanmıştır (**Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması 2012**). Çalışmamızda hasta grubunun ileri yaşta ve Türkiye popülasyonunu yansıtması nedeniyle hastaların kilolu-obez olması beklenen bir durumdur. Ayrıca obezitenin genç erişkinlerde dahi inme riskini artırdığı bilinmektedir (**Mitchell ve ark. 2015**).

Yaşam tarzı değişkenlerinden sigara ve alkol kullanımlarına bakıldığında, kontrol ve web grubundaki hastaların %95'i, kitapçık grubundakilerin %78.9'u alkol kullanmamaktadır. Yine kontrol grubundaki hastaların %75'i, web grubundakilerin %80'i, kitapçık grubundakilerin %57.9'u sigara kullanmamaktadır. Sigara ve yoğun alkol tüketimi inme riskini artıran bir neden olarak bilinmesine rağmen (**Sultan ve Elkind 2013; Feigin ve ark. 2015; Kadlecova ve ark. 2015**) araştırmaya katılan hastaların çoğunlukla kullanmadıkları anlaşılmaktadır. Sigara ve yoğun alkol tüketiminin ilk inmenin 45 yaştan önce ortaya çıkmasında etkili olduğu bildirilmektedir. Özellikle günde 1 paket ve daha fazla sigara tüketenlerde genç yaşlarda inme gelişme riski artmaktadır (**Patra ve ark. 2010; Barber ve ark. 2013**). Bu çalışmadaki hastaların sigara ve alkol tüketimi fazla olmasa da bu faktörlerin inme riskini artırdığı unutulmamalıdır.

Ek sağlık sorunlarına bakıldığında, kontrol grubundaki hastaların %90'ında, web grubundakilerin %75'inde, kitapçık grubunun %84.2'sinde komorbidite olduğu görülmektedir. Kronik hastalıklar genellikle ileri yaşlarda ortaya çıkar. İnme hastalarının yaş ortalamalarının

yüksek olması nedeniyle komorbiditeleri bulunmaktadır (**Ergul ve ark. 2016**). İskemik inme geçiren hastaların yaklaşık %90'ı değiştirilebilir risk faktörü (HT, DM, Hiperlipidemi vb.) olarak tanımlanan bir kronik hastalığa sahiptir (**O'Donnell ve ark. 2010**). Kronik hastalıklar kronik bir inflamatuvar cevabın oluşmasına yol açarlar. Bu inflamatuvar cevap sadece inmeye neden olmakla kalmaz, sonrasında da granülositlerin beyin dokusuna infiltrasyonu ve pro-inflamatuvar cevapla hastanın prognozunu olumsuz etkiler (**Herz ve ark. 2014**). Komorbiditelerin azaltılması inme rekürrensini engellenmesi için önemli olduğu kadar inme sonrasındaki prognozu iyileştirmek için de önemlidir (**Koton ve ark. 2014**).

Erken taburculuk eğitimi uygulanacağından grupların homojenliğinin kontrolü için hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi, yaşam tarzı değişkenleri (sigara-alkol kullanımı, BKİ ortalamaları), tanı süresi, inmeden etkilenen bölge ve ek sağlık sorunları açısından anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$), üç grubun tanımlayıcı özellikler yönünden benzer/homojen olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışmaya hastalarla birlikte bakım vericileri de dahil edilmiştir. Bu nedenle bakım vericilerin de tanıtıcı özellikleri önemlidir. Bakım vericilerin cinsiyet dağılımlarına bakıldığında kontrol grubunun %80'i (n=16), web grubunun %75'i (n=15), kitapçık grubunun ise %78.9'u (n=15) kadındır. Üç grubun genel toplamına bakıldığında çoğunluğun (n=46) kadın bakım vericilerden oluştuğu anlaşılmaktadır. Dünyada informal bakım vericilerle yapılmış çalışmalara bakıldığında genellikle kadınların bu rolü üstlendikleri anlaşılmaktadır (**Grigorovich ve ark. 2015; Pucciarelli ve ark. 2017**). Türkiye gibi gelişmekte olan toplumlarda kadının bakım verici rolü üstlenmesi doğal olarak görülmektedir (**Banerjee ve Das 2016**). Kadınlar, tarihin ilk zamanlarından beri her zaman şefkatli, koruyucu, bakım verici rollerini üstlenmişlerdir. Bu rollerinden ötürü zor durumda olan bireye dini ya da vicdani gerekçelerle iyileştirme girişiminde bulunmuşlardır (**Turan ve ark. 2011**). Literatürle uyumlu olarak bu çalışmada da kadınların bakım verici rolünü üstlendikleri düşünülmektedir.

Bakım verdiği kişiye yakınlığına bakıldığında, üç grupta da hastaların neredeyse tamamının eş veya çocukları tarafından bakıldığı görülmektedir. Araştırmalarda primer bakım verici görevinin çocuk ya da eş tarafından gerçekleştirildiği bildirilmektedir (**Torregosa ve ark. 2018; Qiu ve ark. 2018**). Özellikle kız çocuklarının (**Bastawrous ve ark. 2015**) ya da evin büyük çocuğunun bakım verici rolünü üstlendiği anlaşılmaktadır (**Camak 2015**). Çalışma sonuçları literatürle paralellik göstermektedir.

Bakım vericilerin yaş ortalamaları kontrol grubunda 47.55 ± 11.56 , web grubunda 42.35 ± 13.10 , kitapçık grubunda 45.16 ± 14.89 yıldır. Literatüre bakıldığında bakım vericilerin yaş ortalamalarının bu çalışmanın ortalamasından daha yüksek olduğu görülmektedir. Aynı zamanda bu çalışmalarda inmeli hastaların yaş ortalamalarının da yüksek olduğu anlaşılmaktadır (**Jaracz ve ark. 2015; Bergström ve ark. 2015**). Bakım vericilerin çoğunluğunu eşlerin oluşturduğu çalışmalarda bakım vericilerin yaşlarının da yüksek olması kaçınılmazdır. Bu çalışmadaki hastaların yaş ortalamalarının düşük olması ve bakım vericilerin çoğunluğunu çocukların oluşturması nedeniyle bakım vericilerinin de yaş ortalamalarının düşük olduğu düşünülmektedir. Ayrıca Türkiye’de yapılmış tarama çalışmalarında inme hastalarının yaşlarının bizim çalışmamızla benzer olarak daha düşük olduğu anlaşılmaktadır. Orta ve kuzey ülkelerine kıyasla Türkiye’nin de içinde bulunduğu güney Avrupa bölgesinde inmenin daha genç yaşlarda ortaya çıktığı belirtilmektedir (**Putala ve ark. 2012**).

Grupların homojenliğinin kontrolü için bakım vericilerin sosyodemografik özellikleri karşılaştırılmıştır. Eğitim, medeni durum ve gelir durumu açısından gruplar arasında fark olduğu görülmüştür. Lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip bakım verici oranının kontrol grubunda %30, web grubunda %85, kitapçık grubunda %58 olduğu bulunmuştur ($p=0.002$). Kontrol (%85) ve kitapçık (%78.9) grubunda evlilik oranları yüksek iken web grubunda %50 oranında idi ($p=0.033$). Gelir durumu açısından bakıldığında orta/kötü gelir kontrol grubunda %90, web grubunda %85, kitapçık grubunda ise %57.9 olarak saptanmıştır. Yaş, cinsiyet, çalışma durumu, hastası dışında bakım verdiği kişi olması ve hastaya yakınlık derecesi açısından ise grupların benzer/homojen olduğu belirlenmiştir.

Hastaların Fonksiyonel Durumlarının Tartışılması

Hastalar NIHSS ile değerlendirilen nörolojik defisit açısından karşılaştırıldığında, yatışta NIHSS puan ortalaması düşük olup kontrol grubunda 3.30 ± 2.15 , web grubunda 2.05 ± 1.79 , kitapçık grubunda 2.89 ± 2.00 ’dir. Grupların nörolojik defisit açısından yatışta benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Diğer görüşmeler telefon aracılığıyla yapıldığından NIHSS 3. ayda değerlendirilmemiştir.

Hastalar MBI ve mRS ile değerlendirilen fonksiyonel durum açısından karşılaştırıldığında, yatışta üç grubun fonksiyonel durumunun benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Üç grupta da eğitimden 3 ay sonra yapılan değerlendirmelerde fonksiyonel durumun iyiye doğru gittiği görülmüştür. Zaman içinde fonksiyonel durumda meydana gelen iyileşme açısından gruplar

arasında fark bulunmasa da, üçüncü ayın sonunda web grubunun kitapçık grubuna göre, kitapçık grubunun da kontrol grubuna göre fonksiyonel durumunun daha iyi olduğu saptandı.

İnmede fonksiyonel düzelmenin özellikle ilk 3-6 ay içinde gerçekleştiği bilinmektedir. Twitchell'in normal motor iyileşme modeli'ne göre hastada etkilenen tarafta aktif hareket yoktur ve derin tendon refleksi (DTR) alınmaz. 48 saat içinde DTR daha aktif hale gelir ve istemli hareketler 6-33 günde geri döner (**Twitchell 1965**). Aynı şekilde Brunnstom tarafından da motor iyileşmenin ilk 3 ay içinde hızlı olduğu vurgulanmaktadır (**Brunnstrom 1966**). Araştırmaya katılan hastaların fonksiyonel kapasitelerini artırmaya yönelik bir girişim uygulanmamış olmasına rağmen üç grupta da 3. ayın sonunda ilerleme görülmüş olmasının Twitchell ve Brunnstom'un modelleriyle açıklanabileceği gibi telefon takiplerinin motive edici etkisinden de kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalarda inmede fonksiyonel iyileşmenin nörolojik defisit şiddetiyle de orantılı olduğu belirtilmektedir (**Cooray ve ark. 2015; Janardhan ve ark. 2015; Choi ve ark. 2016; Ozer ve ark. 2015**). Çalışma grubumuzdaki hastaların inme şiddeti düşük olduğundan fonksiyonel bağımsızlıklarını daha kolay kazandıkları düşünülmektedir.

Hastaların Normal Yaşama Katılımlarının Tartışılması

Hastalar normal yaşama yeniden katılım açısından karşılaştırıldığında, yatışta üç grubun benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Üç grupta da eğitimden 3 ay sonra yapılan değerlendirmelerde normal yaşama katılımının arttığı görülmüştür. Zaman içinde meydana gelen artış açısından gruplar arasında fark bulunmasa da, en yüksek puan artışı kitapçık grubunda saptanmıştır. Üçüncü ayın sonunda web ve kitapçık gruplarının kontrol grubuna göre normal yaşama katılımının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

İnmenin günlük ve sosyal yaşama katılımı kısıtlayan bir hastalık olduğu bilinmektedir (**Pang ve ark. 2007**). Hastane sürecinde sağlık çalışanları tarafından sürekli takip altında olan hastaların taburculuk sonrasında kendilerini yalnız ve terkedilmiş hissedebildiği ve bunun günlük yaşama adaptasyonu zorlaştırabileceği belirtilmektedir (**Tholin ve Forsberg 2014; Werheid 2016**). Yapılan bir çalışmada 6 aydan uzun süre hastanede yatırılan hastaların daha kısa sürede taburcu edilenlere göre normal yaşama katılımlarının çok daha düşük olduğu görülmüştür (**Bethoux ve ark. 1999**). Terkedilmişlik hissinin yaşanmaması ve normal yaşama katılımının sağlanmasında erken taburculuk eğitimi önemlidir. Ancak uygulanan eğitimde karşılaşılabilecek engelleri aşma, hastalık süreci, risk ve tedavi konusunda bilgilendirme, hastanın desteklenmesi, rehabilitasyonu ve uzun süreli takibi konuları ele alınmalıdır (**Juntura ve ark. 2018**). Bu çalışmanın da temelini oluşturan hasta-

bakım vericiye yönelik taburculuk öncesi eğitimin, hasta-bakım vericinin ihtiyaçlarının belirlenmesi, başa çıkma yöntemlerinin geliştirilmesi, topluma yeniden katılımlarının ve adaptasyonlarının sağlanmasına yardımcı olduğu belirtilmektedir (**Tielemans ve ark. 2014; Cameron ve ark. 2016; Dean ve ark. 2018**). Çalışmamızda eğitim grubundaki (web ve kitapçık) hastaların kontrol grubuna kıyasla normal yaşama katılımlarının artması literatürle benzerlik göstermektedir.

Amputasyon gibi tam bir uzuv kaybından sonra bile hastalara çok yönlü bir eğitim programı uygulandığında günlük yaşama adaptasyonları artmaktadır (**Demirdel ve Bayramlar 2014**). Eğitim günlük yaşama adaptasyonun artırılması için sadece hastalar için değil aileler için de gereklidir. Aileler bakım verici rolünü üstlenmeyecek bile olsalar mutlaka eğitime dahil edilmeleri önerilmektedir (**Cameron ve ark. 2016**). İnme sonrasında hastaya ve bakım vericiye normal yaşama katılımlarının sağlanması amacıyla verilen desteğin 6 aya kadar sürdürülmesi önerilmektedir (**Volz ve ark. 2018**).

Günlük yaşama adaptasyonu etkileyen birçok faktör söz konusudur. Hastanın eğitim düzeyi, genel sağlık algısı, fonksiyonel bağımsızlığı günlük yaşama adaptasyonu olumlu etkilerken, dul olmak, bakım evinde kalmak, BKİ'nin yüksek olması, ağır nörolojik defisit olumsuz etkilemektedir (**Demirdel ve Bayramlar 2014; Lisabeth ve ark. 2015**). Literatürle paralel olarak araştırmamızdaki hastaların evli, NIHSS skorları düşük, kendi evlerinde kalıyor olmalarının günlük yaşama katılımlarını artırdığı düşünülmektedir.

Hastaların inmeden önce çalışıyor olmaları ve sonrasında da çalışmaya devam etmeleri günlük yaşama katılımlarını etkilemektedir (**Marsh ve ark.2018**). Ancak çalışmamızdaki hastaların çoğunlukla çalışmadığı görülmektedir. İnme sonrası hastalar işe dönmek istemelerine rağmen fiziksel güçlük ya da nörolojik defisit nedeniyle (disfazi, bilişsel sorunlar gibi) işlerine dönememekteler (**Wang ve ark. 2014**). Çalışma grubundaki hastaların inme öncesinde çalışmıyor olduğu için inme sonrasında da işe dönme stresi yaşamadıkları düşünülmektedir. Azalmış stres düzeyinin günlük yaşama katılımı artırdığı bildirilmektedir (**Ezekiel ve ark. 2018**).

Öte yandan hastaların genç yaşlarda olmaları ve üç grubun çoğunluğunun gelir düzeyini orta/kötü olarak ifade etmesinden yola çıkarak çalışmak isteyebilecekleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Başarılı bir şekilde işe dönme ekonomik şartların gelişmesine, yaşam kalitesinin ve tüm yaşam memnuniyetinin artmasına yardımcı olur (**Ntsiea ve ark. 2015**). Hastaların işe dönüş süreçlerinde eğitim düzeylerinin de önemlidir. Eğitim düzeyi yüksek olan

insanlar daha az fiziksel güç gerektiren işler yapmaktadırlar ve inme sonrası işlerine dönmeleri daha kolay olabilmektedir (**Bonner ve ark. 2016**).

Genç inmeli hastalarda yapılan bir çalışmada hastaların %85'den fazlasının işe döndüğü ve patronlarının da kendilerini işe aldığı bildirilmiştir (**Neau ve ark. 1998**). Ancak hastaların işe dönüşleriyle ilgili düşüncelerinin de önemli olduğu anlaşılmaktadır. Hastaların benzer işleri yapabilecek güçte ve yeterlilikte olmalarına rağmen daha kısa süreli işlerde çalışmayı tercih ettikleri, kendilerini dayanıksız ve yorgun hissettikleri belirtilmektedir (**Andersen ve ark. 2012**). Bu çalışmada takip sürecinde hasta işe dönerken patronunun “yeniden felç geçirebilir korkusuyla” işe dönmesini istemediğine ve hastanın da bundan dolayı kendisini eksik hissettiğine tanık olunmuştur.

Hastaların günlük yaşama adaptasyonlarını değerlendirirken hastaların belirttiği normal yaşama katılım puanlarıyla bakım vericilerin hastayı değerlendirme puanları arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu bildirilmiştir (**Tooth ve ark. 2003**). Bu literatür bilgisinden yola çıkarak kontrol grubundaki hastaların genelleştirilmiş özyeterlilik düzeylerinde ve yaşam kalitesinde artış olmaksızın normal yaşama adaptasyonlarının artmış olması hastaların kendi durumlarını olduğundan daha iyi değerlendirmiş olma ihtimalini düşündürmektedir.

Hasta ve Yakınlarının Genelleştirilmiş Özyeterlilik Düzeylerinin Tartışılması

Özyeterlilik, kişinin kendi yaşamının sorumluluğunu üstlenmesi ile ilişkili kompleks bir yapıdır (**Fryer ve ark. 2016**). Özyeterlilik problem çözme, karar verme, alınan planları uygulama gibi aşamaları içermektedir. Özellikle kronik hastalıklarda önem kazanan bu kavram hastalık yönetiminde rol oynar. Zaman içinde kötüleşen kronik hastalıklarda (diyabet, kalp yetersizliği, demans, Parkinson vb) hastalığa adaptasyon ile özyeterlilik geliştirilebilmektedir. Astım gibi akut hastalıklarda girişimler daha kısıtlı alana odaklanıp uygulanması daha kolay olduğundan özyeterliliği artırmak mümkün olurken inmede süreç ani başlayıp kronik hale geldiğinden özyeterliliğe yönelik girişimlerin sonucunu almak daha zor olmaktadır (**Parke ve ark. 2015**). Önceleri yaşanan katastrofik olayı kabullenme zorluğu yaşayan hasta ve ailesi daha sonra rehabilitasyon sürecini iyileşme /düzelmeye beklentisiyle geçirmektedir. Eve taburcu olduğunda yetiyitimi ile yaşamının güçlükleri daha derinden hissedilir, tüm süreç boyunca mücadele etmeye çalışan hasta evde gerçeklerle yüzleşir (**Jones ve ark. 2008**).

İnmede taburculuk esnasında yüksek olan özyeterlilik düzeylerinin daha sonra düştüğü belirtilmektedir (**Kahraman ve Hammond 2015**). Bu çalışmada da hastaların özyeterlilik düzeylerinin verilen eğitimle azalmamış olmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Hasta ve bakım vericisinin özyeterlilik düzeyi artırılmadığında sağlık masraflarının artması, sağlık durumuyla ilgili bilgisiz kalma, zayıf sağlık öz yönetimi ortaya çıkmaktadır (**Mackey ve ark. 2016**). Düşük özyeterlilik, yaşam kalitesinin azalmasına, acil servise daha sık başvurmaya, mortalite riskinin, bakım verici yükünün ve ekonomik yükün artmasına yol açmaktadır (**Eichler ve ark. 2009; Wu ve ark. 2013**). Literatür doğrultusunda özyeterlilik düzeyini artırmaya yönelik taburculuk öncesi eğitimin önemli olduğu düşünülmektedir.

Hastalar özyeterlilik açısından karşılaştırıldığında, yatışta üç grubun benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Zaman içinde meydana gelen artış açısından gruplar arasında fark bulunmasa da, eğitim grubu (web ve kitapçık) özyeterlilik puanını korurken kontrol grubunun puanında düşme olduğu saptanmıştır. Bakım vericiler özyeterlilik açısından karşılaştırıldığında, yatışta üç grubun benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Üç grupta eğitimden 3 ay sonra yapılan değerlendirmelerde kontrol grubunun özyeterlilik puanlarının eğitim (web ve kitapçık) grubuna göre düşük olduğu saptanmıştır.

Bireyin genelleştirilmiş öz yeterliliğin artmasını engelleyen faktörler söz konusudur. Bu faktörler, kişinin inme öncesindeki öz yeterliliğinin düşük olması, komorbiditeler, iletişim kurma biçimi, sosyal destek, karar verme mekanizmaları, yardım kaynaklarını belirleme, kullanma düzeyi ve motivasyon yetersizliğidir (**Hart 2001; Hellstrom ve ark. 2003; Quinn ve ark. 2014; Boger ve ark. 2015**). Literatürde belirtilen özelliklerin hastalarda bulunma ihtimali göz önüne alınarak özyeterliliklerinin eğitime rağmen aynı kaldığı düşünülmektedir.

İnme ile ilişkili faktörler de öz yeterliliği etkileyebilmektedir. Hastalığın başlangıcındaki nörolojik defisit ve fonksiyonel durumun özyeterlilik düzeyinde etkili olduğu bildirilmektedir (**Frost ve ark. 2015**). Öte yandan fiziksel olarak bağımsız olmanın özyeterlilik düzeyini artırsa da tek başına yeterli olmadığı anlaşılmaktadır. Kişinin özyeterlilik düzeyi inme ağırlığı, mRS ve MBI puanlarından bağımsız olarak kendisini nasıl hissettiğiyle de ilgilidir. Minör inmeli 151 hastayla yapılan bir çalışmada, 3 aylık takiple hastaların mRS puanlarının düşük olmasına rağmen yüksek düzeyde fiziksel yük, depresyon ve yorgunluk hissettikleri sonucuna ulaşılmıştır (**Marsh ve ark. 2018**). Yapılan başka bir çalışmada hafif inme geçiren ve herhangi bir yetiyitimi olmayan hastaların özyeterliliklerinde azalma olduğu görülmüş ve bu sonuç hastanın karşılanmayan istekleri ile açıklanmıştır (**Dale Stone 2005**). Hastaların karşılanmayan istekleri ya da gözardı edilen

gereksinimleri duygudurum, ağrı, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede zorluk ve spastisite olarak tanımlanmıştır **(Iosa ve ark. 2018)**.

Çalışmamızdaki hastaların da fonksiyonel bağımsızlık düzeyleri artmasına rağmen 3. ayın sonunda genelleştirilmiş özyeterlilik düzeylerinde artış olmadığı görülmektedir. Bunun altında yatan nedenin, hastaların ifade etmedikleri gereksinimleri olduğu düşünülmektedir. Kişinin gereksinimlerini ifade edememesi yaşadığı psikososyal sorunlara bağlı olabilmektedir. Hasta ve bakım vericilerin taburculuk sonrası bilgiye sahip olmadıkları ve bu nedenle uzun süreli psikososyal sorunlar yaşadıkları görülmüştür **(McKevitt ve ark. 2011)**. Özyeterliliğinin artırılmasına yönelik taburculuk sonrası eğitimle bilgi sahibi olması sağlanarak karşılaşılabileceği sorunlarla başa çıkma ihtimali artmasına rağmen verilen eğitimin sadece bilgi düzeyi üzerinde etkili olduğunu ancak öz yeterliliği artırmak için yeterli olmadığı belirtilmektedir **(Forster ve ark. 2012)**. Özyeterliliği artırmak için kişinin bilgi ve becerilerini artırmanın yanında psikososyal açıdan da desteklenmesi gerektiği belirtilmektedir **(Fryer ve ark. 2016)**. Özellikle inmenin ilk 3 ayı geçmesine rağmen kendi hedeflediği rehabilitasyon sonucuna ulaşamayan hastalarda, topluma yeniden katılım sorunlarının devam etmesi ve yaşanan hayal kırıklığı, zaten var olan depresyonu artırmaktadır **(Paul ve ark. 2013; Volz ve ark. 2016; Volz ve ark. 2018)**. Depresyon, hastada zaman içinde özyeterlilik düzeyini azaltmaktadır. Bunların yanısıra yetersiz başetme becerileri, çaresizlik depresyonu artırırken özyeterliliğin azalmasına ve hastanın bir kısır döngü içine girmesine neden olur **(van Mierlo ve ark. 2018)**. Bu çalışmada ölçülmemesine rağmen özyeterliliğin yeterince artmamasının altında yatan nedenin psiko-sosyal faktörler olduğu düşünülmektedir.

Özyeterlilik, aynı zamanda sağlıklı bakım davranışlarını geliştirme yöntemidir **(Dickson ve ark. 2013)**. Sağlıklı davranış biçimleri kazandırılmasıyla hasta ve bakım vericisinin inmeye ait semptomları yönetmesi daha kolay olmaktadır **(Riazi ve ark. 2014)**. Kişinin kendine inancı ve özyeterliliği artırıldığında normal yaşama katılım düzeyleri de artar **(Lewin ve ark. 2013; Frost ve ark. 2015)**. Öz yeterliliğin artması hastalarla birlikte bakım vericilerinin de normal yaşama katılım düzeyini artırır. **(Sarre ve ark. 2014; Volz ve ark. 2018)**. Profesyoneller tarafından verilen eğitimde özyeterlilik, yaşam kalitesi ve günlük yaşama katılım artar, depresyon azalır **(Robinson-Smith ve ark. 2000; Huijbregts ve ark. 2008; Jones ve Riazi 2011; Korpershoek ve ark. 2011)**. Eğitim uygulanan hastaların genelleştirilmiş özyeterlilik puanları artmasa da normal yaşama katılım puanları artmıştır. Literatüre paralel olarak verilen eğitimle normal yaşama katılımlarının artırılarak girişimimizin etkili olduğu düşünülmektedir.

Bakım vericilerin eğitim ve takip programı sonrasında özyeterliliklerinin arttığı ve yorgunluklarının azaldığı bildirilmektedir (**Van Den Berg ve ark. 2016**). Aynı zamanda bakımla ilgili korkularının azaldığı ve evde başa çıkma becerilerinin arttığı görülmüştür (**Kalra ve ark. 2004**). Hasta ve bakım vericilerin dahil edildiği çalışmalarda da eğitimin hastaların ve bakım vericilerin fiziksel ve psikolojik sağlıklarını olumlu etkilediği sonucuna varılmıştır (**Galvin ve ark. 2011**). Bir başka çalışmada verilen eğitimle 8 ve 12 haftalık sürelerde hastaların günlük yaşama katılımları ve bakım vericilerin özyeterliliklerinin arttığı ve bakım vericilerin yüklerinin azaldığı bildirilmektedir (**Van Den Berg ve ark. 2016**). Çalışmamızda olduğu gibi birebir eğitimlerin daha etkili olduğu bilinmesine (**Bastable ve Bastable 2017**) rağmen grup olarak gerçekleştirilen eğitimlerin bile özyeterliliklerinin, fiziksel bağımsızlıklarının, kişisel rollerinin gelişimine katkıda bulunduğu ve normal yaşama katılımı artırdığı saptanmıştır (**Bertilsson ve ark. 2015**). Ancak özyeterlilik eğitim programlarının sonuçlarının uzun süreli olarak ele alınması gerektiği, kısa süreli yapılmış çalışmaların sonuçlarının genellenmesinin doğru olmadığı belirtilmektedir (**Bury ve ark. 2005**). Yaptığımız çalışmanın süresinin, hasta ve yakınının özyeterlilik düzeylerini etkilemek için yeterli olmayabileceği ihtimali de göz ardı edilmemelidir. Tüm bu literatür bilgisinden yola çıkarak hasta ve bakım vericiye yönelik taburculuk eğitiminin uygulanmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

Hasta ve Yakınlarının Yaşam Kalitelerinin Tartışılması

İnmeli hastaların %25'inin ilk 3 ayda yaşam kalitelerinin azaldığı bildirilmektedir (**Leach ve ark. 2011**). Hastaların yaşam kalitesinin azalması bakım vericinin yaşam kalitesini de azaltır (**Simeone ve ark. 2016**). İnme sonrasında ilk 3 ay hasta ve bakım verici için yaşamsal öneme sahip bir toparlanma sürecidir. Hastalığa odaklanma, komorbiditelerin belirlenip kontrol altına alınması, hasta-bakım vericinin ihtiyaçlarına yönelik eğitim verilmesi inmeye bağlı ortaya çıkan sorunların azaltılmasını sağlamaktadır (**Mayo ve ark. 2015**). Verilen eğitimle aile için güvenli ortam sağlanırken yaşam kalitesi de artar (**Cameron ve ark. 2016**). Literatürde de belirtildiği üzere hastalar ve bakım vericileri için ilk üç ay oldukça önemlidir ve yaşam kaliteleri akut ortaya çıkan hastalıkla azalmaktadır. Bu çalışmada hasta henüz taburcu edilmeden başlatılan erken taburculuk eğitiminin hasta ve yakınlarının yaşam kalitesinin artırılmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların ve yakınlarının yatışta fiziksel ve mental boyutta yaşam kaliteleri açısından benzer oldukları bulunmuştur. Üçüncü ay sonunda eğitim grubundaki (Web ve kitapçık) hastaların yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında kontrol grubuna göre anlamlı bir fark olduğu

görüldü ($p<0.05$). Benzer sonuç, canlılık ve sosyal işlevsellik alt boyutları hariç, bakım vericilerde de görüldü ($p<0.05$). Zaman içinde gruplarda meydana gelen değişikliğe bakıldığında, eğitim (web ve kitapçık) grubunda fiziksel yaşam kalitesinde artış sağlanırken mental yaşam kalitesinde değişiklik olmadığı bulundu. Hasta ve yakınlarının mental boyutunda değişiklik olmamasının nedeni, bu çalışmada psikolojik girişimlerin uygulanmamış olmasıdır.

Bu çalışmada bakım vericilerin eş ve çocuklardan oluştuğu anlaşılmaktadır. Özellikle eş bakım vericiler fiziksel yükten şikayet etseler de aslında psikolojik, sosyal ve ekonomik yönlerden de yük yaşadıkları, yaşam kalitelerinin azaldığı belirtilmiştir (**Rigby ve ark. 2009; Sumathipala ve ark. 2012; Pucciarelli ve ark. 2017**). Evde geçirdikleri zamanın uzaması, boş zaman aktivitelerine katılamamak sosyal izolasyonun yaşanmasına yol açar ve yaşam kalitesi azalır (**Baumann ve ark. 2011**). Eşlerin bakım verme sürecinde yaşadıkları mental sağlıklarını da etkiler. Bunun sonucunda kendi sağlıklarını önemseme ve var olan hastalıklarıyla ilgili başa çıkma becerileri azalır (**Visser-Meily ve ark. 2005; Opara ve Jaracz 2010**). Bakım verme yükünün artması ve yaşam kalitelerinin azalmasıyla kalp hastalıklarına yakalanma ve erken ölüm riskinin de arttığı belirtilmektedir (**Haley ve ark. 2010; Perkins ve ark. 2012**). Ancak hastanın ve bakım vericisinin desteklenmesiyle yaşam kalitesi ve genel iyilik hali artırılabilir (**Pan ve ark. 2008; Lo Buono ve ark. 2017**). Ailenin eğitimle desteklenmesi özellikle günlük yaşama adaptasyon, emosyonel destek ve rehabilitasyon süresince bakım vermede önemlidir (**Sumathipala ve ark. 2012**).

Bu çalışmada yaşam kalitesi üç ay boyunca değerlendirilmiş olsa da inmeli hastalarla yapılan uzun süreli çalışmalarda da inmenin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri olduğu anlaşılmaktadır. Beş Avrupa ülkesinde yaşam kalitesi inme sonrası 1 yıla kadar araştırıldığında hastaların yaklaşık yarısında aktivite kısıtlılığı, %70'inde ağrı veya rahatsızlık hissi nedeniyle yaşam kalitesinde bozulma belirtilmektedir. Ayrıca yaşam kalitesinin azalması ölüm riski ile ilişkili bulunmuştur (**Cassidy ve ark. 2014; Ayis ve ark. 2015**). İnme sonrasında hastaların daha uzun süre (10 yıl) değerlendirildiği bir çalışmada da dizabilite, bilişsel değişiklikler ve depresyona bağlı olarak yaşam kalitesinin azaldığı belirtilmektedir (**Ayerbe ve ark. 2011; Ayerbe ve ark. 2014**). Hastalık süreci boyunca değişen gereksinimlere uygun eğitim ve psikososyal destek programı ile hastaların ve ailelerinin desteklenmesi önemlidir.

Hastaların rehabilitasyonu sağlanamadığında bakım vericilerine bağımlılıkları artar. Bakım vericinin bakım verme süresi arttıkça bakım vericilerin ve hastaların yaşam kalitesi daha fazla olumsuz etkilenmektedir (**Rigby ve ark. 2009; Persson ve ark. 2015**). Rehabilitasyon sürecinde

motor, bilişsel ve duyuşsal işlevlerin başarılı bir şekilde evde düzenlenmesiyle yaşam kalitesi artar (**Hillier ve Inglis-Jassiem 2010**). Bilişsel ve fiziksel sorunlarla baş etmek için inme sonrası rehabilitasyonunda uygulanacak girişimlere aile üyeleri de dahil edilmelidir. Böylelikle bakım verici yükü azalır ve yaşam kalitesi artar (**Caro ve ark. 2017**). İnme sonrasında hemşireler tarafından verilen eğitim sağlıklı davranış biçimlerini geliştirilmesine, bağımsızlıklarının ve yaşam kalitelerinin artmasına yardımcı olmaktadır (**Hagedoorn ve ark. 2017; Michael ve D'silva 2017**).

Hastada ve bakım vericisinde yaşam kalitesini etkileyen bir diğer etken de sağlık sistemi ilişkili problemlerdir. Sağlık çalışanlarının iş memnuniyetinin, sağlık politikalarının hastaların yaşam kalitelerini ve sağlığını etkilediği belirtilmektedir (**Bankauskaite ve Jakusovaite 2006**). Bu durumu bakım vericiler (BV) şu şekilde açıklamışlardır. “Yani devlet gerçekten böyle durumlarda (evde bakıma ihtiyacı olan hastası olduğunda) birisini göndermeli. Sağlık çalışanlarından birisi olması lazım. Hadi ben sağlıktan anlıyorum biraz ama sağlıktan anlamayan çok insan var. Yani onlara destek olarak bir bakıcı, bir yardım. (BV-55).”, “Şeyyy şimdi şöyle söyleyeyim her hafta kan aldırıyoruz, INR'lerimizi...çok bekliyoruz orada...hani bir kolaylık olsaydı. Yani bir sıkıntımız bu, çok bekliyoruz. Çok yoğun oluyor. Sadece benim için değil. Diğer hastalar için de INR'yi takip açısından daha kolaylık olabilirdi. (BV-56).”, Sistemle ilgili sorunlar yaşadığını belirten bir başka hasta yakını: “Bu kadar test yapılıyor, o kadar çok oluyor ki. Bunların bir şekilde paket halde gittiği yere de gitmesi lazım, ben kocaman dosya taşıyorum yanımda. Yani bunun takibinin bütün dökümünün görünmesi lazım. Bunun kimlik numarasını girince bunları birbirine bağlayamıyor musun? Dünya birbirine bağlanmış siz mi şurdan iki tane bağlayamıyorsunuz. Niye bu kadar zor yani.” (BV-4). Sağlık kurumlarının koşulları da yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (**McKevitt ve ark. 2004**). Yapılan çalışmalarda bu koşullar genel sağlık sigortası olmaması, bürokratik işlemlerin uzun sürmesi, eksik bilgilendirme, yardımcı cihazlara ulaşımında zorluk olarak belirtilmektedir (**Cecil ve ark. 2011; Simeone ve ark. 2016; Adler ve ark. 2016**). Bu sorunu bakım verici şu şekilde açıklamıştır “İlk hastaneye yattığımız zaman bir oda verildi. İnme geçiren bir hastaya uygun bir oda değildi. Ne etraftan geçebiliyorsunuz çok dar. Sandalye alıp oturmak istediğiniz zaman mümkün değil. Kapalı kutu gibi bir yer. Adamın psikolojisini daha da bozacak bir yer.” (BV-36). Sağlık sistemiyle ilgili sorunlar yaşam kalitesini azaltırken bakım verici yükünü de artırmaktadır.

Bu çalışma sonucunda yaşam kalitesinin 3.ayda erken taburculuk eğitimi (web ve kitapçık) verilen hastalarda ve bakım vericilerinde arttığı görüldü. Literatür ve çalışma sonuçlarına

dayanarak yaşam kalitesinin çok yönlü ve uzun süreli etkileri nedeniyle inmeli hastalara ve bakım vericilerine erken taburculuk eğitimi verilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yüklerinin Tartışılması

Çalışmamızda eğitim sonunda bakım verici yükünün kitapçık grubunda azalırken kontrol grubunda aynı kaldığı saptandı. Eğitim öncesinde tüm grupların bakıma hazır oluşluk açısından benzer durumda oldukları bilindiğinden, bakım verme yükündeki azalmanın eğitimin etkisine bağlı olduğu düşünüldü. Ancak ilginç bir bulgu olarak web grubunun bakım yükünün arttığı görüldü.

İnmede bakım verici yükü kanser, alzheimer gibi kronik hastalıklardan farklı ele alınmaktadır (**Glasdam ve ark. 2010**). Bu kronik hastalıklarda genelde tanı konulduktan sonra yavaş bir ilerleme söz konusudur. Oysa inme akut olarak gelişir (**Simeone ve ark. 2016**). Ayrıca son yıllarda sağlıkta değişen bakış açısı nedeniyle inmeli hastalar erken taburcu edilmektedirler (**Morris ve ark. 2014**). Bu nedenlerle bakım vericiler hızlı bir şekilde hastalıkla baş etme yollarını kavramalı ve bakım verici rolünü üstlenebilmelidir (**Lutz ve Young 2010; Kumar ve ark. 2015**).

Bakım vericiler, aniden karşılarına çıkan hastalığa ve üstlenmeleri gereken bakım verici rolüne karşı hazırlıksızdırlar (**Danzl ve ark. 2016**). Hastalık ve bakım vermeye ilgili bilgide eksiklik, yararlanabileceği toplumsal kaynaklara ulaşamama, problem çözme becerilerinde yetersizlik yaşarlar (**Cobley ve ark. 2013; Tunney ve Ryan 2014**). Bakım vericiler taburculuktaki bakım hakkında yetersiz bilgilendirildiklerini ifade ederler (**Mackenzie ve ark. 2007**). Yetersiz bilgilenmenin yanında bireysel ihtiyaçları kişiye ve zamana göre de değişebilmektedir. Erken taburcu edilen hastaların ve bakım vericilerinin evlerine adaptasyonunda bireye özgü eğitim uygulanması önerilmektedir (**Tsai ve ark. 2015; Rodgers ve Price 2017**). Kişi bazında uygulanan eğitimle bakım vericilerin istekleri karşılanırken yaşam kaliteleri artar, bakım verici yükleri azalır (**Reeves ve ark. 2017**). İnfomal bakım vericiler, diğer bakım vericilere göre daha fazla yük altında olduklarından fiziksel, bilişsel ve psikolojik yönlerden desteklenmeleri daha önemlidir (**Lum 2011**). Bu çalışmanın da amacı olan bireye özgü erken taburculuk eğitiminin literatürde de önerildiği anlaşılmaktadır. İnmeli hasta ve bakım vericisinin ihtiyaçlarının zamanla değişimini 2 yıllık süreyle izlediklerinde verilen eğitim şeklinin önemli olduğu bildirilmektedir (**McReynolds ve ark. 2001; Kim ve Moon 2007**). Zamanla değişen ihtiyaçların karşılanması için esnek, ulaşılabilir, herkese hitap eden web bazlı teknolojilerin kullanılması önerilmektedir (**Cameron ve Gignac 2008; Yonaty ve Kitchie 2012**). Ancak bu çalışmada diğer grupların bakım verici yükünde değişiklik olmazken web grubunda anlamlı düzeyde artış olmuştur. Bu durumu Web grubundaki

bakım vericilerin web sayfasını etkili kullanmamasına bağlanabileceği düşünülmektedir. Türkiye’de mobil teknolojilerin ve internet kullanımına yönelik yapılmış bir çalışmada internet kullanımının “faydasız, zararlı, ilginç değil” olarak tanımlandığı belirtilmektedir (**Güler ve ark. 2017**). Özellikle çalışmamızda olduğu gibi orta ve yaşlı grubundaki bireylerin internet kullanımına yönelik yapılmış çalışmada da %58.5’inin internet kullanmayı bilmedikleri, %80.6’nın da öğrenmeyi bile istemedikleri belirtilmiştir (**Te kedere ve Arpacı 2016**). Gerçekten de derinlemesine görüşme yapılan web grubundaki bir bakım verici web sayfasını kullanmak yerine güvenilirliği net olmayan başka yerlerden bilgi aldığını şu şekilde ifade etmiştir: “İlk başlarda nolucak falan ama sonra bilgilendirildim. Okudum bazı şeyler, paylaştım. Yok yani eksik bilgim olduğunu düşünmüyorum (BV-56).” Kitapçık grubundaki bir başka bakım verici ise “İnme tabii şimdi kayınvalidem geçirdiği için daha ilgi alanımıza girdi. Ben daha önce babamın rahatsızlıklarından dolayı hep kalp üzerine ilgileniyordum hep TV programları dinliyordum. (BV-25).” Bakım vericilerin söyleminden de anlaşıldığı üzere inmeyle ilgili hazırlanmış özel bir web sayfasına girmeyi ya da kendilerine verilen kitapçığı okumak yerine TV programlarıyla bilgilenme yolunu seçtikleri anlaşılmaktadır. Bunu kitapçık grubundaki bir başka bakım verici kendisinin kitapçığı okumasına rağmen etrafındaki insanların yaklaşımını şu şekilde açıklamıştır. “Mesela siz kitapçık veriyorsunuz ya, ben kitabı okudum baktım. Abime dedim ki bak kitap var çok güzel, herşey yazıyor. Neler neler yapmamız lazımmiş. Aaa çok güzelmiş, süpermiş dedi. Bak dedim annem sizde de kalıyor. Kimse okumadı. Okumuyorlar yani. Belki görsel video olabilir bir şey olabilir. İnsanlar izlediği boş boş baktığı şeye kolay şey yapıyor ya da resimli olacak o görselli olacak o. Okumuyor kimse çünkü.. (BV-4).” Avrupa topluluklarını kapsayan çalışmada özellikle Avrupa dışında yaşayan insanların yoğunlukla internet üzerinden sağlık uygulamalarını kullandıkları bildirilmektedir (**Torrent-Sellens ve ark. 2016**). Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılmış çalışmalarda da sağlık alanında aktif internet kullanımının olduğu bildirilmektedir (**Kontos ve ark. 2010**). Türkiye’de web sayfasına girmek ya da verilen kitapçığı kullanmak konusunda istekli davranmazlarken yurt dışında yapılmış çalışmalara bakıldığında hasta eğitim programlarının aktif kullanıldığı, hasta ve bakım verici için sağlıklarını geliştirmede pozitif yönde etkilerinin olduğu bildirilmektedir (**Denny ve ark. 2016; Stenberg ve ark. 2016; Musekamp ve ark. 2016**). PROSPER (Patient-centered research into outcomes stroke patients’ prefer and effectiveness research) çalışmasında hasta ve bakım vericilerin hastalıkla/bakımla ilgili bilgiyi web sayfasını kullanarak edindikleri sonucuna ulaşmışlardır. Ayrıca “my story” bloglarında konuşmayı, deneyimlerini paylaşmayı tercih ettiklerini bildirmişlerdir (**Xian ve ark. 2015**). Bu çalışmadaki

web grubu bakım vericilerinin yükünün artmasının nedeninin, bilgisayar kullanmayı tercih etmemeleri olduğu düşünülmektedir.

Web grubundaki bakım vericilerin bakım verici yüklerinin artmasının bir diğer nedeninin de eğitim düzeyleri olduğu düşünülmektedir. Web grubumuzdaki bakım vericilerin eğitim düzeyi diğer gruplara kıyasla yüksektir (lise ve üzeri %85). Yaşam kalitesinin sosyal işlevsellik alt boyutunda taburculuk öncesi puan ortalamasının 70.00 ± 29.91 iken 3. ayın sonunda 57.50 ± 32.55 'e düştüğü ve taburculuk öncesine göre bakım verici yüklerinin arttığı anlaşılmaktadır ($p=0.014$). Avrupa'da yapılan 15 ülke 15239 kişinin dahil edildiği bir çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin sosyal olarak daha aktif oldukları belirtilmektedir (**Martinez-Gonzalez ve ark. 2001**). Yapılan çalışmalarda bakım verici yükünü ve psikolojik yükü azaltmak için sosyal aktivitelere katılmanın gerekli olduğu öne sürülmektedir (**Wakui ve ark. 2012**). Bu çalışmada da yaşam kalitesinin sosyal işlevsellik alt boyutuna bakıldığında kontrol grubunda anlamlı oranda olmak üzere üç grubun 3. ayda yaşam kalitesinin azaldığı bulunmuştur. Sosyal aktivitelere zaman ayıramama, sosyal izolasyon duygusunun yaşanmış olmasına yol açarak bakım verici yükünü artırmaktadır (**Baumann ve ark. 2011**). Literatüre paralel olarak eğitim düzeyi yüksek web grubu bakım vericilerinin benzer nedenlerle bakım verici yükünün artmış olabileceği düşünülmektedir.

Bakım verme, her zaman bakım vericiler için olumsuz anlamlar içermez. Yapılan bir çalışmada bakım verme, aile üyeleri tarafından "aile ilişkilerinin yeniden kurulması" olarak tanımlanmaktadır. Yapılan bir çalışmada bakım verici kadının "Babamın inmesi ona inanılmaz sevgi hissetmeme sebep oldu. Daha önceden sevmiyordum, tabii ki seviyordum ama şimdi duygusal olarak çok daha yakın hissediyorum" şeklinde görüşlerini açıkladığı belirtilmektedir (**Simeone ve ark. 2016**). Literatüre benzer şekilde bu çalışmada da bakım verici görüşlerini şu şekilde paylaşmıştır: "Daha çok sanki sevdiğimi hissettim, hani eskiden yaşadıklarım bir çırpıda siliniverdi sanki. Hastalıklar insana kötü şeyleri unutturuyor. Eskiden yaşanmışlıkları. Her şerde bir hayır vardır derler ya. Bu inme biraz bizi birbirimize bağladı. Çünkü ben çok özenirdim bir yerlere beraber gidelim en azından şimdi bir pazarımız var birlikte gidiyoruz. O yüzden yani bu hastalık bizi birazcık daha kaynaştırdı (BV-25).

İnme gibi akut ortaya çıkan hastalıklarda bakım vericinin bakım vermeye hazır olma düzeyi önemlidir. Çalışmada kullanılan bakım vermeye hazır oluşluk ölçeğinden alınacak en yüksek puan 32'dir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması bireyin kendini bakım vermeye hazır hissettiğini göstermektedir (**Karaman 2014**). Çalışma grubundaki bakım vericilerin bakım vermeye hazır oluşluk ölçeğinden aldıkları puanların yüksek olduğu görülmektedir (Kontrol: 24.25 ± 6.32 ; Web:

24.35±4.27; Kitapçık: 25.68±5.13). Bakıma hazır oluşluk düzeylerinin yüksek olmasının nedeninin kültürel özelliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Türkiye gibi geleneklerine bağlı toplumlarda yaşlıya ya da hastaya bakmak kültürel olarak doğal kabul edilmektedir. Örneğin Çin’de hastaya ve yaşlıya mutlaka aile üyeleri tarafından bakıldığı ve kendilerine verilen bir onur olarak görüldüğü bildirilmektedir (**Xie ve ark. 2016**). Yine Çin’de yapılmış bir çalışmada bakım vericiler hastalarına bakmayı yaşamlarının bir parçası olarak gördüklerini ve hastalarına bakım vermek için kendi yaşamlarından severek ödün verdikleri belirtilmektedir (**Qiu ve ark. 2018**). Değişik etnik (Asyalı, Hint, Pakistanlı, İngiliz, beyaz, siyah ırka sahip) grupların birarada bulunduğu başka bir çalışmada bakım vericiler, inmeli hastaları için en iyi bakım vericilerin kendileri olduğunu, bakım verdikleri kişi aileleri olduğu için bu görevi seve seve yerine getirdiklerini belirtmişlerdir (**Greenwood ve ark. 2016**). Malay, Çin ve Hintlilerden oluşan bir bakım verici grubunda ise Malay bakım vericilerin bakım verme yüklerinin daha az olduğu ve bakım vermekten şikayet etmedikleri sonucuna ulaşılmıştır (**Vaingankar ve ark. 2017**). Benzer şekilde bu çalışmadaki bakım vericilere hastalarına bakma nedenleri sorulduğunda şu şekilde görüşlerini ifade etmişlerdir. “Babamın sağlığının iyileşmesi için. O sürecin hızlanması için. Bakım gereksinimlerini karşılamak için. Motivasyonunu yüksek tutmak için en önemlisi o. Motivasyonu iyi olduğu zaman çok daha hızlı ilerleyebiliyoruz. (BV-36).”, “Bana ihtiyacı var, ihtiyacı olduğu için. Kimsenin onunla benim kadar hassas ilgileneyeceğini sanmıyorum. Güvenmiyorum yani diğer insanlara. Yani en iyi ben bakabilirim, en iyi ben takip edebilirim gibi geliyor. (BV-4)”, “İnsanlar bunu hani zulmuş ya da görevmiş gibi şey yapıyor ama ben öyle düşünmüyorum. Biz aile olarak birbirimize bağlı bir aileyiz. Bazı aileler görüyorum babası çocuğunu umursamıyor, çocuğu babasını umursamıyor hiç öyle birşeyle büyümedim yani. Hani babam kaç yaşında halen annesine bakıyor. (BV-27).” Bakım vericilerin ifadelerinden de anlaşıldığı üzere hastalarına bakmayı doğal bir görev olarak görmektedirler. Bundan dolayı bakıma hazır oluşluk düzeylerinin yüksek, bakım verme yüklerinin az olduğu düşünülmektedir.

Bakım verici için bakım vermenin etkileri çok yönlü ve kompleks olabilir. Emosyonel, fiziksel, psikolojik ve ekonomik yönü dışında bakım vericilerin kendini suçlu hissetme/suçlama, utanma gibi farklı duygular yaşadıkları bildirilmiştir (**Woodford ve ark. 2018; Torregosa ve ark. 2018**). Çalışmaya katılan bakım vericiler ise hastalarına bakarken yaşadıkları duyguları şu şekilde ifade etmişlerdir. Bir yakını aynı hastanede kaybetmiş olan bir hasta yakını: “Geçmişte de ben hastalıkla ilgili bir durum yaşadığım için özellikle bu hastanede yatınca flashback olayı oluyor, hastanede gerilme olayı. Kendi kendime eğlence yaratmaya çalışıyorum orada, işte kitaplarımı

yıgđım yine, o yatarken kitap okudum o benim kendi kendime tedavi yöntemimdir. Yalnız kalıp kitap okumak, kitapla bütünleşmek falan. Hastanedeyken kitap okudum, yürüdüm.” (BV-27). Bir başka bakım verici “Daha böyle baba kıymeti bilmeye başladık, ilgi göstermeye başladık, mesela bir şey olacak mı korkusu yaşıyoruz, olabilir mi tekrardan, bunlar bize duygusal olarak etki ediyor tabii. Düşündürüyor. Biz hep iyi yanlarını düşünürüz tabii ama kötü yanı da var. Elimizden geldiği kadar moral motivasyon herşey.” (BV-26), “Önceden daha şeydim anneme karşı. Biraz bencil bir kadın olduğunu düşünüyordum. Yani hala da düşünüyorum yani (gülüyor). Annem, ne derler, ben merkezlidir. Kendini düşünür her zaman ama artık yani daha muhtaç bir kadın. Onunla ilgili hiç negatif birşeyim yok.” (BV-25). Literatüre paralel olarak bakım verme sürecinde karmaşık emosyonel duygular içinde oldukları anlaşılmaktadır.

Literatür bilgilerinden yola çıkarak bakım vericilere verilen eğitimin bakım verici yükü yaşamalarını önlediği düşünülmektedir. Web yoluyla uygulanan eğitimin gözden geçirilerek eğitimden yararlanmalarının sağlanabileceği düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

İnmeli hastalara ve bakım vericilerine verilen erken taburculuk eğitimiyle hastaların hastalıklarının yönetimi konusunda öz yeterliklerinin, yaşam kalitelerinin artırılması, günlük yaşamlarına adaptasyonlarının hızlandırılması, bakım vericilerin ise bakım verici yüklerinin azaltılarak yaşam kalitelerinin ve özyeterliliklerinin artırılması amaçlanan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Hastaların cinsiyet, eğitim, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi, sigara ve alkol kullanımı, inmeden etkilenen bölge ve ek sağlık sorunu dağılımları ile yaş, tanı süresi ve BKİ ortalaması arasındaki fark incelendiğinde, üç grubun tanımlayıcı özellikler yönünden benzer/homojen olduğu belirlendi. Hasta yakınlarının cinsiyet, çalışma durumu, bakım verdiği hastası dışında baktığı kişinin olması, hastaya yakınlığına göre dağılımları, yaş ve BKİ ortalamaları yönünden benzer olduğu belirlendi. Ancak eğitim, medeni durum ve gelir durumu açısından gruplar arasında fark olduğu saptandı. Hasta yakınlarının eğitim durumuna göre dağılımları incelendiğinde, üç çalışma grubu arasında anlamlı fark olduğu ($p<.01$) ve ileri analizde farkın tüm gruplar arasında olduğu (her üç grubun birbirinden anlamlı düzeyde farklı olduğu) belirlendi ($p<.05$).
- Hastaların NIHSS'e göre nörolojik defisitleri değerlendirildi, gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>.05$).
- Hastaların fonksiyonel bağımsızlık düzeylerine bakıldığında, yatıştaki fonksiyonel bağımsızlık puan (mRS) ortalamasında gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>.05$). Üçüncü ayda, üç grubun fonksiyonel durum puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p<.05$).
- Hastaların yatıştaki MBI'ye göre bağımsızlık puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>.05$). Üçüncü ayda, üç grubun MBI puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p<.05$).
- Hastaların yatıştaki normal yaşama yeniden katılma indeksi puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>.05$). Üçüncü ayda, üç grubun normal yaşama yeniden katılma indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı ($p<.05$).
- Hastaların yatıştaki genelleştirilmiş özyeterlilik puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>.05$). Üçüncü ayda, üç grubun genelleştirilmiş özyeterlilik puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>.05$). Hasta yakınlarının

yatıftaki genelleştirilmiş özyeterlilik puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>.05$). Üçüncü ayda, üç gruptaki hasta yakınlarının puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark saptandı ($p<.05$).

- Hastaların yaşam kalitelerinin üçüncü ayda tüm alt boyutlarda arttığı bulundu ($p<.05$). Hasta yakınlarının sosyal işlevsellik ve canlılık alt boyutları hariç tüm alt boyutlarda yaşam kalitelerinin arttığı bulundu ($p<.05$).
- Hasta yakınlarının yatıftaki bakıma hazır oluşluk düzeylerine bakıldığında üç grup arasında anlamlı farklılık görülmedi ($p>.05$). Yatıftaki bakım verici yükü puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>.05$). Üçüncü ayda, kontrol grubunun bakım verici yüklerinde farklılık olmazken, web grubunun bakım vericilerinin yüklerinde artma, kitapçık grubundakilerin bakım verici yüklerinde anlamlı olmasa da azalma olduğu görüldü.

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- Taburculuk öncesinde hasta ve yakınlarına eğitim uygulanması ve uygun eğitim (web ya da kitapçık) kanalına yönlendirilmesi,
- Okumayı tercih etmeyen hasta ve yakınları için eğitim yöntemlerinin görsel unsurlarla zenginleştirilmesi,
- Taburculuk eğitiminin hastaların rehabilitasyonuna başlamadan önce hemşireler tarafından verilmesi,
- Hasta ve yakını eğitimlerinin grup ya da bireysel olarak uygulanması,
- İnmeli hasta ve yakınlarına özel paylaşım toplantılarının yapılması,
- Hasta ve yakınına uygulanacak eğitim programlarının multidisipliner ekiple organize edilmesi,
- Kurulmuş olan web sayfasının tüm ülkeye duyurulmasının ve farkındalığının artırılması,
- Bu çalışmanın daha büyük örnekleme ve daha uzun süreli uygulanarak sonuçlarının değerlendirilmesi,
- Bu çalışmada değerlendirilmemiş olan farklı parametrelerin ele alınması, eğitimi etkileyen diğer faktörlerin tespitinin yapılması,
- Oluşturulmuş olan kitapçık ve web sayfalarının revizyonlarının sağlanarak hasta ve yakınlarının daha fazla kullanmalarının sağlanmasıdır.

KAYNAKLAR

Abdullah, A. R., Smith, E. E., Biddinger, P. D., Kalendarian, D., & Schwamm, L. H. (2008). Advance Hospital Notification by EMS in Acute Stroke Is Associated with Shorter Door-to-Computed Tomography Time and Increased Likelihood of Administration of Tissue-Plasminogen Activator. *Prehospital emergency care*, 12(4), 426-431.

Aboderin, I., & Venables, G. (1996). Stroke management in Europe. *Journal of Internal Medicine*, 240(4), 173-180.

Adams Jr, H. P., Bendixen, B. H., Kappelle, L. J., Biller, J., Love, B. B., Gordon, D. L., & Marsh 3rd, E. E. (1993). Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. *stroke*, 24(1), 35-41.

Adams, H. P. (2008). İskemik İnmenin Önlenmesi Antiplatelet ajanlar, Karotid Endarterektomi, Anjiyoplasti ve Stent. *Türk Nöroloji Dergisi* (14) 6:377-387.

Adams, H. P., Del Zoppo, G., Alberts, M. J., Bhatt, D. L., Brass, L., Furlan, A., ... & Lyden, P. D. (2007). Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups: the American Academy of Neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists. *Circulation*, 115(20), e478-e534.

Adler, N. E., Cutler, D. M., Jonathan, J. E., Galea, S., Glymour, M., Koh, H. K., & Satcher, D. (2016). Addressing social determinants of health and health disparities. *National Academy of Medicine. Perspectives: Vital Directions for Health and Health Care Initiative*.

Afzal, M. R., Maud, A., Cruz-Flores, S., Qureshi, M. A., Qureshi, I. A., Vellipuram, A. R., ... & Khatri, R. (2018). Abstract WP319: Continued Nationwide Decline in Stroke Related In-hospital Mortality in United States.

Akdemir N., Bostanoğlu H., Yurtsever S., Kutlutürkan S., Kapucu S., Özer ZC. (2011). Yatağa Bağımlı Hastaların Evde Yaşadıkları Sağlık Sorunlarına Yönelik Evde Bakım Hizmet Gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(1):57-65.

Akdemir, N., & Akkuş, A. G. Y. (2006). Rehabilitasyon ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 13(1), 082-091.

Aktaş, A. (2010). İnmeli Hasta Yakınlarına Verilen Eğitimin; Hasta Ve Hasta Yakınının Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresif Belirti Düzeyi Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Doktora Tezi. İstanbul.

Alberts, M. J., Hademenos, G., Latchaw, R. E., Jagoda, A., Marler, J. R., Mayberg, M. R., ... & Shephard, T. (2000). Recommendations for the establishment of primary stroke centers. *Jama*, 283(23), 3102-3109.

Alberts, M. J., Latchaw, R. E., Selman, W. R., Shephard, T., Hadley, M. N., Brass, L. M., ... & Croft, J. B. (2005). Recommendations for comprehensive stroke centers: a consensus statement from the Brain Attack Coalition. *Stroke*, 36(7), 1597-1616.

Alim, M., Lindley, R., Felix, C., Gandhi, D.B.C., Verma, S.J., Tungnawat D.K. ve ark. (2016). Family-led rehabilitation after stroke in India: the ATTEND trial, study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17:13.

Alimohammadi, N., Maleki, B., Shahriari, M., & Chitsaz, A. (2015). Effect of a care plan based on Roy adaptation model biological dimension on stroke patients' physiologic adaptation level. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 20(2), 275.

Amarenco, P., Bogousslavsky, J., Caplan, L. R., Donnan, G. A., Wolf, M. E., & Hennerici, M. G. (2013). The ASCOD phenotyping of ischemic stroke (Updated ASCO Phenotyping). *Cerebrovascular Diseases*, 36(1), 1-5.

Amarenco, P., Lavallée, P. C., Labreuche, J., Albers, G. W., Bornstein, N. M., Canhão, P., ... & Molina, C. (2016). One-year risk of stroke after transient ischemic attack or minor stroke. *New England Journal of Medicine*, 374(16), 1533-1542.

Andersen, G., Christensen, D., Kirkevold, M., & Johnsen, S. P. (2012). Post-stroke fatigue and return to work: a 2-year follow-up. *Acta Neurologica Scandinavica*, 125(4), 248-253.

Arboix, A., García-Plata, C., García-Eroles, L., Massons, J., Comes, E., Oliveres, M., & Targa, C. (2005). Clinical study of 99 patients with pure sensory stroke. *Journal of neurology*, 252(2), 156-162.

Arbour, R.B. (2006). Interventions for critically ill clients with neurologic problems. İçinde D.D. Ignatavicus, M.L. Workman (Ed.). *Medical-Surgical Nursing. Critical Thinking for Collaborative Care*. (Fifth Edition). USA: Elsevier Saunders Company; 1027-1044.

Arno, P. S., Levine, C., & Memmott, M. M. (1999). The economic value of informal caregiving. *Health Affairs*, 18(2), 182-188.

Arsava M. Beyin Damar Hastalıkları ve Demans. Ulusal hastalık yükü çalışması sonuçları ve çözüm önerileri. Hacettepe üniversitesi tıp fakültesi. 18 nisan 2017. http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal_program.pdf Erişim: 23.04.2018)

Aşiret, G. D., & Kapucu, S. (2012). İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yükü. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 14(2).

Ataoglu, S., Ankarali, H., & Ankarali, S. (2017). A Comparison of the Measuring Instruments to Assess Quality of Life in Patients with Fibromyalgia Syndrome. *Anatolian Clin*, 22(2), 1-10.

Avşar, G., & Kaşıkçı, M. (2009). Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 12(3).

Ayerbe, L., Ayis, S., Crichton, S., Wolfe, C. D. A., & Rudd, A. G. (2014). The long-term outcomes of depression up to 10 years after stroke; the South London Stroke Register. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 85(5), 514-521.

Ayerbe, L., Ayis, S., Rudd, A. G., Heuschmann, P. U., & Wolfe, C. D. (2011). Natural history, predictors, and associations of depression 5 years after stroke: the South London Stroke Register. *Stroke*, 42(7), 1907-1911.

- Ayis, S., Wellwood, I., Rudd, A. G., McKeivitt, C., Parkin, D., & Wolfe, C. D. (2015). Variations in Health-Related Quality of Life (HRQoL) and survival 1 year after stroke: five European population-based registers. *BMJ open*, 5(6), e007101.
- Bakaç, G. (2010). Akut İskemik İnmede İntravenöz Trombolitik Tedavi ve İnme Üniteleri. *Klinik Gelişim Dergisi*, 1, 15-18.
- Bakas, T., Austin, J. K., Okonkwo, K. F., Lewis, R. R., & Chadwick, L. (2002). Needs, concerns, strategies, and advice of stroke caregivers the first 6 months after discharge. *Journal of Neuroscience Nursing*, 34(5), 242.
- Balçık PY., Nangır ÖF. (2016). Avrupa ve Türkiye’de Sağlık İnsan Gücü ve Sağlık Teknolojileri. *Ankara Med. J.* 16(1):90-7.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American psychologist*, 44(9), 1175.
- Bandura, A. (1997). The nature and structure of self-efficacy. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York, NY: WH Freeman and Company, 37-78.
- Banerjee, T. K., & Das, S. K. (2016). Fifty years of stroke researches in India. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 19(1), 1.
- Bankauskaite, V., & Jakusovaite, I. (2006). Dealing with ethical problems in the healthcare system in Lithuania: achievements and challenges. *Journal of medical ethics*, 32(10), 584-587.
- Barber, P. A., Pridmore, H. M., Krishnamurthy, V., Roberts, S., Spriggs, D. A., Carter, K. N., & Anderson, N. E. (2013). Cannabis, ischemic stroke, and transient ischemic attack: a case-control study. *Stroke*, 44(8), 2327-2329.
- Barker-Collo, S., Bennett, D. A., Krishnamurthi, R. V., Parmar, P., Feigin, V. L., Naghavi, M., ... & Vos, T. (2015). Sex differences in stroke incidence, prevalence, mortality and disability-adjusted life years: results from the Global Burden of Disease Study 2013. *Neuroepidemiology*, 45(3), 203-214.
- Barusch, A. S. (1988). Problems and coping strategies of elderly spouse caregivers. *The Gerontologist*, 28(5), 677-685.

Başara, B. B., Dirimeşe, V., Özkan, E., & Varol, Ö. (2006). Türkiye hastalık yükü çalışması 2004. *Ankara, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı*, (s 33).

Bastable, S. B., & Bastable, S. B. (2017). *Essentials of patient education*. Jones & Bartlett Learning.

Bastawrous, M., Gignac, M. A., Kapral, M. K., & Cameron, J. I. (2015). Adult daughters providing post-stroke care to a parent: a qualitative study of the impact that role overload has on lifestyle, participation and family relationships. *Clinical rehabilitation*, 29(6), 592-600.

Baumann, M., Le Bihan, E., Chau, K., & Chau, N. (2014). Associations between quality of life and socioeconomic factors, functional impairments and dissatisfaction with received information and home-care services among survivors living at home two years after stroke onset. *BMC neurology*, 14(1), 92.).

Baumann, M., Lurbe-Puerto, K., Alzahouri, K., & Aïach, P. (2011). Increased residual disability among post stroke survivors and there percussions for the lives of informal caregivers. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 18(2), 162–171. doi:10.1310/tsr1802-162

Bayramoglu, M., Karatas, M., Leblebici, B., Cetin, N., Sözüay, S., & Turhan, N. (2003). Hemorrhagic transformation in stroke patients. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 82(1), 48-52.

Béjot, Y., Bailly, H., Durier, J., & Giroud, M. (2016). Epidemiology of stroke in Europe and trends for the 21st century. *La Presse Médicale*, 45(12), e391-e398.

Belayev, L., Hong, S. H., Menghani, H., Marcell, S. J., Obenaus, A., Freitas, R. S., ... & Bazan, N. G. (2018). Docosanoids Promote Neurogenesis and Angiogenesis, Blood-Brain Barrier Integrity, Penumbra Protection, and Neurobehavioral Recovery After Experimental Ischemic Stroke. *Molecular neurobiology*, 1-17.

Benjamin, E. J., Virani, S. S., Callaway, C. W., Chamberlain, A. M., Chang, A. R., Cheng, S., ... & de Ferranti, S. D. (2018). Heart disease and stroke statistics—2018 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 137(12), e67-e492.

Bergström, A. L., von Koch, L., Andersson, M., Tham, K., & Eriksson, G. (2015). Participation in everyday life and life satisfaction in persons with stroke and their caregivers 3–6 months after onset. *Journal of rehabilitation medicine*, 47(6), 508-515.

Bernhardt, J., Dewey, H., Thrift, A., Collier, J., & Donnan, G. (2008). A very early rehabilitation trial for stroke (AVERT) phase II safety and feasibility. *Stroke*, 39(2), 390-396.

Bertilsson, A. S., Von Koch, L., Tham, K., & Johansson, U. (2015). Client-centred ADL intervention after stroke: Significant others' experiences. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 22(5), 377-386.

Bethoux, F., Calmels, P., & Gautheron, V. (1999). Changes in the quality of life of hemiplegic stroke patients with time: A Preliminary Report1. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 78(1), 19-23.

Bhattacharjee, M., Vairale, J., Gawali, K., & Dalal, P. M. (2012). Factors affecting burden on caregivers of stroke survivors: Population-based study in Mumbai (India). *Annals of Indian Academy Neurology*, 15, 113-119.

Boger, E. J., Demain, S. H., & Latter, S. M. (2015). Stroke self-management: A focus group study to identify the factors influencing self-management following stroke. *International journal of nursing studies*, 52(1), 175-187.

Bogiatzi, C., Wannarong, T., McLeod, A. I., Heisel, M., Hackam, D., & Spence, J. D. (2014). SPARKLE (Subtypes of Ischaemic Stroke Classification System), incorporating measurement of carotid plaque burden: a new validated tool for the classification of ischemic stroke subtypes. *Neuroepidemiology*, 42(4), 243-251.

Bonner, B., Pillai, R., Sarma, P. S., Lipska, K. J., Pandian, J., & Sylaja, P. N. (2016). Factors predictive of return to work after stroke in patients with mild– moderate disability in India. *European journal of neurology*, 23(3), 548-553.

Bouldin, E. D., Winter, K. H., & Andresen, E. M. (2010). Peer Reviewed: Lack of Choice in Caregiving Decision and Caregiver Risk of Stress, North Carolina, 2005. *Preventing chronic disease*, 7(2).

- Brunnstrom, S. (1966). Motor testing procedures in hemiplegia: based on sequential recovery stages. *Physical therapy*, 46(4), 357-375.
- Burton, C., & Gibbon, B. (2005). Expanding the role of the stroke nurse: a pragmatic clinical trial. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 640-650.
- Bury, M., Newbould, J., & Taylor, D. (2005). *A rapid review of the current state of knowledge regarding lay-led self-management of chronic illness: evidence review*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Çakıcı A.D. (2004). İnme rehabilitasyonu. In: Oğuz H.D.E., Dursun N. (Ed). *Tıbbi Rehabilitasyon*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. p. 589-617.
- Çakçı, A., Aras, M.D. (2004). İnme rehabilitasyonu. *Tıbbi rehabilitasyon*. 2. Baskı. İstanbul. Nobel tıp kitabevleri. 589-617.
- Callaghan D. (2005). Healthy Behaviors, Self-Efficacy, Self- Care, and Basic Conditioning Factors in Older Adults. *Journal of Community Health Nursing*. 22:3,169-178.
- Callaly, E., Ni Chroinin, D., Hannon, N., Marnane, M., Akijian, L., Sheehan, O., ... & Murphy, S. (2016). Rates, Predictors, and Outcomes of Early and Late Recurrence After Stroke. *Stroke*, 47(1), 244-246.
- Camak, D. J. (2015). Addressing the burden of stroke caregivers: a literature review. *Journal of clinical nursing*, 24(17-18), 2376-2382.
- Cameron, J. I., & Gignac, M. A. (2008). "Timing It Right": A conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient education and counseling*, 70(3), 305-314.
- Cameron, J. I., O'Connell, C., Foley, N., Salter, K., Booth, R., Boyle, R., & Dulude, A. (2016). Canadian stroke best practice recommendations: managing transitions of care following stroke, guidelines update 2016. *International Journal of Stroke*, 11(7), 807-822.
- Caplan, L. R., & Barinagarrementeria, F. (2000). Diagnosis and the clinical encounter. *Caplan's stroke: a clinical approach*, 51-71.

Caro, C. C., Costa, J. D., & Da Cruz, D. M. C. (2018). Burden and Quality of Life of Family Caregivers of Stroke Patients. *Occupational therapy in health care*, 1-18.

Caro, C. C., Mendes, P. V. B., Costa, J. D., Nock, L. J., & Cruz, D. M. C. D. (2017). Independence and cognition post-stroke and its relationship to burden and quality of life of family caregivers. *Topics in stroke rehabilitation*, 24(3), 194-199.

Cassidy, J. D., Cancelliere, C., Carroll, L. J., Côté, P., Hincapié, C. A., Holm, L. W., ... & Borg, J. (2014). Systematic review of self-reported prognosis in adults after mild traumatic brain injury: results of the International Collaboration on Mild Traumatic Brain Injury Prognosis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 95(3), S132-S151.

CDC (2009). Stroke facts. <https://www.cdc.gov/stroke/facts.htm> Erişim: 15.05.2018

Cecil, R., Parahoo, K., Thompson, K., McCaughan, E., Power, M., & Campbell, Y. (2011). 'The hard work starts now': a glimpse into the lives of carers of community-dwelling stroke survivors. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11-12), 1723-1730.

Çelik A. (2014). İnmeli Hastalarda Fonksiyonel Durumun Bakım Verenlerin Bakım Yüküne ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksel Lisans Tezi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı, İç Hastalıkları Hemşireliği. Ankara.

Center for Disease Control. About adult BMI, CDC 2017. (http://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/adult_bmi/index.html) Erişim:10.07.2018

Centers for disease control and prevention (CDC). Prevalence and most common causes of disability among adults- United States 2005. *MMWR Morb. Mortal Wkly Rep.* 2009;58:421-426

Cheng, H. Y., & Chau, J. P. C. (2014). The effectiveness of psychosocial interventions for stroke family caregivers and stroke survivors: a systematic review and meta-analysis. *Patient education and counseling*, 95(1), 30-44.

Choi, J. C., Lee, J. S., Park, T. H., Cho, Y. J., Park, J. M., Kang, K., ... & Park, M. S. (2016). Prestroke Antiplatelet Effect on Symptomatic Intracranial Hemorrhage and Functional Outcome in Intravenous Thrombolysis. *Journal of stroke*, 18(3), 344.

- Ciccone, A., Valvassori, L., Nichelatti, M., Sgoifo, A., Ponzio, M., Sterzi, R., & Boccardi, E. (2013). Endovascular treatment for acute ischemic stroke. *New England Journal of Medicine*, 368(10), 904-913.
- Çığşar, G. (2011). Akut İnme Hastalarında Prognozu ve Maliyeti Etkileyen Faktörlerin Retrospektif Analizi. Afyonkocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. Afyon.
- Çoban, O. (2009). Beyin Damar Hastalıklarında Tanımlar, Sınıflama, Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri. Öge AE., Baykan B (Ed). İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji e-ders Kitabı.
- Cobley, C. S., Fisher, R. J., Chouliara, N., Kerr, M., & Walker, M. F. (2013). A qualitative study exploring patients' and carers' experiences of Early Supported Discharge services after stroke. *Clinical rehabilitation*, 27(8), 750-757.
- Cooray, C., Fekete, K., Mikulik, R., Lees, K. R., Wahlgren, N., & Ahmed, N. (2015). Threshold for NIH stroke scale in predicting vessel occlusion and functional outcome after stroke thrombolysis. *International Journal of Stroke*, 10(6), 822-829.
- Cox, M., Irby, D.M. (Eds) Epstein, R.M. (2007). Assessment in medical education. The New England Journal of Medicine.
- Cramer, J. A., Perrine, K., Devinsky, O., & Meador, K. (1996). A Brief Questionnaire to Screen for Quality of Life in Epilepsy The QOLIE-10. *Epilepsia*, 37(6), 577-582.
- Dağlı, A., & Baysal, N. (2016). Yaşam Doyumu Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(59).
- Dale Stone, S. (2005). Reactions to invisible disability: the experiences of young women survivors of hemorrhagic stroke. *Disability and rehabilitation*, 27(6), 293-304.
- Daneski, K., Coshall, C., Tillingand, K., & Wolfe, C. D. A. (2003). Reliability and validity of a postal version of the Reintegration to Normal Living Index, modified for use with stroke patients. *Clinical rehabilitation*, 17(8), 835-839.

- Danzl, M. M., Harrison, A., Hunter, E. G., Kuperstein, J., Sylvia, V., Maddy, K., & Campbell, S. (2016). "A Lot of Things Passed Me by": Rural Stroke Survivors' and Caregivers' Experience of Receiving Education From Health Care Providers. *The Journal of Rural Health*, 32(1), 13-24.
- de Kloet, E. R., Joëls, M., & Holsboer, F. (2005). Stress and the brain: from adaptation to disease. *Nature reviews neuroscience*, 6(6), 463.
- Dean, S. G., Poltawski, L., Forster, A., Taylor, R. S., Spencer, A., James, M., ... & Landa, P. (2018). Community-based rehabilitation training after stroke: results of a pilot randomised controlled trial (ReTrain) investigating acceptability and feasibility. *BMJ open*, 8(2), e018409.
- Dehghan Nayeri, N., Mohammadi, S., Pedram Razi, S., & Kazemnejad, A. (2014). Investigating the effects of a family-centered care program on stroke patients' adherence to their therapeutic regimens. *Contemporary nurse*, 47(1-2), 88-96.
- Demirci, S., Yalçiner, B. Z., Bakaç, G., Dayan, C., Aysal, F., & Baybas, S. (2010). Risk factors that affect recurrence in strokes. *Dusunen Adam*, 23(1), 38.
- Demirdel, S., & Bayramlar, K. (2014). Amputasyondan sonra normal yaşama yeniden katılım sürecinin yaşam kalitesi ve fonksiyonel düzey ile ilişkisinin incelenmesi. *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 25(3).
- Denny, M. C., Vahidy, F., Shah, R., Vu, K. Y. T., Sharrief, A., Savitz, S., & Edquilang, G. (2016). Acute Stroke Educational Video Associated with Improved Stroke Literacy and Increased Patient Satisfaction (P6. 012). *Neurology*, 86(16 Supplement), P6-012.
- Dickson, V. V., Buck, H., & Riegel, B. (2013). Multiple comorbid conditions challenge heart failure self-care by decreasing self-efficacy. *Nursing research*, 62(1), 2-9.
- Dijkers, M. (1998). Community integration: conceptual issues and measurement approaches in rehabilitation research. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 4(1), 1-15.
- Dill, T. (2008). Contraindications to magnetic resonance imaging. *Heart*, 94(7), 943-948.
- Ding, D., Lawson, K. D., Kolbe-Alexander, T. L., Finkelstein, E. A., Katzmarzyk, P. T., Van Mechelen, W., ... & Lancet Physical Activity Series 2 Executive Committee. (2016). The economic

burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *The Lancet*, 388(10051), 1311-1324.

Doshi, V. S., Say, J. H., Young, S. H., & Doraisamy, P. (2003). Complications in stroke patients: a study carried out at the Rehabilitation Medicine Service, Changi General Hospital. *Singapore Med J*, 44(12), 643-52.

Dotchin, C. L., Paddick, S. M., Longdon, A. R., Kisoli, A., Gray, W. K., Dewhurst, F., ... & Walker, R. W. (2014). A comparison of caregiver burden in older persons and persons with Parkinson's disease or dementia in sub-Saharan Africa. *International psychogeriatrics*, 26(4), 687-692.

Duncan, P. W. (1994). Stroke disability. *Physical therapy*, 74(5), 399-407.

Durna Z., Tülek Z. (2012). İnme ve Bakım. In Durna Z. (Ed). Kronik hastalıklar ve bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; pp.239-260.

E. Mayo, N., Wood-Dauphinee, S., Ahmed, S., Carron, G., Higgins, J., Mcewen, S., & Salbach, N. (1999). Disablement following stroke. *Disability and rehabilitation*, 21(5-6), 258-268.

Eastwood, J. D., Lev, M. H., Wintermark, M., Fitzek, C., Barboriak, D. P., Delong, D. M., ... & Provenzale, J. M. (2003). Correlation of early dynamic CT perfusion imaging with whole-brain MR diffusion and perfusion imaging in acute hemispheric stroke. *American Journal of Neuroradiology*, 24(9), 1869-1875.

Edward C. Jauch, Jeffrey L. Saver, Harold P. Adams, Askiel Bruno, J.J. (Buddy) Connors, Bart M. Demaerschalk, Pooja Khatri, Paul W. McMullan, Jr, Adnan I. Qureshi, Kenneth Rosenfield, Phillip A. Scott, Debbie R. Summers, David Z. Wang, Max Wintermark, Howard Yonas, on behalf of the American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Peripheral Vascular Disease, and Council on Clinical Cardiology. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2013;44:870-947

Eichler, K., Wieser, S., & Brügger, U. (2009). The costs of limited health literacy: a systematic review. *International journal of public health*, 54(5), 313.

- Em, S., Bozkurt, M., Caglayan, M., Ceylan Cevik, F., Kaya, C., Oktayoglu, P., & Nas, K. (2017). Psychological health of caregivers and association with functional status of stroke patients. *Topics in stroke rehabilitation*, 24(5), 323-329.
- Epstein-Lubow, G. P., Beevers, C. G., Bishop, D. S., & Miller, I. W. (2009). Family functioning is associated with depressive symptoms in caregivers of acute stroke survivors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(6), 947-955.
- Eren, F., Öztürk, Ş., & Ekmekci, A. H. (2017). Saf duyuşal inme sendromu şeklinde ortaya çıkan talamik bölge serebrovasküler hastalığı: olgu sunumu. *Genel Tip Dergisi*, 27(3).
- Ergul, A., Hafez, S., Fouda, A., & Fagan, S. C. (2016). Impact of comorbidities on acute injury and recovery in preclinical stroke research: focus on hypertension and diabetes. *Translational stroke research*, 7(4), 248-260.
- Erol, F., Tanrıkuşu, F., & Dikmen, Y. (2016). Serebrovasküler Olay Geçiren Bir Olgunun Henderson Hemşirelik Modeli'ne Göre Değerlendirilmesi: Olgu Sunumu. *Journal of Contemporary Medicine*, 6(1-Ek (Olgu Sunumları)), 94-103.
- Eser, E. (2006). Sağlıkıa ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü, sağlıkta yaşam kalitesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Birikim Dergisi*, 1(2), 1-5.
- Evans, R. L., Matlock, A. L., Bishop, D. S., Stranahan, S., & Pederson, C. (1988). Family intervention after stroke: does counseling or education help?. *Stroke*, 19(10), 1243-1249.
- Ezekiel, L., Collett, J., Dawes, H., Mayo, N. E., Pang, L., & Field, L. (2018). Factors associated with participation in life situations for adults with stroke: a systematic review. *Archives of physical medicine and rehabilitation*.
- Fadıloğlu, Ç. (2013). Evde Bakım Hizmetlerinin Gelişimi ve Önemi. 1. Baskı, Amasya: Göktuğ Basım Yayın ve Dağıtım. 3-12.
- Feigin, V. L., Krishnamurthi, R. V., Parmar, P., Norrving, B., Mensah, G. A., Bennett, D. A., ... & Davis, S. (2015). Update on the global burden of ischemic and hemorrhagic stroke in 1990-2013: the GBD 2013 study. *Neuroepidemiology*, 45(3), 161-176.

- Feinberg, L. F. (2003). The state of the art of caregiver assessment. *Generations*, 27(4), 24-32.
- Ferri, C. P., Schoenborn, C., Kalra, L., Acosta, D., Guerra, M., Huang, Y., ... & Williams, J. D. (2011). Prevalence of stroke and related burden among older people living in Latin America, India and China. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 82(10), 1074-1082.
- Ferro, J. M., Bousser, M. G., Canhão, P., Coutinho, J. M., Crassard, I., Dentali, F., ... & de Sousa, D. A. (2017). European Stroke Organization guideline for the diagnosis and treatment of cerebral venous thrombosis—endorsed by the European Academy of Neurology. *European Stroke Journal*, 2(3), 195-221.
- Forster, A., Brown, L., Smith, J., House, A., Knapp, P., Wright, J. J., & Young, J. (2012). Information provision for stroke patients and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev*, 11.
- Frost, Y., Weingarden, H., Zeilig, G., Nota, A., & Rand, D. (2015). Self-care self-efficacy correlates with independence in basic activities of daily living in individuals with chronic stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 24(7), 1649-1655.
- Fryer, C. E., Luker, J. A., McDonnell, M. N., & Hillier, S. L. (2016). Self-management programs for quality of life in people with stroke. *Stroke*, 47(12), e266-e267.
- Galvin, R., Cusack, T., O'grady, E., Murphy, T. B., & Stokes, E. (2011). Family-Mediated Exercise Intervention (FAME) Evaluation of a novel form of exercise delivery after stroke. *Stroke*, 42(3), 681-686.
- Gbiri, C. A., Olawale, O. A., & Isaac, S. O. (2015). Stroke management: Informal caregivers' burdens and strains of caring for stroke survivors. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 58(2), 98-103.
- Gel, K.T., Kesgin, M.T. (2017). İnformal bakım verenlerin bakım yüküne ilişkin hemşirelerin görüşleri. *Anadolu Hem ve Sağ Bil Der.* 20(4):267-278.
- Giroud, M., Jacquin, A., & Béjot, Y. (2014). The worldwide landscape of stroke in the 21st century. *The Lancet*, 383(9913), 195-197.

Gjelsvik, B. E. B., Hofstad, H., Smedal, T., Eide, G. E., Næss, H., Skouen, J. S., ... & Strand, L. I. (2014). Balance and walking after three different models of stroke rehabilitation: early supported discharge in a day unit or at home, and traditional treatment (control). *BMJ open*, 4(5), e004358.

Glasdam, S., Timm, H., & Vittrup, R. (2010). Support efforts for caregivers of chronically ill persons. *Clinical Nursing Research*, 19(3), 233-265.

Göğüş E, Kabakçı A. (2004). İşlevsellik yetiyitimi ve sağlığın uluslararası sınıflandırılması ICF. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı. Ankara.

Gökkoca, Z. (2001). Sağlık eğitimi açısından temel ilkeler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 10(10), 371-374.

Goldstein, L. B., Adams, R., Alberts, M. J., Appel, L. J., Brass, L. M., Bushnell, C. D., ... & Hart, R. G. (2006). Primary prevention of ischemic stroke: A guideline from the American heart association/American stroke association stroke council: Cosponsored by the atherosclerotic peripheral vascular disease interdisciplinary working group; cardiovascular nursing council; clinical cardiology council; nutrition, physical activity, and metabolism council; and the quality of care and outcomes research interdisciplinary working group: The American academy of neurology affirms the value of this guideline. *Stroke*, 37(6), 1583-1633.

Goodlin, S. (2005). Heart failure in the elderly. *Expert Reviews in Cardiovascular Therapy*, 3, 99.

Gözüm, S., & Aksayan, S. (1999). Öz-etkililik-yeterlik ölçeği'nin türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2(1).

Gözüm, S., Tan, M. (2003). Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personelinin Yaşlı Bakımına İlişkin Bilgi Görüş ve Uygulamaları. *Turkish Journal Of Geriatric*. 6(1): 14-21.

Grant, J. S., Elliott, T. R., Weaver, M., Bartolucci, A. A., & Giger, J. N. (2002). Telephone intervention with family caregivers of stroke survivors after rehabilitation. *Stroke*, 33(8), 2060-2065.

Grant, J. S., Glandon, G. L., Elliott, T. R., Giger, J. N., & Weaver, M. (2004). Caregiving problems and feelings experienced by family caregivers of stroke survivors the first month after discharge. *International Journal of Rehabilitation Research*, 27(2), 105-111.

Greenwood, N., Holley, J., Ellmers, T., Mein, G., & Cloud, G. (2016). Qualitative focus group study investigating experiences of accessing and engaging with social care services: perspectives of carers from diverse ethnic groups caring for stroke survivors. *BMJ open*, 6(1), e009498.

Grigorovich, A., Forde, S., Levinson, D., Bastawrous, M., Cheung, A. M., & Cameron, J. I. (2015). Restricted participation in stroke caregivers: who is at risk?. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 96(7), 1284-1290.

Guidetti, S., Ytterberg, C., Ekstam, L., Johansson, U., & Eriksson, G. (2014). Changes in the impact of stroke between 3 and 12 months post-stroke, assessed with the Stroke Impact Scale. *Journal of rehabilitation medicine*, 46(10), 963-968.

Güler, H., Şahinkaya, Y., & Şahinkaya, H. (2017). İnternet ve Mobil Teknolojilerin Yaygınlaşması: Fırsatlar ve Sınırlılıklar. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(14), 186-207.

Gündüz, B. (2006). İnme ve Prognozu Etkileyen Faktörler. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 52.

Güngör, L., Afşar, N., Topçuoğlu, M. A., Melek, İ., Gökçe, M., Domaç, F. M., ... & Uzuner, N. (2015). Specific management of hemorrhagic stroke; guidelines of Turkish Society of Cerebrovascular Diseases–2015. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*, 21(3), 146-152.

Hafsteinsdóttir, T. B., Vergunst, M., Lindeman, E., & Schuurmans, M. (2011). Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: a systematic review of the literature. *Patient education and counseling*, 85(1), 14-25.

Hagedoorn, E. I., Paans, W., Jaarsma, T., Keers, J. C., van der Schans, C., & Luttik, M. L. (2017). Aspects of family caregiving as addressed in planned discussions between nurses, patients with chronic diseases and family caregivers: a qualitative content analysis. *BMC nursing*, 16(1), 37.

Haley, W. E., Roth, D. L., Hovater, M., & Clay, O. J. (2015). Long-term impact of stroke on family caregiver well-being: a population-based case-control study. *Neurology*, 84(13), 1323-1329.

Haley, W. E., Roth, D. L., Howard, G., & Safford, M. M. (2010). Caregiving strain and estimated risk for stroke and coronary heart disease among spouse caregivers: differential effects by race and sex. *Stroke*, 41(2), 331-336.

- Hart, D. R. (2015). Improving provider awareness of caregiver burden in an Oregon Alzheimer's disease care center.
- Hart, E. (2001). System induced setbacks in stroke recovery. *Sociology of Health & Illness*, 23(1), 101-123.
- Harvey, R. L., Roth, E. J., & Yu, D. (2007). Rehabilitation in stroke syndromes. *Physical Medicine & Rehabilitation. Philadelphia: Saunders Elsevier*, 1175-12.
- Hasselkus, B. R. (1988). Meaning in family caregiving: Perspectives on caregiver/professional relationships. *The Gerontologist*, 28(5), 686-691.
- Health-Related Quality of Life. CDC 2016 (<https://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm> Erişim tarihi: 04.07.2018).
- Hellstrom, K., Lindmark, B., Wahlberg, B., & Fugl-Meyer, A. R. (2003). Self-efficacy in relation to impairments and activities of daily living disability in elderly patients with stroke: a prospective investigation. *Journal of rehabilitation medicine*, 35(5), 202-207.
- Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. Resmi gazete 19 Nisan 2011. Sayı:27910. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm> erişim tarihi: 01.06.2018.
- Herz, J., Hagen, S. I., Bergmüller, E., Sabellek, P., Göthert, J. R., Buer, J., ... & Doeppner, T. R. (2014). Exacerbation of ischemic brain injury in hypercholesterolemic mice is associated with pronounced changes in peripheral and cerebral immune responses. *Neurobiology of disease*, 62, 456-468.
- Hillier, S., & Inglis-Jassiem, G. (2010). Rehabilitation for community-dwelling people with stroke: home or centre based? A systematic review. *International Journal of Stroke*, 5(3), 178-186.
- Huijbregts, M. P., Myers, A. M., Streiner, D., & Teasell, R. (2008). Implementation, process, and preliminary outcome evaluation of two community programs for persons with stroke and their care partners. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 15(5), 503-520.

Hurd, M. D., Martorell, P., Delavande, A., Mullen, K. J., & Langa, K. M. (2013). Monetary costs of dementia in the United States. *New England Journal of Medicine*, 368(14), 1326-1334.

Hüzmeli, E. D., Duman, T., & Yıldırım, H. (2017). Türkiye’de İnmeli Hastalarda Telerehabilitasyonun Etkinliği: Pilot Çalışma. *Türk J Nkoçeurol*, 23, 21-25.

Hyland, M. E. (2003). A brief guide to the selection of quality of life instrument. *Health and quality of life outcomes*, 1(1), 24.

İnce, B., Krespi, Y., Afşar, N. ve Çoban, O. (2008). İnme bakımının organizasyonu: eğitim, sevk, acil yaklaşım ve görüntüleme, inme üniteleri ve rehabilitasyon. Türk Nöroloji Derneği Beyin Damar Hastalıkları Çalışma Grubu ve Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği, 3-28. Erişim 18.02.2008

İnci F. (2006). Bakım verme yükü ölçeği’nin Türkçe’ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği, Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Denizli.

İnci, F.H. (2014). İnmeli Hastaya Bakım Veren Aile Bireylerine Yönelik Destek Programının Dayanma Gücüne Etkisi. Ege üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği ABD. Doktora Tezi. İzmir.

Iosa, M., Lupo, A., Morone, G., Baricich, A., Picelli, A., Panza, G., ... & Paolucci, S. (2018). Post Soft Care: Italian implementation of a post-stroke checklist software for primary care and identification of unmet needs in community-dwelling patients. *Neurological Sciences*, 39(1), 135-139.

Janardhan, V., Shams, T., Yoo, A., Frei, D., Patel, K., Gianatasio, R., ... & Nguyen, N. (2015). E-129 nihss assessment during the stroke hospitalization is a significant predictor of 90-day functional outcome in the natural history of acute ischemic stroke from large vessel occlusion.

Jaracz, K., Grabowska-Fudala, B., Górna, K., Jaracz, J., Moczko, J., & Kozubski, W. (2015). Burden in caregivers of long-term stroke survivors: Prevalence and determinants at 6 months and 5 years after stroke. *Patient education and counseling*, 98(8), 1011-1016.

Jauch, E. C., Saver, J. L., Adams Jr, H. P., Bruno, A., Connors, J. J., Demaerschalk, B. M., ... & Scott, P. A. (2013). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a

guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 44(3), 870-947.

Jeong, Y. G., Jeong, Y. J., Kim, W. C., & Kim, J. S. (2015). The mediating effect of caregiver burden on the caregivers' quality of life. *Journal of physical therapy science*, 27(5), 1543-1547.

Johnson, J. L., Ratner, P. A., Bottorff, J. L., & Hayduk, L. A. (1993). An exploration of Pender's Health Promotion Model using LISREL. *Nursing Research*, 42(3), 132-138.

Jones, F., & Riazi, A. (2011). Self-efficacy and self-management after stroke: a systematic review. *Disability and rehabilitation*, 33(10), 797-810.

Jones, F., Mandy, A., & Partridge, C. (2008). Reasons for recovery after stroke: a perspective based on personal experience. *Disability and rehabilitation*, 30(7), 507-516.

Jones, F., Riazi, A., & Norris, M. (2013). Self-management after stroke: time for some more questions?. *Disability and Rehabilitation*, 35(3), 257-264.

Jönsson, A. C., Lindgren, I., Hallström, B., Norrving, B., & Lindgren, A. (2005). Determinants of quality of life in stroke survivors and their informal caregivers. *Stroke*, 36(4), 803-808.

Juntura, A., Jett, G., Cudlip, F., & O'Donnell, C. (2018). Abstract TP377: Stroke Navigator Program Supports Community Reintegration and Decreases Readmissions.

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 Derneği Arşivi*, 34(7), 395-405.

Kadlecová, P., Andel, R., Mikulík, R., Handing, E. P., & Pedersen, N. L. (2015). Alcohol consumption at midlife and risk of stroke during 43 years of follow-up: cohort and twin analyses. *stroke*, 46(3), 627-633.

Kahraman, A., & Hammond, J. (2015). The biopsychosocial characteristics associated with self-management and self-efficacy for individuals in the longer term after stroke. *Physiotherapy*, 101, e514-e515.

- Kalra, L., Evans, A., Perez, I., Melbourn, A., Patel, A., Knapp, M., & Donaldson, N. (2004). Training carers of stroke patients: randomised controlled trial. *Bmj*, 328(7448), 1099.
- Kang, H. Y., Lim, S. J., Suh, H. S., & Liew, D. (2011). Estimating the lifetime economic burden of stroke according to the age of onset in South Korea: a cost of illness study. *BMC Public Health*, 11(1), 646.
- Kapucu, Y. D. D. S., Türkan, Y. D. D. S. K., & Fesci, H. (2009). Yatağa bağımlı inmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının yaşadıkları güçlükler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16(3), 017-031.
- Karadakovan, A., Eti, A.F. (2017). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 4. Basım. Adana: Nobel Kitapevi.
- Karahan, A. Y., Kucuksen, S., Yilmaz, H., Salli, A., Gungor, T., & Sahin, M. (2014). Effects of rehabilitation services on anxiety, depression, care-giving burden and perceived social support of stroke caregivers. *Acta Medica*, 57(2), 68-72.
- Karaman, S. (2014). İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- Karaman, S., Karadakovan, A. (2015). İnmeli hastalarda bakım veren hasta yakınlarının bakıma hazır oluşluk ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 31(1):1-10.
- Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference?. *Pharmacoeconomics*, 34(7), 645-649.
- Kemper, P. (1992). The use of formal and informal home care by the disabled elderly. *Health services research*, 27(4), 421.
- Kernan, W. N., Ovbiagele, B., Black, H. R., Bravata, D. M., Chimowitz, M. I., Ezekowitz, M. D., ... & Johnston, S. C. (2014). Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 45(7), 2160-2236.

Kim, J. W., & Moon, S. S. (2007). Needs of family caregivers caring for stroke patients: based on the rehabilitation treatment phase and the treatment setting. *Social work in health care*, 45(1), 81-97.

Kirkevold M., Bronken BA., Martinsen R., Kvigne K. (2011). Promoting Psychosocial Well-being Following a Stroke: Developing a Theoretically and Empirically Sound Complex Intervention. *International Journal of Nursing Studies* 49:386-397.

Kısabay A., Güler A., Özakgöl A., Kutluk K. (2014). İnmede Yaşam Kalitesi ve Ölçümü. *Türk Nöroloji Dergisi*. Cilt 20. Özel Sayı 1.

Koç, E. R., Acar, B., Aytürk, Z., Cemil, D. B., Kösehan, D., & İlhan, A. (2014). Serebral inmeyi taklit eden spontan spinal epidural hematoma olgusu. *Türk Nöroloji Dergisi*, 20(3), 95-97.

Koçak, G. (2011). İnmeli Hastalarda Bakım Vericinin Yükü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. İstanbul.

Köksal, C., Çevirme, D., & Dönmez, A. A. (2010). Karotis Arter Endarterektomisi ve Güncel Yaklaşımlar. *Koşuyolu Kalp Dergisi*, 13(3), 26-31.

Kontos, E. Z., Emmons, K. M., Puleo, E., & Viswanath, K. (2010). Communication inequalities and public health implications of adult social networking site use in the United States. *Journal of health communication*, 15(sup3), 216-235.

Korpershoek, C., van der Bijl, J., & Hafsteinsdóttir, T. B. (2011). Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1876-1894.

Koton, S., Schneider, A. L., Rosamond, W. D., Shahar, E., Sang, Y., Gottesman, R. F., & Coresh, J. (2014). Stroke incidence and mortality trends in US communities, 1987 to 2011. *Jama*, 312(3), 259-268.

Krespi, Y., Bahar S.Z. (2011). Nöroloji. Öge, A.E., Baykan B. (Eds). Yardımcı editörler Sara Zarko Bahar, Başar Bilgiç. İçinde: İskemik beyin damar hastalıklarında tanı ve tedavi yaklaşımları. II. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul

Krespi, Y., Gurol, M. E., Coban, O., Tuncay, R., & Bahar, S. (2003). Stroke unit versus neurology ward. *Journal of neurology*, 250(11), 1363-1369.

Kucukdeveci, A. A., Yavuzer, G., Tennant, A., Suldur, N., Sonel, B., & Arasil, T. (2000). Adaptation of the modified Barthel Index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. *Scandinavian journal of rehabilitation medicine*, 32(2), 87-92.

Kumar, R., Kaur, S., & Reddemma, K. (2015). Needs, burden, coping and quality of life in stroke caregivers a pilot survey. *Nursing and midwifery research journal*, 11(2), 57-67.

Kuşcu, K. (2006). Sağlık Süreçleri ve Bakım Vericilik Deneyimi: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Perspektifinde Bir Değerlendirme. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 2(47), 108-112.

Kwok, T., Lo, R. S., Wong, E., Wai-Kwong, T., Mok, V., & Kai-Sing, W. (2006). Quality of life of stroke survivors: a 1-year follow-up study. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 87(9), 1177-1182.

Langhorne, P., Wu O., Rodgers H., Ashburn A., and Bernhardt J., on behalf of the AVERT triallists' collaboration. (2017). A very early rehabilitation trial after stroke (AVERT): a Phase III, multicentre, randomised controlled trial. *Health Technol Assess*, 21(54).

Leach, M. J., Gall, S. L., Dewey, H. M., Macdonell, R. A., & Thrift, A. G. (2011). Factors associated with quality of life in 7-year survivors of stroke. *J neurol neurosurg Psychiatry*, 82(12), 1365-1371.

Lewin, A., Jöbges, M., & Werheid, K. (2013). The influence of self-efficacy, pre-stroke depression and perceived social support on self-reported depressive symptoms during stroke rehabilitation. *Neuropsychological rehabilitation*, 23(4), 546-562.

Lin, C. B., Peterson, E. D., Smith, E. E., Saver, J. L., Liang, L., Xian, Y., ... & Fonarow, G. C. (2012). Emergency medical service hospital prenotification is associated with improved evaluation and treatment of acute ischemic stroke. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 5(4), 514-522.

Lisabeth, L. D., Reeves, M. J., Baek, J., Skolarus, L. E., Brown, D. L., Zahuranec, D. B., ... & Morgenstern, L. B. (2015). Factors influencing sex differences in poststroke functional outcome. *Stroke*, *46*(3), 860-863.

Lo Buono, V., Corallo, F., Bramanti, P., & Marino, S. (2017). Coping strategies and health-related quality of life after stroke. *Journal of health psychology*, *22*(1), 16-28.

Lövblad, K. O., & Baird, A. E. (2006). Actual diagnostic approach to the acute stroke patient. *European radiology*, *16*(6), 1253-1269.

Lum, J. (2011). Informal caregiving. In Focus. Toronto: Canadian Research Network for Care in the Community. Retrieved from:<http://www.ryerson.ca/content/dam/crncc/knowledge/infocus/informalcaregiving/ InFocus- InformalCaregiving.pdf>

Lutz, B. J., & Young, M. E. (2010). Rethinking intervention strategies in stroke family caregiving. *Rehabilitation Nursing*, *35*(4), 152-160.

Lyden, P. D., Lu, M., Levine, S. R., Brott, T. G., & Broderick, J. (2001). A modified National Institutes of Health Stroke Scale for use in stroke clinical trials: preliminary reliability and validity. *Stroke*, *32*(6), 1310-1317.

Mackenzie, A., Perry, L., Lockhart, E., Cottee, M., Cloud, G., & Mann, H. (2007). Family carers of stroke survivors: needs, knowledge, satisfaction and competence in caring. *Disability and rehabilitation*, *29*(2), 111-121.

Mackey, L. M., Doody, C., Werner, E. L., & Fullen, B. (2016). Self-management skills in chronic disease management: what role does health literacy have?. *Medical decision making*, *36*(6), 741-759.

Malhan, S. (2005). *Sağlığa bağlı yaşam kalitesi kalitemetri*. Ergun Oksuz.

Marsh, E. B., Lawrence, E., Hillis, A. E., Chen, K., Gottesman, R. F., & Llinas, R. H. (2018). Pre-stroke employment results in better patient-reported outcomes after minor stroke: Short title: Functional outcomes after minor stroke. *Clinical neurology and neurosurgery*, *165*, 38-42.

- Martinez-Gonzalez, M. A., Varo, J. J., Santos, J. L., Irala, J. D., Gibney, M. J., Kearney, J., & Martinez, J. A. (2001). Prevalence of physical activity during leisure time in the European Union.
- Masdeu, J. C., Irimia, P., Asenbaum, S., Bogousslavsky, J., Brainin, M., Chabriat, H., ... & Schellinger, P. D. (2006). EFNS guideline on neuroimaging in acute stroke. Report of an EFNS task force. *European journal of neurology*, *13*(12), 1271-1283.
- Maviş, İ., Doğramacı, Ö., Diken, İ. (2005). Birincil bakıcıların “felçli ve afazili bireylerin” sözel olmayan davranışlarına ilişkin görüşleri. *Türk serebrovasküler hastalıklar dergisi*. *11*(3);97-106.
- Mayo, N. E., Scott, S. C., Bayley, M., Cheung, A., Garland, J., Jutai, J., & Wood-Dauphinee, S. (2015). Modeling health-related quality of life in people recovering from stroke. *Quality of Life Research*, *24*(1), 41-53.
- McBride K.L., White, C.L., Sourial, R., Mayo, N. (2004). Postdischarge Nursing Interventions for Stroke Survivors and Their Families. *Journal of Advanced Nursing*. *47*(2): 192-200.
- McCullagh, E., Brigstocke, G., Donaldson, N., & Kalra, L. (2005). Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke*, *36*(10), 2181-2186.
- McEwen, S., Polatajko, H., Baum, C., Rios, J., Cirone, D., Doherty, M., & Wolf, T. (2015). Combined cognitive-strategy and task-specific training improve transfer to untrained activities in subacute stroke: an exploratory randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and neural repair*, *29*(6), 526-536.
- McKevitt, C., Fudge, N., Redfern, J., Sheldenkar, A., Crichton, S., Rudd, A. R., ... & Rothwell, P. M. (2011). Self-reported long-term needs after stroke. *Stroke*, *42*(5), 1398-1403.
- McKevitt, C., Redfern, J., Mold, F., & Wolfe, C. (2004). Qualitative studies of stroke: a systematic review. *Stroke*, *35*(6), 1499-1505.
- McReynolds, C. J., Koch, L. C., & Rumrill Jr, P. D. (2001). Qualitative research strategies in rehabilitation. *Work*, *16*(1), 57-65.

Mehdiyev, Z. (2016). Akut İskemik İnme Hastalarında Prognozu Belirleyen Hastane Öncesi ve Hastane İçi Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, İzmir.

Memis, S., Krespi, Y., Durna, Z., & Tülek, Z. (2003). İnmeli hasta bakım. *İçinde: Durna Z, Krespi Y, ed. Akut inmeli hastalarda hemşirelik bakım uygulama rehberi İstanbul, İstanbul Üniversitesi Yayın*, (4380), 24-27.

Meral, Z.K. (2010). İnme geçirmiş yaşlı kişilerde aktivite, katılım ve depresyonun yaşam memnuniyeti ile olan ilişkisi. İş ve uğraşı tedavisi programı. Yüksek lisans tezi. Hacettepe üniversitesi. Ankara.

Meschia, J. F., Bushnell, C., Boden-Albala, B., Braun, L. T., Bravata, D. M., Chaturvedi, S., ... & Goldstein, L. B. (2014). Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 45(12), 3754-3832.

Michael, A., & D'silva, F. (2017). Effectiveness of Caregiver Support Program (CSP) on Burden and QoL of Caregivers of Stroke Subjects. *International Journal of Nursing Education*, 9(1), 1-6.

Midi, İ., & Afşar, N. (2010). İnme risk faktörleri. *Klinik Gelişim*, 10(1), 1-14.

Mikdashi, J., Handwerger, B., Langenberg, P., Miller, M., & Kittner, S. (2007). Baseline disease activity, hyperlipidemia, and hypertension are predictive factors for ischemic stroke and stroke severity in systemic lupus erythematosus. *Stroke*, 38(2), 281-285.

Mitchell, A. B., Cole, J. W., McArdle, P. F., Cheng, Y. C., Ryan, K. A., Sparks, M. J., ... & Kittner, S. J. (2015). Obesity increases risk of ischemic stroke in young adults. *Stroke*, 46(6), 1690-1692.

Mollaoğlu M., Tuncay FÖ, Fertelli TK. İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. *DEUHYO ED* 4(3):125-130.

Morimoto, T., Schreiner, A. S., & Asano, H. (2003). Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. *Age and Ageing*, 32(2), 218-223.

Morris, S., Hunter, R. M., Ramsay, A. I., Boaden, R., McKeivitt, C., Perry, C.,... Fulop, N. J. (2014). Impact of centralising acute stroke services in English metropolitan areas on mortality and length of hospital stay: difference-indifferences analysis. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 349, g4757. doi: 10.1136/bmj.g4757

Mukherjee, D., & Patil, C. G. (2011). Epidemiology and the global burden of stroke. *World neurosurgery*, 76(6), S85-S90.

Musekamp, G., Bengel, J., Schuler, M., & Faller, H. (2016). Improved self-management skills predict improvements in quality of life and depression in patients with chronic disorders. *Patient education and counseling*, 99(8), 1355-1361.

Naheçivan, N.Ö. (1993). Sağlıklı Gençlerde “Öz-Bakım Gücü” ve Aile Ortamının Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi. İstanbul.

National Alliance for Caregiving and AARP. Caregiving in the United States 2009. <http://www.caregiving.org/data/04finalreport.pdf>. Accessed February 19, 2014. 6

Nayeri ND, Mohammadi S, Pedramrazi S. Et al. 2012; Doshi V, Say J, Young S, Doraisamy P. Et al. 2003.

Neau, J. P., Ingrand, P., Mouille-Brachet, C., Rosier, M. P., Couderq, C., Alvarez, A., & Gil, R. (1998). Functional recovery and social outcome after cerebral infarction in young adults. *Cerebrovascular diseases*, 8(5), 296-302.

Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., & Tobin, S. S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of gerontology*.

Nicholson, S. L. (2018). Development and testing of a behavioural change intervention to increase physical activity, predominantly through walking, after stroke.

Ntsiea, M. V., Van Aswegen, H., Lord, S., & Olorunju S, S. (2015). The effect of a workplace intervention programme on return to work after stroke: a randomised controlled trial. *Clinical rehabilitation*, 29(7), 663-673.

- Nurit, P., Bella, B. C., Gila, E., & Revital, Z. (2009). Evaluation of a nursing intervention project to promote patient medication education. *Journal of clinical nursing*, 18(17), 2530-2536.
- O'Donnell, M. J., Chin, S. L., Rangarajan, S., Xavier, D., Liu, L., Zhang, H., ... & Lopez-Jaramillo, P. (2016). Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *The Lancet*, 388(10046), 761-775.
- O'Donnell, M. J., Xavier, D., Liu, L., Zhang, H., Chin, S. L., Rao-Melacini, P., ... & Mondo, C. (2010). Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *The Lancet*, 376(9735), 112-123.
- Öge AE., Baykan B.(Eds). (2015). Nöroloji 2. Baskı. Nobel tıp kitabevleri. İstanbul.
- Olivier, C. L., Phillips, J., & Roy, D. E. (2018). To be or not to be? A caregiver's question: the lived experience of a stroke family during the first 18 months poststroke. *Scandinavian journal of caring sciences*, 32(1), 270-279.
- Opara, J. A., & Jaracz, K. (2010). Quality of life of post-stroke patients and their caregivers. *Journal of medicine and life*, 3(3), 216.
- Orgun, F. (2010). Sağlık Eğitimi ve İyileştirilmesi. İçinde A. Karadakovan, F.E. Aslan (Ed.) Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana: Nobel Tıp Kitabevi; 41-55.
- Ozer, I. S., Sorgun, M. H., Rzayev, S., Kuzu, M., Tezcan, S., Yılmaz, V., ... & Isikay, C. T. (2015). Etiologic Subtypes, Risk Factors, and Outcomes of Acute Ischemic Stroke in Young Patients. *TURKISH JOURNAL OF NEUROLOGY*, 21(4), 159-164.
- Özer, İ. Ş., Sorgun, M. H., Rzayev, S., Kuzu, M., Tezcan, S., Yılmaz, V., ... & Işıkay, C. T. (2016). Genç İskemik İnme Hastalarında İnme Etiyolojisi, Risk Faktörleri ve Hastaların İzlemedeki Fonksiyonel Durumları. *Turkish Journal of Neurology/Turk Noroloji Dergisi*, 21(4).
- ÖZKAN, O. (2017). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Odaklı Yaklaşım: Hasta Katılımı. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(2), 1759-1770.

ÖZKARAMAN, A., Serap, Ö. Z. E. R., & ALPASLAN, G. B. (2012). Romatoid artritli bir vakanın hemşirelik bakımında roy adaptasyon modelinin kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3).

Öztürk Ş. (2009). Serebrovasküler Hastalık Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri-Dünya ve Türkiye Perspektifi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 13(1):51-58.

Ozturk, S. (2009). Serebrovasküler hastalık epidemiyolojisi ve risk faktörleri-Dünya ve Türkiye perspektifi. *Turk J Geriatr*, 13(1), 51-58.

Özyeşil, Z., Oluk, A., & Çakmak, D. (2014). The prediction level of caregiver burden on caregivers' state-trait anxiety levels. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 15(1), 39-44.

Pan, J. H., Song, X. Y., Lee, S. Y., & Kwok, T. (2008). Longitudinal analysis of quality of life for stroke survivors using latent curve models. *Stroke*, 39(10), 2795-2802.

Pang, M. Y., Eng, J. J., & Miller, W. C. (2007). Determinants of satisfaction with community reintegration in older adults with chronic stroke: role of balance self-efficacy. *Physical therapy*, 87(3), 282-291.

Park, J. H., & Ovbiagele, B. (2016). Relationship of functional disability after a recent stroke with recurrent stroke risk. *European journal of neurology*, 23(2), 361-367.

Parke, H. L., Epiphaniou, E., Pearce, G., Taylor, S. J., Sheikh, A., Griffiths, C. J., ... & Pinnock, H. (2015). Self-management support interventions for stroke survivors: a systematic meta-review. *PLoS One*, 10(7), e0131448.

Patel, M. D., Tilling, K., Lawrence, E., Rudd, A. G., Wolfe, C. D. A., & McKeivitt, C. (2006). Relationships between long-term stroke disability, handicap and health-related quality of life. *Age and Ageing*, 35(3), 273-279.

Patra, J., Taylor, B., Irving, H., Roerecke, M., Baliunas, D., Mohapatra, S., & Rehm, J. (2010). Alcohol consumption and the risk of morbidity and mortality for different stroke types-a systematic review and meta-analysis. *BMC public health*, 10(1), 258.

- Paul, N., Das, S., Hazra, A., Ghosal, M. K., Ray, B. K., Banerjee, T. K., ... & Das, S. K. (2013). Depression among stroke survivors: a community-based, prospective study from Kolkata, India. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *21*(9), 821-831.
- Paul, S. L., Sturm, J. W., Dewey, H. M., Donnan, G. A., Macdonell, R. A., & Thrift, A. G. (2005). Long-term outcome in the North East Melbourne Stroke Incidence Study: predictors of quality of life at 5 years after stroke. *Stroke*, *36*(10), 2082-2086.
- Perkins, M., Howard, V. J., Wadley, V. G., Crowe, M., Safford, M. M., Haley, W. E., ... & Roth, D. L. (2012). Caregiving strain and all-cause mortality: evidence from the REGARDS study. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *68*(4), 504-512.
- Persson, J., Holmegaard, L., Karlberg, I., Redfors, P., Jood, K., Jern, C., ... & Forsberg-Wärleby, G. (2015). Spouses of stroke survivors report reduced health-related quality of life even in long-term follow-up: results from Sahlgrenska Academy study on ischemic stroke. *Stroke*, *46*(9), 2584-2590.
- Petty, G. W., Brown Jr, R. D., Whisnant, J. P., Sicks, J. D., O'fallon, W. M., & Wiebers, D. O. (2000). Ischemic stroke subtypes: a population-based study of functional outcome, survival, and recurrence. *Stroke*, *31*(5), 1062-1068.
- Pierce, L. L., Steiner, V., Hicks, B., & Holzaepfel, A. L. (2006). Problems of new caregivers of persons with stroke. *Rehabilitation Nursing*, *31*(4), 166-172.
- Pierce, L.L., Finn, M.G. ve Steiner, V. (2004). Families dealing with stroke desire information about self-care needs. *Rehabilitation Nursing*, *29*(1), 14-17.
- Pinar, R. (2005). Reliability and construct validity of the SF-36 in Turkish cancer patients. *Quality of Life Research*, *14*(1), 259-264.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and aging*, *18*(2), 250.
- Polanowska, K. E., Leśniak, M. M., Seniów, J. B., Czepiel, W., & Członkowska, A. (2013). Anodal transcranial direct current stimulation in early rehabilitation of patients with post-stroke non-fluent

aphasia: a randomized, double-blind, sham-controlled pilot study. *Restorative neurology and neuroscience*, 31(6), 761-771.

Post, M. (2014). Definitions of quality of life: what has happened and how to move on. *Topics in spinal cord injury rehabilitation*, 20(3), 167-180.

Powers, W. J., Derdeyn, C. P., Biller, J., Coffey, C. S., Hoh, B. L., Jauch, E. C., ... & Meschia, J. F. (2015). 2015 AHA/ASA focused update of the 2013 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke regarding endovascular treatment: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, STR-0000000000000074.

Pucciarelli, G., Savini, S., Byun, E., Simeone, S., Barbaranelli, C., Vela, R. J., ... & Vellone, E. (2014). Psychometric properties of the Caregiver Preparedness Scale in caregivers of stroke survivors. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 43(6), 555-560.

Pucciarelli, G., Vellone, E., Savini, S., Simeone, S., Ausili, D., Alvaro, R., ... & Lyons, K. S. (2017). Roles of changing physical function and caregiver burden on quality of life in stroke: a longitudinal dyadic analysis. *Stroke*, 48(3), 733-739.

Putala, J., Yesilot, N., Waje-Andreassen, U., Pitkäniemi, J., Vassilopoulou, S., Nardi, K., ... & Mihalka, L. (2012). Demographic and geographic vascular risk factor differences in European young adults with ischemic stroke: the 15 cities young stroke study. *Stroke*, 43(10), 2624-2630.

Qiu, X., Sit, J. W., & Koo, F. K. (2018). The influence of Chinese culture on family caregivers of stroke survivors: A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 27(1-2), e309-e319.

Quinn, K., Murray, C., & Malone, C. (2014). Spousal experiences of coping with and adapting to caregiving for a partner who has a stroke: a meta-synthesis of qualitative research. *Disability and rehabilitation*, 36(3), 185-198.

Radu, R. A., Terecoasă, E. O., Băjenaru, O. A., & Tiu, C. (2017). Etiologic classification of ischemic stroke: Where do we stand?. *Clinical neurology and neurosurgery*, 159, 93-106.

- Rasura, M., Baldereschi, M., Di Carlo, A., Di Lisi, F., Patella, R., Piccardi, B., ... & Promotion and Implementation of Stroke Care in Italy Project Working Group. (2014). Effectiveness of public stroke educational interventions: a review. *European journal of neurology*, *21*(1), 11-20.
- Reeves, M. J., Hughes, A. K., Woodward, A. T., Freddolino, P. P., Coursaris, C. K., Swierenga, S. J., ... & Fritz, M. C. (2017). Improving transitions in acute stroke patients discharged to home: the Michigan stroke transitions trial (MISTT) protocol. *BMC neurology*, *17*(1), 115.
- Rha, J. H., & Saver, J. L. (2007). The impact of recanalization on ischemic stroke outcome: a meta-analysis. *stroke*, *38*(3), 967-973.
- Riazi, A., Aspden, T., & Jones, F. (2014). Stroke Self-efficacy Questionnaire: a Rasch-refined measure of confidence post stroke. *Journal of rehabilitation medicine*, *46*(5), 406-412.
- Rigby, H., Gubitz, G., Eskes, G., Reidy, Y., Christian, C., Grover, V., & Phillips, S. (2009). Caring for stroke survivors: baseline and 1-year determinants of caregiver burden. *International Journal of Stroke*, *4*(3), 152-158.
- Rimal, R. N. (2000). Closing the knowledge-behavior gap in health promotion: the mediating role of self-efficacy. *Health communication*, *12*(3), 219-237.
- Robinson-Smith, G., & Pizzi, E. R. (2003). Maximizing stroke recovery using patient self-care self-efficacy. *Rehabilitation Nursing*, *28*(2), 48-51.
- Robinson-Smith, G., Johnston, M. V., & Allen, J. (2000). Self-care self-efficacy, quality of life, and depression after stroke. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, *81*(4), 460-464.
- Rodgers, H., & Price, C. (2017). Stroke unit care, inpatient rehabilitation and early supported discharge. *Clinical Medicine*, *17*(2), 173-177.
- Rodgers, H., Atkinson, C., Bond, S., Suddes, M., Dobson, R., & Curless, R. (1999). Randomized controlled trial of a comprehensive stroke education program for patients and caregivers. *Stroke*, *30*(12), 2585-2591.
- Rundek, T., & Sacco, R. L. (2004). Outcome following stroke. In *Stroke (Fourth Edition)* (pp. 35-57).

Rybski, M. F. (2009). *Structural relationship between stroke indicators from the international classification of functioning, disability and health and stroke variables from the National Health Interview Survey* (Doctoral dissertation, The Ohio State University).

Saenger, A. K., & Christenson, R. H. (2010). Strok Belirteçleri: Tanı, Prognoz, Ayırıcı Tanısı ve Tedavisindeki Gelişme ve Sorunlar Stroke Biomarkers: Progress and Challenges for Diagnosis, Prognosis, Differentiation and Treatment. *Clinical Chemistry*, 56(1).

Sapolsky, R. M., Romero, L. M., & Munck, A. U. (2000). How do glucocorticoids influence stress responses? Integrating permissive, suppressive, stimulatory, and preparative actions. *Endocrine reviews*, 21(1), 55-89.

Sarre, S., Redlich, C., Tinker, A., Sadler, E., Bhalla, A., & McKeivitt, C. (2014). A systematic review of qualitative studies on adjusting after stroke: lessons for the study of resilience. *Disability and rehabilitation*, 36(9), 716-726.

Saver, J. L., Fonarow, G. C., Smith, E. E., Reeves, M. J., Grau-Sepulveda, M. V., Pan, W., ... & Schwamm, L. H. (2013). Time to treatment with intravenous tissue plasminogen activator and outcome from acute ischemic stroke. *Jama*, 309(23), 2480-2488.

Schulz R, Beach SR, Cook TB, Martire LM, Tomlinson JM, Monin JK. (2012). Predictors and consequences of perceived lack of choice in becoming an informal caregiver. *Aging&Mental Health*. 16;6:712-721.

Schure, L. M., van den Heuvel, E. T., Stewart, R. E., Sanderman, R., de Witte, L. P., & Meyboom-de Jong, B. (2006). Beyond stroke: description and evaluation of an effective intervention to support family caregivers of stroke patients. *Patient Education and Counseling*, 62(1), 46-55.

Segal, J., Lam, A., Dubrey, S. W., & Vasileiadis, E. (2012). Reminder of important clinical lesson: Stroke mimic: an interesting case of repetitive conversion disorder. *BMJ case reports*, 2012.

Selye, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British medical journal*, 1(4667), 1383.

Şenocak, Ö., El, Ö., Söylev, G. Ö., Avcılar, S., & Peker, Ö. (2008). İnme Sonrasında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Journal of Neurological Sciences*, 25(3).

- Şenyuva E. (2016). Hemşirelik Eğitimi ve Kanıta Dayalı Uygulamalar. *F.N. Hem. Derg.* 24(1):59-65.
- Şenyuva, E. (2007). Hemşirelerin hasta eğitimi etkinlikleri ve hasta eğitim süreci. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 15(59), 100-106.
- Shah, S. (1994). In praise of the biometric and psycometric qualities of the Barthel Index. *Physiotherapy*, 80, 769-771.
- Shah, S., Vanclay, F., & Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of clinical epidemiology*, 42(8), 703-709.
- Sigurdardottir, A.K. (2005). Self-care in Diabetes: Model of Factors Affecting Self-care. *J Clin Nurs.* 14: 301-14.
- Simeone, S., Cohen, M. Z., Savini, S., Pucciarelli, G., Alvaro, R., & Vellone, E. (2016). The lived experiences of stroke caregivers three months after discharge of patients from rehabilitation hospitals. *Prof Inferm*, 69(2), 103-112.
- Simeone, S., Savini, S., Cohen, M. Z., Alvaro, R., & Vellone, E. (2015). The experience of stroke survivors three months after being discharged home: A phenomenological investigation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(2), 162-169.
- Sinclair, P. M., Kable, A., Levett-Jones, T., & Booth, D. (2016). The effectiveness of Internet-based e-learning on clinician behaviour and patient outcomes: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 57, 70-81.
- Sit, J. W., Wong, T. K., Clinton, M., Li, L. S., & Fong, Y. M. (2004). Stroke care in the home: the impact of social support on the general health of family caregivers. *Journal of clinical nursing*, 13(7), 816-824.
- Ski, C. F., Castle, D. J., Lautenschlager, N. T., Moore, G., & Thompson, D. R. (2015). Caring for caregivers after a stroke. *International psychogeriatrics*, 27(1), 1-4.

Smith, J., Forster, A., Young, J., & Cochrane Group for Information Provision after Stroke. (2009). Cochrane review: information provision for stroke patients and their caregivers. *Clinical Rehabilitation*, 23(3), 195-206.

Sprangers MA, de Regt EB, Andries F, van Agt HM, Bijl RV, de Boer JB. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol*. 2000;53(9):895–907. doi:10.1016/S0895-4356(00)00204-3.

Stein, J., Harvey, R.L., Winstein, C.J., Zorowitz, R.D., Wittenberg, G.F. (2012). *Stroke recovery&rehabilitation*. United State of America. Second edition. Demos medical publishing. 3-123.

Steiner, T., Al-Shahi Salman, R., Beer, R., Christensen, H., Cordonnier, C., Csiba, L., ... & Mendelow, A. D. (2014). European Stroke Organisation (ESO) guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage. *International journal of stroke*, 9(7), 840-855.

Stenberg, U., Haaland-Øverby, M., Fredriksen, K., Westermann, K. F., & Kvisvik, T. (2016). A scoping review of the literature on benefits and challenges of participating in patient education programs aimed at promoting self-management for people living with chronic illness. *Patient education and counseling*, 99(11), 1759-1771.

Sterne, J. A., Bodalia, P. N., Bryden, P. A., Davies, P. A., López-López, J. A., Okoli, G. N., ... & Higgins, J. P. (2017). Oral anticoagulants for primary prevention, treatment and secondary prevention of venous thromboembolic disease, and for prevention of stroke in atrial fibrillation: systematic review, network meta-analysis and cost-effectiveness analysis. *Health Technology Assessment Volume*, 21(9).

Stucki, G., Cieza, A., & Melvin, J. (2007). The international classification of functioning, disability and health: A unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *Journal of rehabilitation medicine*, 39(4), 279-285.

Sultan, S., & Elkind, M. S. (2013). The growing problem of stroke among young adults. *Current cardiology reports*, 15(12), 421.

Sumathipala, K., Radcliffe, E., Sadler, E., Wolfe, C. D., & McKeivitt, C. (2012). Identifying the long-term needs of stroke survivors using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Chronic illness*, 8(1), 31-44.

Summers, D., Leonard, A., Wentworth, D., Saver, J. L., Simpson, J., Spilker, J. A., ... & Mitchell, P. H. (2009). Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary care of the acute ischemic stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*, 40(8), 2911-2944.

Taşocak, G. (2007). Hasta Eğitimi. (2.Basım). Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları: 4377, No: 9.

TC Sağlık Bakanlığı. Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması. Ankara 2012. https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/bedenagir_tr.pdf Erişim tarihi: 10.07.2018).

TC. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. İnme klinik protokolü. 2017. <http://www.hta.gov.tr/pdf/Inmeprotokolu/mobile/index.html#p=1> Erişim tarihi:08.07.2018.

Tekedere, H., & Arpacı, F. (2016). Orta Yaş Ve Yaşlı Bireylerin İnternet Ve Sosyal Medyaya Yönelik Görüşleri. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, (2), 377-392.

Temizer, H., & Gözüm, S. (2012). Impact of nursing care initiatives on the knowledge level and perception of caregiving difficulties of family members providing home care to stroke patients. *HealthMED*, 6(8), 2717-2724.

Tholin, H., & Forsberg, A. (2014). Satisfaction with care and rehabilitation among people with stroke, from hospital to community care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 28(4), 822-829.

Thorgrimsen, L., Selwood, A., Spector, A., Royan, L., de Madariaga Lopez, M., Woods, R. T., & Orrell, M. (2003). Whose quality of life is it anyway?: The validity and reliability of the Quality of Life-Alzheimer's Disease (QoL-AD) scale. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 17(4), 201-208.

Tielemans, N. S., Schepers, V. P., Visser-Meily, J. M., van Erp, J., Eijkenaar, M., & van Heugten, C. M. (2014). The Restore4Stroke self-management intervention 'Plan ahead!': rationale and

description of the treatment protocol based on proactive action planning. *Clinical rehabilitation*, 28(6), 530-540.

Tooth, L., McKenna, K. R. Y. S. S., Smith, M., & O'Rourke, P. E. T. E. R. (2003). Reliability of scores between stroke patients and significant others on the Reintegration to Normal Living (RNL) Index. *Disability and rehabilitation*, 25(9), 433-440.

Topçu, S. (2017). İnmeli hastalarda öz etkililik ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora tezi. İstanbul.

Topçuoğlu, M. A., Arsava, E. M., Özdemir, A. Ö., & Uzuner, N. (2015). İnme Ünitesi: Genel ilkeler ve standartlar. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*. 21(1): 4-22

Torregosa, M. B., Sada, R., & Perez, I. (2018). Dealing with stroke: Perspectives from stroke survivors and stroke caregivers from an underserved Hispanic community. *Nursing & health sciences*.

Torrent-Sellens, J., Díaz-Chao, Á., Soler-Ramos, I., & Saigí-Rubió, F. (2016). Modelling and predicting eHealth usage in Europe: a multidimensional approach from an online survey of 13,000 european union internet users. *Journal of medical Internet research*, 18(7).

Trialists' Collaboration, S. U. (2013). Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database Syst Rev*, 9(9).

Tsai, P. C., Yip, P. K., Tai, J. J., & Lou, M. F. (2015). Needs of family caregivers of stroke patients: a longitudinal study of caregivers' perspectives. *Patient preference and adherence*, 9, 449.

Tunney, A. M., & Ryan, A. (2014). Listening to carers' views on stroke services. *Nursing Older People (2014+)*, 26(1), 28.

Turan, N., Öztürk, A., Kaya, H., & Atabek Aştı, T. (2011). Toplumsal cinsiyet ve hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1), 167-173.

Tüzer, V. (2001). Kronik hastalıklar ve yeti yitiminde sistemik aile yaklaşımı. *Klinik Psikiyatri*, 4(3), 193-202.

Twitchell, T.E. (1965). Normal Motor Development, *Physical Therapy*, Volume 45, Issue 5, 1. Pages 419–423, <https://doi.org/10.1093/ptj/45.5.419>

Uğur, Ö. (2006). Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi. İzmir.

Uzuner, N., Kutluk. K., Balkan, S. (2016). İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği. <http://www.bdhd.org.tr/wp-content/uploads/2016/04/İnme-Tanı-ve-Tedavi-Kılavuzu.pdf> Erişim 05.06.2018

Vaingankar, J. A., Subramaniam, M., Abdin, E., He, V. Y., & Chong, S. A. (2017). How much can I take?: predictors of perceived burden for relatives of people with chronic illness.

Van Den Berg, M., Crotty, M., Liu, E., Killington, M., Kwakkel, G., & Van Wegen, E. (2016). Early supported discharge by caregiver-mediated exercises and e-health support after stroke: a proof-of-concept trial. *Stroke*, 47(7), 1885-1892.

Van Den Heuvel ETP, de Witte LP, Stewart RE, Scheure LM, Sanderman R. and Meyboom-de Jong B. (2002). Long-term effects of a group support program and an individual support program for informal caregivers of stroke patients: which caregivers benefits the most? *Patient Education and Counseling*. 42:291299

van den Heuvel, E. T., de Witte, L. P., Nooyen-Haazen, I., Sanderman, R., & Meyboom-de Jong, B. (2000). Short-term effects of a group support program and an individual support program for caregivers of stroke patients. *Patient Education and Counseling*, 40(2), 109-120.

van Mierlo, M., van Heugten, C., Post, M. W., Hoekstra, T., & Visser-Meily, A. (2018). Trajectories of health-related quality of life after stroke: results from a one-year prospective cohort study. *Disability and rehabilitation*, 40(9), 997-1006.

Vangen-Lønne, A. M., Wilsgaard, T., Johnsen, S. H., Løchen, M. L., Njølstad, I., & Mathiesen, E. B. (2017). Declining incidence of ischemic stroke: what is the impact of changing risk factors? The Tromsø study 1995 to 2012. *Stroke*, 48(3), 544-550.

Venkatasubramanian, N., Yoon, B. W., Pandian, J., & Navarro, J. C. (2017). Stroke epidemiology in south, east, and south-east Asia: a review. *Journal of stroke*, 19(3), 286.

Villain, M., Sibon, I., Renou, P., Poli, M., & Swendsen, J. (2017). Very early social support following mild stroke is associated with emotional and behavioral outcomes three months later. *Clinical rehabilitation*, *31*(1), 135-141.

Visser-Meily, A., Post, M., Gorter, J. W., Berlekom, S. B. V., Van Den Bos, T., & Lindeman, E. (2006). Rehabilitation of stroke patients needs a family-centred approach. *Disability and rehabilitation*, *28*(24), 1557-1561.

Visser-Meily, A., Post, M., van de Port, I., Maas, C., Forstberg-Wärleby, G., & Lindeman, E. (2009). Psychosocial functioning of spouses of patients with stroke from initial inpatient rehabilitation to 3 years poststroke: course and relations with coping strategies. *Stroke*, *40*(4), 1399-1404.

Visser-Meily, A., van Heugten, C., Post, M., Schepers, V., & Lindeman, E. (2005). Intervention studies for caregivers of stroke survivors: a critical review. *Patient education and counseling*, *56*(3), 257-267.

Volz, M., Möbus, J., Letsch, C., & Werheid, K. (2016). The influence of early depressive symptoms, social support and decreasing self-efficacy on depression 6 months post-stroke. *Journal of affective disorders*, *206*, 252-255.

Volz, M., Voelke, M. C., & Werheid, K. (2018). General self-efficacy as a driving factor of post-stroke depression: A longitudinal study. *Neuropsychological rehabilitation*, 1-13.

Wachters-Kaufmann, C., Schuling, J., & Meyboom-de Jong, B. (2005). Actual and desired information provision after a stroke. *Patient Education and Counseling*, *56*(2), 211-217.

Wakui, T., Saito, T., Agree, E. M., & Kai, I. (2012). Effects of home, outside leisure, social, and peer activity on psychological health among Japanese family caregivers. *Aging & mental health*, *16*(4), 500-506.

Walsh, M. E., Galvin, R., Loughnane, C., Macey, C., & Horgan, N. F. (2015). Factors associated with community reintegration in the first year after stroke: a qualitative meta-synthesis. *Disability and rehabilitation*, *37*(18), 1599-1608.

Wang, Y. C., Kapellusch, J., & Garg, A. (2014). Important factors influencing the return to work after stroke. *Work*, 47(4), 553-559.

Ware Jr, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care*, 34(3), 220-233.

Watanabe, A., Fukuda, M., Suzuki, M., Kawaguchi, T., Habata, T., Akutsu, T., & Kanda, T. (2015). Factors decreasing caregiver burden to allow patients with cerebrovascular disease to continue in long-term home care. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases*, 24(2), 424-430.

Werheid, K. (2016). A two-phase pathogenetic model of depression after stroke. *Gerontology*, 62(1), 33-39.

WHO. Stroke definition, 2014. http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/ Erişim: 01.04.2018

Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., ... & Lang, C. E. (2016). Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 47(6), e98-e169.

Winter, K.H., Bouldin, E.D., Andresen, E.M. (2005). Lack of choice in caregiving decision and caregiver risk of stress, North Carolina.

Wolfe, C. D. (2000). The impact of stroke. *British medical bulletin*, 56(2), 275-286.

Woodford, J., Farrand, P., Watkins, E. R., & Llewellyn, D. J. (2018). "I Don't Believe in Leading a Life of My Own, I Lead His Life": A Qualitative Investigation of Difficulties Experienced by Informal Caregivers of Stroke Survivors Experiencing Depressive and Anxious Symptoms. *Clinical gerontologist*, 41(4), 293-307.

World Health Organization 2004. Centre for Health Development Ageing and Health Technical Report Volume 5. A Glossary Of Terms For Community Health Care And Services For Older Persons.

Wu, J. R., Holmes, G. M., DeWalt, D. A., Macabasco-O'Connell, A., Bibbins-Domingo, K., Ruo, B., ... & Erman, B. (2013). Low literacy is associated with increased risk of hospitalization and death among individuals with heart failure. *Journal of general internal medicine*, 28(9), 1174-1180.

Xian, Y., O'Brien, E. C., Fonarow, G. C., Olson, D. M., Schwamm, L. H., Hannah, D., ... & Wu, J. (2015). Patient-Centered Research into Outcomes Stroke Patients Prefer and Effectiveness Research: Implementing the patient-driven research paradigm to aid decision making in stroke care. *American heart journal*, 170(1), 36-45.

Xie, H., Cheng, C., Tao, Y., Zhang, J., Robert, D., Jial, J., & Su, Y. (2016). Quality of life in Chinese family caregivers for elderly people with chronic diseases. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(99), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0504-9>

Yarkony, G. M., Roth, E. J., Meyer, J. P., Lovell, L. L., & Heinemann, A. W. (1990). Rehabilitation outcomes in patients with complete thoracic spinal cord injury. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 69(1), 23-27.

Yavuzer, G., Süldür, N., Küçükdeveci, A., & Elhan, A. (2000). Türkiye'de nörorehabilitasyon hastalarının değerlendirilmesinde Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Modifiye Barthel İndeksi'nin yeri. *J Rheum Med Rehab*, 11, 26-31.

Yesilbalkan, O., Karadakovan, A., & Unal, B. (2005). Periton diyalizi hastalarının Genel Öz Yeterlilikleri (General Self Efficacy of Peritoneal Dialysis Patients) Nefroloji Hemşireliği. *J Nephrol Nurs*, 15, 39-44.

Yıldırım B., Özkahraman Ş. (2011). Hasta Eğitiminde Hemşirenin Rolü. *Sağlık ve Toplum*. Yıl:21, Sayı:1.

Yonaty, S. A., & Kitchie, S. (2012). The educational needs of newly diagnosed stroke patients. *Journal of Neuroscience Nursing*, 44(5), E1-E9.

Yurdakoş E. Stres fizyolojisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Medikal açıdan stres ve çareleri. 2005. <http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/47/4711.pdf> Erişim Tarihi:05.06.2018

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The gerontologist*, 20(6), 649-655.

Zwicker, D. (2010). Preparedness for caregiving scale. *Try this: Best Practices in Nursing Care to Older Adults*, 48.



FORMLAR

- Ek-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
- Ek-2: Hasta Bilgi Formu
- Ek-3: Hasta Yakını Bilgi Formu
- Ek-4: Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Skalası (NIHSS)
- Ek-5: Modifiye Barthel İndeksi (MBI)
- Ek-6: Modifiye Rankin Skalası (mRS)
- Ek-7: Normal Yaşama Yeniden Katılım İndeksi
- Ek-8: Genelleştirilmiş Özyeterlilik Ölçeği
- Ek-9: Yaşam Kalitesi Kısa Formu (SF-12)
- Ek-10: Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği
- Ek-11: Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği
- Ek-12: Yarı Yapılandırılmış Derinlemesine Görüşme Formu

EK-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Çalışma inmeli hastalara ve primer bakım vericilerine taburculuk eğitimleri verilmesinin hastalıkla ilgili başa çıkma stratejileri konusunda bakış açılarını ayrıntılı olarak değerlendirebilmek, normal yaşama adaptasyona etki eden faktörlerin tespitini yapabilmek, aynı zamanda da bu faktörlerin yaşam kaliteleri üzerine ne kadar etkili olduklarını belirlemek için yapılacaktır. Etkili olan faktörlerin belirlenmesinde özyeterlilikleri ve fiziksel fonksiyonları da ele alınacaktır. Bakım vericilerin ise bakım verme sürecinde yaşadıkları, yaşam kaliteleri ve bakım yükü boyutları hakkında bilgi edinilecektir. Bu amaçla öncelikle sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim vb.) ve hastaya-size ait bilgiler alındıktan sonra hastalığın sosyal-psikolojik-fizyolojik etkilerine yönelik formlar uygulanacaktır. Bakım verici ile bakım verme konusunda yaşadığınız güçlükleri anlayabilmek için çeşitli soru formları uygulanacaktır. Bu soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Sizin için hangi cevap uygunsa bu doğrultuda cevaplayabilirsiniz

Bu çalışmaya katılmaya karar verirseniz araştırma protokolünde belirlenmiş 3 gruptan birisine dahil olacaksınız. Hangi grupta olacağınız araştırmacının dahili olmaksızın bilgisayar programı aracılığıyla rastgele belirlenecektir. 1.grupta hasta ve hasta yakını bilgilendirme kitapçığı aracılığıyla eğitim verilecek, 2.grupta yine bilgilendirmeye yönelik oluşturulmuş internet sayfasını kullanmanız beklenecek, 3.grupta ise aktif olarak bir şey yapmanız beklenmeyecektir. Gruplara uygulanacak girişimlerin hangisinin daha faydalı olduğu araştırmanın sürdürüldüğü tarihte netlik kazanmamıştır. Araştırmanın amaçlarından biri de bunun belirlenmesinin sağlanmasıdır.

Yapacağımız görüşmeyle hastanın taburculuk sonrası normal yaşama adaptasyonu, özyeterliliği, yaşam kalitesi, bakım verme sürecinin yönetilmesi ya da bakım verme konusundaki düşünceleriniz belirlenecektir. Elde ettiğimiz veriler ileride yapılacak çalışmalara ve eğitim programlarına ışık tutacaktır. Bu araştırmaya katılma konusunda kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Araştırmaya katılıp katılmamakta tamamen özgürsünüz. Eğer katılmama yönünde karar alırsanız burada size verilen hizmette hiçbir değişiklik olmayacaktır. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluğunuz bulunmamakla birlikte size de bu çalışma ile ilgili herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmanın tamamında sizden elde edilecek bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda sizle ilgili tıbbi veriler gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Ben

Yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Bütün sorularıma cevap aldım. Bana verilen hizmeti etkilemeksizin ve araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Araştırmacının adı soyadı: _____ **İmza** _____

Gönüllünün adı soyadı: _____ İmza _____

Gönüllü veli ya da vasisinin adı soyadı: _____ İmza _____

İlgililere ulaşılabilecek iletişim bilgileri:

Dilek Baykal: 0 538 650 97 64



Dilek Baykal tarafından İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji A.B.D. Nöroloji Servisi'nde araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İsim ve telefon numarası

EK-2: Hasta Bilgi Formu

A. KİŞİSEL ÖZELLİKLER	
Ad Soyad:	
Tel (Ev veya cep):	
Yaş:	
Cinsiyet:	1 <input type="checkbox"/> Erkek 2 <input type="checkbox"/> Kadın
BKI:	Kilo:..... Boy:.....
Eğitim durumu: (Bitirdiğiniz okul)	1 <input type="checkbox"/> Okur-yazar değil 2 <input type="checkbox"/> Okur-yazar 3 <input type="checkbox"/> İlkokul 4 <input type="checkbox"/> Ortaokul 5 <input type="checkbox"/> Lise 6 <input type="checkbox"/> Üniversite ve üstü
Çalışma durumu:	1 <input type="checkbox"/> Çalışıyor 2 <input type="checkbox"/> Emekli 3 <input type="checkbox"/> Ev hanımı 4 <input type="checkbox"/> Diğer:
Gelir düzeyi:	1 <input type="checkbox"/> İyi 2 <input type="checkbox"/> Orta 3 <input type="checkbox"/> Kötü
Sosyal güvence:	1 <input type="checkbox"/> Var 2 <input type="checkbox"/> Yok
Medeni durum:	1 <input type="checkbox"/> Bekar 2 <input type="checkbox"/> Evli 3 <input type="checkbox"/> Boşanmış /dul
Birlikte yaşadığı kişiler:	1 <input type="checkbox"/> Eş 2 <input type="checkbox"/> Çocuk 3 <input type="checkbox"/> Eş ve çocuk 4 <input type="checkbox"/> Anne ve baba 5 <input type="checkbox"/> Diğer
Sigara kullanıyor mu?	1 <input type="checkbox"/> Evetpaket /hafta 2 <input type="checkbox"/> HayırBıraktıysa tarihi:
Alkol kullanıyor mu?	1 <input type="checkbox"/> Evet/hafta 2 <input type="checkbox"/> Hayır
Hastayla primer ilgilenen kişi/kişiler:	1 <input type="checkbox"/> Eş 2 <input type="checkbox"/> Çocuk 3 <input type="checkbox"/> Anne/baba 4 <input type="checkbox"/> Kardeş 5 <input type="checkbox"/> Akraba 6 <input type="checkbox"/> Diğer:
Geçirilen inme tipi:	1 <input type="checkbox"/> İskemik 2 <input type="checkbox"/> Hemorajik
İnme tanısı konulan süre:/ay
İnmeden etkilenen bölge:	1 <input type="checkbox"/> Sağ hemisfer 2 <input type="checkbox"/> Sol hemisfer
Başka bir sağlık sorunu\hastalığı var mı?	1 <input type="checkbox"/> Var 2 <input type="checkbox"/> Yok
Düzenli kullandığı ilaçlar:
Hastaneye/Acile başvurması gerekti mi?	1 <input type="checkbox"/> Evet..... 2 <input type="checkbox"/> Hayır

EK-3: Hasta Yakını Bilgi Formu

A. KİŞİSEL ÖZELLİKLER	
Ad Soyad:	
Tel (ev veya cep):	
Yaş:	
Cinsiyet:	1 <input type="checkbox"/> Erkek 2 <input type="checkbox"/> Kadın
BKI:.....	Kilo:..... Boy:.....
Eğitim durumu: (bitirdiğiniz okul)	1 <input type="checkbox"/> Okur-yazar değil 2 <input type="checkbox"/> Okur-yazar 3 <input type="checkbox"/> İlkokul 4 <input type="checkbox"/> Ortaokul 5 <input type="checkbox"/> Lise 6 <input type="checkbox"/> Üniversite ve üstü
Çalışma durumu:	1 <input type="checkbox"/> Çalışıyor 2 <input type="checkbox"/> Emekli 3 <input type="checkbox"/> Ev hanımı 4 <input type="checkbox"/> Diğer:
Gelir düzeyi:	1 <input type="checkbox"/> İyi 2 <input type="checkbox"/> Orta 3 <input type="checkbox"/> Kötü
Sosyal güvence:	1 <input type="checkbox"/> Var 2 <input type="checkbox"/> Yok
Medeni durum:	1 <input type="checkbox"/> Bekar 2 <input type="checkbox"/> Evli 3 <input type="checkbox"/> Boşanmış /dul
Birlikte yaşadığı kişiler:	1 <input type="checkbox"/> Eş 2 <input type="checkbox"/> Çocuk 3 <input type="checkbox"/> Eş ve çocuk 4 <input type="checkbox"/> Anne ve baba 5 <input type="checkbox"/> Diğer.....
Hastası dışında bakmak zorunda olduğu kişi var mı?	
Herhangi bir sağlık sorunu/hastalığı var mı?	1 <input type="checkbox"/> Var..... 2 <input type="checkbox"/> Yok
Düzenli kullandığı ilaçlar:	

EK-4: Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Skalası (NIHSS)

Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Skalası (NIHSS)

1. Bilinç düzeyi

1a. Bilinç durumu

0: Uyanık

1: Hafif uyarana hemen cevap var.

2: Israrlı veya güçlü veya ağırlı uyarana cevap var.

3: Cevapsız veya sadece refleks cevap var.

1b. Sorular (Kaç yaşındasınız? Hangi aydayız?)

0: İki soruya doğru cevap

1: Bir soruya doğru cevap (veya entübe, dizartri)

2: İki soruya yanlış cevap (veya afazi, veya koma)

1c. Emirler (Gözlerini aç kapa, Sağlam eli aç kapa)

0: İkisini de yapıyor.

1: Birisini yapıyor.

2: Hiçbirini yapamıyor.

2. Bakış

0: Normal

1: Parsiyel bakış parezisi, bir veya iki gözde bakış parezisi

2: Gözlerde forse deviasyon, total parezi

3. Görme alanı

0: Kayıp yok

1: Parsiyel hemianopsi.

2: Komplet hemianopsia

3: Bilateral hemianopsi veya körlük

4. Fasyal Paralizi

0: Yok

1: Hafif paralizi, nazolabial oluk silik, fasyal asimetri

2: Alt yüzde parsiyel paralizi (tam veya tama yakın)

3: Yüzün üst veya altında tek veya çift taraflı tam veya tam paralizi, koma

5. Motor kol

5a. Motor kol sağ

0: Normal (Oturarak 90 derece, yatarak 45 derece olarak 10 sn havada tutulur)

1: Tutuyor ama yatağa çarpmadı.

2: Yerçekimine direnemedi (tutabilse de yatağa çarpar).

3: Minimal hareket var (tam kaldıramaz).

4: Hiç hareket yok.

x: Amputasyon veya diğer nedenlerle değerlendirilemedi.

5b. Motor kol sol

0: Normal (Oturarak 90 derece, yatarak 45 derece olarak 10 sn havada tutulur)

1: Tutuyor ama yatağa çarpmadı.

2: Yerçekimine direnemedi (tutabilse de yatağa çarpar).

3: Minimal hareket var (tam kaldıramaz).

4: Hiç hareket yok.

x: Amputasyon veya diğer nedenlerle değerlendirilemedi.

6. Motor bacak

6a. Motor bacak sağ

0: Normal (Oturarak 90 derece, yatarak 45 derece olarak 10 sn havada tutulur)

1: Tutuyor ama yatağa çarpmadı.

2: Yerçekimine direnemedi (tutabilse de yatağa çarpar).

3: Minimal hareket var (tam kaldıramaz).

4: Hiç hareket yok.

x: Amputasyon veya diğer nedenlerle değerlendirilemedi.

6b. Motor bacak sol

0: Normal (Oturarak 90 derece, yatarak 45 derece olarak 10 sn havada tutulur)

1: Tutuyor ama yatağa çarpmadı.

2: Yerçekimine direnemedi (tutabilse de yatağa çarpar).

3: Minimal hareket var (tam kaldıramaz).

4: Hiç hareket yok.

x: Amputasyon veya diğer nedenlerle değerlendirilemedi.

7. Ataksi

0: Yok (Afazik veya hemiplejik)

1: Tek ekstremitede var.

2: Üst ekstremitede var.

X: Amputasyon veya diğer nedenlerle değerlendirilemedi.

8. Duyu

0: Normal

1: Hafif/orta tek taraflı kayıp (dokunulduğunu hissediyor) veya afazik/uyanıklık bozukluğu

2: Tam tek taraflı kayıp (dokunulduğunu hissedemiyor) veya iki taraflı duyu kaybı veya yanıt vermiyor veya kuadriplejik

9. Konuşma

0: Normal

1: Hafif-orta şiddette afazi (ama kısmen de olsa iletişimi var)

2: Ağır afazi (Hiç iletişim kurulamıyor veya bilgi alışverişi sağlanamıyor)

3: Sözel ifade veya anlama yok, komada

10. Dizartri

0: Yok

1: Hafif-orta şiddette (ama anlaşılabilir)

2: Anlaşılamaz artikülasyon veya anartri veya mutism

X: Entübasyon veya mekanik engel

11. İhmal

0: Normal veya değerlendirilemedi.

1: Eş zamanlı iki uyarıyı bir modaliyetede söndürüyor (taktil veya vizüel)

2: Birden fazla modalitede ihmal.



EK-5: Modifiye Barthel İndeksi (MBI)

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

Modifiye Barthel İndeksi Kodlarının Açıklanması

I: İş yapmak için yetersizdir.

II: Çok bağımlıdır, iş yapmayı dener fakat emniyetsizdir.

III: Orta derecede yardıma gereksinimi vardır.

IV: Minimal yardıma gereksinimi vardır.

V: Tamamen bağımsızdır.

EK-6: Modifiye Rankin Skalası (mRS)

Bulgular	Hastane yatışında	3. ayda
0	Hiç semptom yok.	
1	Belirgin defisit yok, semptomlara rağmen hasta günlük aktivitelerini ve görevlerini yerine getiriyor.	
2	Hafif defisit, geçmişte yaptığı bütün olağan aktiviteleri ve görevleri yapamıyor ama yardım olmaksızın kendi işlerini yapabiliyor.	
3	Orta derecede defisit; kısmen yardıma ihtiyacı var ama kendi başına yardımsız yürüyebiliyor.	
4	Ağır defisit; yardımsız yürüyemiyor ve yardımsız bedensel ihtiyaçlarını karşılayamıyor.	
5	Çok ağır defisit; yatağa bağımlı, inkontinan ve sürekli hemşirelik bakımına ve dikkatine muhtaç	
6	Ölüm	

EK-7: Normal Yaşama Yeniden Katılım İndeksi

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.Gerekli olduğunu hissettiğimde yaşadığım çevrede dolaşırım.					
2.Gerekli olduğunu hissettiğimde toplum içinde dolaşırım.					
3.Gerekli olduğunu hissettiğimde şehir dışına yolculuk yapabilirim.					
4.Kendime bakım ile ilgili ihtiyaçlarımın (giyinme, beslenme, tuvalet, banyo aktiviteleri) karşılanması ile ilgili sıkıntım yok.					
5.Günlerimin çoğunu gerekli ya da bana göre önemli bir işle meşgul olarak geçiririm (Bu iş maaşlı olabilir, ev işleri veya gönüllü yapılan işler veya okula gitmek gibi aktiviteler olabilir).					
6. Boş zaman aktivitelerine (hobiler, el sanatları, spor, kitap okuma, televizyon izleme, oyun, bilgisayarla uğraşma vs.) istediğim şekilde katılabilirim.					
7. Benim için gerekli ve cazip olduğu sürece ailem, arkadaşlarım ve/veya iş arkadaşlarım ile sosyal aktivitelere katılırım.					
8. Aile içinde kendi ihtiyaçlarımı ve diğer aile üyelerinin ihtiyaçlarını karşılamada rol alabilirim (Aile; birlikte yaşadığımız kişiler ve/veya düzenli olarak görüştüğümüz akrabalar anlamındadır).					

9. Genel olarak kişisel ilişkilerimden memnunum.					
10. Genel olarak insanlarla beraber olduğumda kendimden memnunum.					
11. Hayattaki olaylarla başa çıkabileceğimi hissediyorum.					



EK-8: Genelleştirilmiş Özyeterlilik Ölçeği

	Doğru değil	Biraz doğru	Daha doğru
1.Yeni bir durumla karşılaştığımda ne yapmam gerektiğini biliyorum.			
2.Beklenmedik durumlarda nasıl davranmam gerektiğini her zaman bilirim.			
3. Bana karşı çıkıldığında kendimi kabul ettirecek çare ve yollar ararım.			
4. Ne olursa olsun üstesinden gelirim.			
5. Güç sorunların çözümünü gayret etsem her zaman başarabilirim.			
6.Tasarılarımı gerçekleştirmek ve hedeflerime erişmek bana güç gelmez.			
7.Bir sorunla karşılaştığım zaman onu halletmeye yönelik birçok fikrim vardır.			
8.Güçlükleri soğukkanlılıkla karşılarım, çünkü yeteneklerime her zaman güvenebilirim.			
9. Ani olayların hakkından gelebileceğimi sanıyorum.			
10. Her sorun için bir çözümüm vardır.			

EK-9: Yaşam Kalitesi Kısa Formu (SF-12)

1. Genel olarak sağlığınız

1 Mükemmel 2 Çok iyi 3 İyi 4 Fena değil (orta) 5 Kötü

2. Aşağıdaki maddeler, olağan bir günde yapabileceğiniz aktivitelerle ilgilidir. **Sağlığınız** bu aktivitelerde bulunmanızı engelliyor mu? Eğer öyleyse, ne kadar? Öncelikle orta düzeydeki aktiviteler sırasında (örneğin masayı çekerken, elektrik süpürgesi kullanırken, yürüyüş yaparken) sağlığınız sizi ne ölçüde engelliyor?

1 Çok engelliyor 2 Az engelliyor 3 Hiç engellemiyor

3. Merdiven çıkarken sağlığınız sizi ne ölçüde engelliyor?

1 Çok engelliyor 2 Az engelliyor 3 Hiç engellemiyor

4. **Son 4 hafta boyunca fiziksel sağlığınıza bağlı olarak**, beklenenden daha az iş yaptığınız oldu mu?

1 Hayır 2 Evet

5. **Son 4 hafta boyunca fiziksel sağlığınıza** bağlı olarak, düzenli aktiviteleriniz veya işinizde kısıtlandığınız oldu mu?

1 Hayır 2 Evet

6. **Son 4 hafta** boyunca, **duygusal sorunlarınıza** (örneğin çökkünlük, keder veya kaygı) bağlı olarak beklenenden daha az iş yaptığınız oldu mu?

1 Hayır 2 Evet

7. **Son 4 hafta** boyunca, **duygusal sorunlarınıza** (örneğin çökkünlük, keder veya kaygı) bağlı olarak düzenli aktiviteleriniz veya işinizde her zamanki kadar dikkatli olamadığınız oldu mu?

1 Hayır 2 Evet

8. **Son 4 hafta** boyunca, **ağrı**, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi) ne kadar etkiledi?

- 1 Hiç 2 Hafif 3 Orta 4 Oldukça fazla 5 Aşırı derecede

Aşağıdaki sorular sizin **son 4 hafta boyunca** kendinizi nasıl hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, **son 4 haftadaki** sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

9. Son 4 hafta boyunca, ne sıklıkla kendinizi **sakin ve huzurlu** hissettiniz?

- 1 Her zaman 2 Çoğu zaman 3 Oldukça 4 Bazen 5 Nadiren
6 Hiçbir zaman

10. Son 4 hafta boyunca, ne sıklıkla kendinizi **enerjik** hissettiniz?

- 1 Her zaman 2 Çoğu zaman 3 Oldukça 4 Bazen 5 Nadiren
6 Hiçbir zaman

11. Son 4 hafta boyunca, ne sıklıkla kendinizi **çökkün** hissettiniz?

- 1 Her zaman 2 Çoğu zaman 3 Oldukça 4 Bazen 5 Nadiren
6 Hiçbir zaman

12. Son 4 hafta boyunca, fiziksel sağlığınız ve duygusal sorunlarınız, arkadaş veya akraba ziyareti gibi sosyal aktivitelerinizi ne sıklıkla olumsuz etkiledi?

- 1 Her zaman 2 Çoğu zaman 3 Bazen 4 Nadiren 5 Hiçbir zaman

EK-10: Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Hemen her zaman
1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz ?					
2. Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?					
3. Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?					
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?					
5. Yakınınızın yakınıdayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?					
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?					
7. Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?					
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?					
9. Yakınınızın yakınıdayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?					
10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?					
11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?					
12. Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?					
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?					
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?					
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?					
16. Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?					

17. Yakınız hastalığın zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?					
18. Yakınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?					
19. Yakınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?					
20. Yakınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?					
21. Yakınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?					
22. Yakınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?	Hiç	Biraz	Orta	Oldukça	Aşırı

EK-11: Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği

Bakım vermeye hazır olma durumunuz

Hastanıza bakım vermeye hazır olma durumunuzu bilmek için aşağıdaki sorulara cevap vermenizi istiyoruz. Şu an hastanıza bakım vermiyor olsanız bile, taburcu olduktan sonra evde bakım vermeye hazır olma durumunuzu düşünerek aşağıdaki seçeneklerden sizin için uygun olanı seçerek cevaplayınız.

	Hiç hazır değilim	Yeterince hazır değilim	Kısmen hazırım	Oldukça hazırım	Tamamen hazırım
1.Hastanızın fiziksel bakım ihtiyacını karşılamaya hazır mısınız?					
2.Hastanızın duygusal gereksinimlerini karşılamaya hazır mısınız?					
3. Hastanızın ihtiyacı olan bakımın neler olduğunu bilmeye/anlamaya ve bu ihtiyaçları karşılamaya hazır mısınız?					
4.Bakım verme stresiyle baş etmeye hazır mısınız?					
5.Hastaya evde vereceğiniz bakımdan sizin ve hastanızın memnun olacağı konusunda ne kadar hazırsınız?					

6. Hastanızla ilgili gelişebilecek acil durumların önemini kavrama ve başa çıkmaya hazır mısınız?					
7.Gerektiğinde sağlık kurumlarından bilgi ve yardım istemeye hazır mısınız?					
8.Hastanıza bakım verme konusunda kapsamlı olarak hazır mısınız?					
<p>9. Bakım verme konusunda daha iyi hazırlanmak istediğiniz özel bir konu var mı?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>					

EK-12: Yarı Yapılandırılmış Derinlemesine Görüşme Formu

BÖLÜM 1: Bakım vericiyle ilgili genel bilgiler

- Günlük ev işleriyle kim ilgileniyor?
- Günlük ev işleriyle ilgili yardım alıyor mu?
- Evdeki diğer bireylerden – kolaylıkla- yardım isteyebilir mi?
- Günlük yaşamında en zorlandığı iş, neden?
- Günlük yaşamında en keyif alarak yaptığı iş, neden?
- Daha önce hastası dışında başka birine baktı mı?
- Hastanıza bakma nedeniniz nedir?
- Sizce hastanız kendisine verdiğiniz bakımdan memnun mudur?
- Şu an hastası dışında bakmakla sorumlu olduğu biri var mı?

BÖLÜM 2: Hastasıyla ilgili genel bilgiler

- İnme hastası neyiniz oluyor?
- Hastanız daha önce hastane de yattı mı?
- Hastanız inme tanısı almadan önce nerede, kiminle yaşıyordu?
- Hastanız sadece sizin yanınızda mı kalıyor?
- Hastanızın inme dışında başka sağlık problemleri var mı?

BÖLÜM 3: Bakım vericinin sağlık durumuyla ilgili genel bilgiler

- Var olan bir hastalığınız var mı?
- Düzenli kullanmak zorunda olduğu ilaçlarınız var mı?
- Daha önce hastaneye yatmanızı gerektiren bir sağlık probleminiz oldu mu?
- Hastanıza bakmaya başladıktan sonra ortaya çıkan bir sağlık probleminiz oldu mu?

BÖLÜM 4: Bakım vericinin beklentileri

- Hastanızla ilgili beklentileriniz neler?
- Aile bireylerinden beklentileriniz nelerdir?
- Siz inme hastası olsaydınız ailenizden beklentiniz ne olurdu?
- Önümüzdeki/ilerleyen yıllarda hayattan beklentileriniz nelerdir?
- Daha önce sağlıkla ilgili herhangi bir eğitim programına katıldı mı?
- İnme hastalarıyla ilgili eğitim programlarına katılmak ister mi?
- Bu eğitim programlarında hangi tür konuların olmasını ister?

BÖLÜM 5: Bakım vericinin duygu ve düşünceleri

- Hastanıza bakarken yaşadığınız duygular?
- Aile bireylerinin size karşı tutum ve davranışları hakkında ne düşünüyorsunuz?

- Hastanızın size karşı tutum ve davranışları hakkında ne düşünüyorsunuz?
- Hastanıza bakmaya başladıktan sonra duygu ve düşüncelerinizde değişiklik oldu mu?
- Sizce aile bireyleriniz duygularınızı anlıyor mu?
- Hastanıza bakmaya başladıktan sonra etrafınızdaki insanların davranışlarında değişiklik oldu mu, nasıl?
- Hastanızla ilgilenirken sağlık çalışanlarının size karşı davranışları nasıldı, siz nasıl olmasını beklerdiniz?
- Hastanızla ilgili sağlık/devlet kurumlarından beklentileriniz nedir?



İZİNLER

EK-13: Genelleştirilmiş Özyeterlilik Ölçeği Kullanım İzni

EK-14: Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği Kullanım İzni

EK-15: Normal Yaşama Yeniden Katılım İndeksi Kullanım İzni

EK-16: Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği Kullanım İzni



EK-13: Genelleştirilmiş Özyeterlilik Ölçeği Kullanım İzni

Gönderen: oznur usta yesilbalkan <oznurstayesilbalkan@hotmail.com>

Gönderildi: 28 Mart 2018 Çarşamba 08:56:41

Kime: Dilek Baykal

Konu: Ynt: Genel öz yeterlik ölcegi hakkında

Sevgili Dilek

Çalışmanızda atıf yapmak koşuluyla "Genel öz yeterlilik "ölçeğini kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar.

Doç.Dr.Öznur USTA YEŞİLBALKAN

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

İç Hastalıkları Hemşireliği ABD

e-mail: oznurstayesilbalkan@hotmail.com

o.u.yesilbalkan@ege.edu.tr

Tel: 0 (232) 311 55 64

Fax: 0 (232) 388 63 74



EK-14: Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği Kullanım İzni

From: ayfer karadakovan <ayfer.karakodan@ege.edu.tr>
Date: 11 April 2017 at 11:34:09 GMT+3
To: Dilek Baykal <dbaykal@hotmail.com>
Cc: SEÇİL KARAMAN <secil.karaman@windowslive.com>
Subject: Re: ölçek hakkında

Sevgili Dilek,

Bu ölçek çalışması yüksek lisans öğrencim **Seçil Karaman'ın** tez çalışmasıydı. Tezinde kullanabilirsin, sonuçlarınızı paylaşırsanız memnun oluruz.

İyi çalışmalar dilekleriyle
Ayfer Karadakovan



EK-15: Normal Yaşama Yeniden Katılım İndeksi Kullanım İzni

From: SENEM DEMİRDEL <fzt_sb@hotmail.com>
Date: 11 July 2016 at 15:52:06 GMT+3
To: Dilek Baykal <dbaykal@hotmail.com>
Subject: İlt: Ynt: normal yaşama yeniden katılım indeksi hakkında

Sayın Dilek Baykal;

İnmeli hastalarda hasta eğitimi konusunda yapacağınız doktora tezinizde kullanılmak üzere Normal Yaşama Yeniden Katılım Endeksinin Türkçe versiyonu ektedir.

Skorlama 5 seviyeli likert skoru ile yapılmaktadır. Kesinlikle katılmıyorum-1, kesinlikle katılıyorum 5. İlk 8 soru günlük fonksiyonlar alt skalası, son 3 soru kendisiyle ilgili algılar alt skalası olarak skorlanabilmektedir. 11 sorunun toplam puanı toplam ölçek puanıdır. Skorlama ile ilgili bilgilere fizyoterapi rehabilitasyon dergisi 2014 aralık sayısındaki makaleden de ulaşabilirsiniz.

Başarılar dilerim...



EK-16: Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği Kullanım İzni

From: FADİME HATİCE İNCİ <hemel@pau.edu.tr>
Date: 27 March 2018 10:53:21 GMT+3
To: <dbaykal@hotmail.com>
Subject: Re: BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

Sayın Baykal,

Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız "Bakım Verme Yüğü Ölçeği'ni" kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti. teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz. kaynak olarak aşağıdaki makaleyi gösterebilirsiniz.

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

Yrd. Doç. Dr. Fadime Hatice İNCİ Yrd Doç. Dr. Mityesser ERDEM

Yrd. Doç. Dr. Fadime Hatice İNCİ
Pamukkale Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği ABD.
Denizli

ETİK KURUL KARARI

Tarih ve Sayı: 02/11/2016-395850



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı :59491012-604.01.02-
Konu :Dokt. Öğr. Dilek Baykal'ın etik
kurul kararı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi :13.10.2016 tarih, 99984023-302.99-368958 sayılı yazı

Enstitünüz İç Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyesi **Yard.Doç.Dr.Zeliha TÜLEK**'in danışmanlığında **Doktora Öğrencisi Dilek BAYKAL**'ın yürütücülüğünde "**İnmeli Hasta Yakınlarına Verilen Eğitimin Günlük Yaşam adaptasyon, Özyeterlilik, Yaşam Kalitesi ve Bakım Verici Yükü Üzerine Etkisi**" başlıklı Doktora Tezi (Anket) hakkında ilgi yazınız ve ekleri **01 Kasım 2016** tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup; etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR
Başkan

e-İmzalı
Prof. Dr. Feray SAVRUN
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

EK :
1 dosya elden teslim edilecektir.

Doğrulamak için:<http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BENFLR9CS>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Güler SOYDANER Dahili : 22300

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/ İSTANBUL

Tel : 0 (212) 414 30 00 21107- 21108 Fax : 0 (212) 632 00 33

e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

İNME Lİ HASTA VE YAKINLARINA VERİLEN EĞİTİMİN GÜNLÜK YAŞAMA ADAPTASYON ÖZYETERLİLİK YAŞAM KALİTESİ VE BAKIM VERİCİ YÜKÜ ÜZERİNE ETKİSİ

ORJİNALLİK RAPORU

%5	%3	%4	%0
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	OBAN, Gül and KÜÇÜK, Leyla. "Ergenlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı etkileyen etmenler", Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2011. Yayın	%1
2	GÜR, Kamer, EROL, Saime and SENDEL, Ayşe. "Destek Hizmetler Sunan Mavi Yakalı Çalışanlarda Stres Algısı ve Stres Yönetimi", Türk Tabipleri Birliği, 2018. Yayın	%1
3	www.deuhyoedergi.org İnternet Kaynağı	<%1
4	vetdergi.kafkas.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
5	www.eksiduyuru.com İnternet Kaynağı	<%1
6	www.ulusalhemsirelikkongresi2017.org	

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Dilek	Soyadı	Baykal
Doğ.Yeri	Eskişehir	Doğ.Tar.	30.05.1976
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	44983102764
Email	dbaykal@hotmail.com	Tel	5386509764

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü/İç Hastalıkları Hemşireliği	Devam
Yük.Lis.	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü/İç Hastalıkları Hemşireliği	2013
Lisans	Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2011
Lise	H. Ahmet Kanatlı Lisesi	1993

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Öğretim Görevlisi	Haliç Üniversitesi	2014-Devam
2.	Hemşirelik Hizmetleri Direktörü	Osmanoğlu Hastanesi	2013-2014
3.	Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi	Osmanoğlu Hastanesi	2000-2013

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	YDS Puanı
İngilizce	İyi	Orta	Orta		66.25
İtalyanca	Orta	Zayıf	Zayıf		

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	70.46923	68.90055	60.41797

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office (World, excel, power point)	İyi
SPSS	Orta

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri