

**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**İNME TANISI ALMIŞ HASTALARA BAKIM VEREN
AİLE ÜYELERİNİN BAKIM VERME YÜKÜ İLE YAŞAM
KALİTELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Simge KALAV

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Sabire YURTSEVER

MERSİN-2011

**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**İNME TANISI ALMIŞ HASTALARA BAKIM VEREN
AİLE ÜYELERİNİN BAKIM VERME YÜKÜ İLE YAŞAM
KALİTELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Simge KALAV

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Sabire YURTSEVER

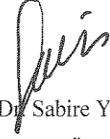
TEZ NO:191

MERSİN-2011

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan “İnme Tanısı Almış Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Yükü ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki” başlıklı çalışma, jürimiz tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

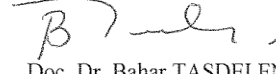
Tez Savunma Tarihi 24/06/2011



Doç. Dr. Sabire YURTSEVER
Mersin Üniversitesi
Jüri Başkanı



Yrd. Doç. Dr. Meraf ALTIÖK
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi



Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunun ~~07.07.2011~~ tarih ve ~~2011/258~~ sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ülkü ÇOMLEKOĞLU
Enstitü Müdürü



TEŞEKKÜR

Çalışmanın planlanmasını, yürütülmesini yönlendiren ve her aşamada bana destek olan sevgili Hocam ve değerli danışmanım Sayın **Doç. Dr. Sabire Yurtsever**'e,

Çalışmanın yöntemi konusunda katkılarda bulunan Sayın **Arş. Gör. İlder Helvacı**'ya,

Çalışmamı dahiliye servisi, dahiliye yoğun bakım ünitesi ve nöroloji servislerinde yürütmeme izin veren Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Mersin Devlet Hastanesi ve Mersin Toros Devlet Hastanesi'nin Başhekimlik ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne,

Çalışmamı yürüttüğüm dahiliye ve nöroloji servislerinde görev yapan ve olumlu işbirliği sağladığım meslektaşlarıma,

Çalışmam süresince bana destek olan ablam Çağlayan KALAV'a ve sevgili anneme içtenlikle teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. İnme.....	5
2.1.1. İnmenin Tanımı, İnsidansı, Prevalansı.....	5
2.1.2. İnme Risk Faktörleri.....	6
2.1.2.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri.....	6
2.1.2.1.1. Yaş.....	6
2.1.2.1.2. Cinsiyet.....	6
2.1.2.1.3. Irk.....	6
2.1.2.1.4. Aile Öyküsü.....	7
2.1.2.2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri.....	7
2.1.2.2.1. Kesinleşmiş Risk Faktörleri.....	7
2.1.2.2.1.1. Hipertansiyon.....	7
2.1.2.2.1.2. Diyabetes Mellitus (DM).....	8
2.1.2.2.1.3. Kalp Hastalıkları.....	8
2.1.2.2.1.4. Dislipidemi.....	9
2.1.2.2.1.5. Sigara.....	10
2.1.2.2.1.6. Asemptomatik Karotis Stenozu.....	11
2.1.2.2.1.7. Orak Hücreli Anemi.....	11
2.1.2.2.2. Kesinleşmemiş Risk Faktörleri.....	11

2.1.2.2.2.1. Alkolizm.....	11
2.1.2.2.2.2. Obezite.....	12
2.1.2.2.2.3. Beslenme Alışkanlıkları.....	12
2.1.2.2.2.4. Fiziksel İnaktivite.....	12
2.1.2.2.2.5. Yüksek Homosistein Düzeyi.....	13
2.1.2.2.2.6. İlaç Kullanımı ve Bağımlılığı.....	13
2.1.2.2.2.7. Oral Kontraseptif Kullanımı.....	13
2.1.2.2.2.8. İnflamasyon.....	14
2.1.2.2.2.9. Hiperkoagülabilite.....	14
2.1.3. İnme Geçiren Bireyde Gelişebilecek Komplikasyonlar.....	14
2.1.3.1. Aspirasyon ve Pnömoni.....	14
2.1.3.2. Derin Ven Trombozu (DVT) ve Pulmoner Emboli.....	15
2.1.3.3. Bası Yarası.....	15
2.1.3.4. Nöbetler.....	15
2.1.3.5. Ajitasyon.....	16
2.1.3.6. İnfeksiyon.....	16
2.1.3.7. Düşmeler.....	16
2.1.3.8. Mesane-Barsak Problemleri.....	16
2.1.3.9. Üst Ekstremitte Komplikasyonları.....	17
2.1.3.10. Disfaji ve Malnütrisyon.....	18
2.1.3.11. Kaslarda Katılık (Spastisite).....	18
2.1.3.12. Afazi ve Dizartri.....	19
2.1.4. Acil Koruma.....	19
2.1.5. İnmenin Birey ve Aile/Toplum Üzerine Etkisi.....	20
2.1.5.1. İnmenin Birey Üzerine Biyo-Psiko-Sosyal Etkisi.....	20
2.1.5.1.1. İnmenin Birey Üzerine Bilişsel ve Fiziksel Etkisi.....	21
2.1.5.1.2. İnmenin Birey Üzerine Psiko-Sosyal Etkisi.....	22
2.1.5.2. İnmenin Aile/Toplum Üzerine Etkisi.....	23
2.1.5.2.1. Aile Üyelerinin Yaşadığı Fiziksel Güçlükler.....	24
2.1.5.2.2. Aile Üyelerinin Yaşadığı Emosyonel Güçlükler.....	25
2.1.5.2.3. Aile Üyelerinin Yaşadığı Sosyal Güçlükler.....	26

2.1.5.2.4. Ekonomik ve İş ile İlgili Güçlükler.....	27
2.2. Bakım Verme Yükü.....	28
2.2.1. İnme Tanısı Almış Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükü.....	32
2.2.2. Bakım Veren Bireylere Yönelik Ülkemizdeki Destek Sistemleri.....	33
2.3. Yaşam Kalitesi.....	35
2.3.1. Yaşam Kalitesi ile İlgili Kavramlar.....	36
2.3.1.1. Sağlık Durumu, Sağlık Algılaması.....	36
2.3.1.2. İşlevsel Durum.....	36
2.3.1.3. Ruhsal durum.....	36
2.3.1.4. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SİYK).....	37
2.4. Konunun Hemşirelik Açısından Önemi.....	38
2.5. Araştırmanın Amacı.....	40
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	41
3.1. Araştırmanın Şekli.....	41
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerler ve Özellikleri.....	41
3.3. Araştırmanın Evreni.....	41
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	41
3.5. Verilerin Toplanması.....	42
3.5.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması.....	42
3.5.1.1. Kişisel Bilgi Formu.....	42
3.5.1.2. Lawton-Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi..	43
3.5.1.3. Barthel İndeksi.....	43
3.5.1.4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu.....	43
3.5.1.5. Bakım Verme Yükü Ölçeği.....	45
3.5.2. Ön Uygulama.....	45
3.5.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması.....	45
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	46
4. BULGULAR.....	47
5. TARTIŞMA.....	108

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	135
6.1. Sonuçlar.....	135
6.2. Öneriler.....	136
7. KAYNAKLAR	138
EKLER	159
EK-1. Kişisel Bilgi Formu.....	159
EK-2. Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi.....	163
EK-3. Barthel İndeksi.....	164
EK-4. DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu.....	166
EK-5. Bakım Verme Yüğü Ölçeği.....	170
EK-6. MERSİN 1 No'lu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı	174
EK-7. Araştırmanın Yapılabilmesine Yönelik İzin Yazıları.....	178
ÖZGEÇMİŞ	181

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 4.1. Bakım veren aile üyelerinin sosyo-demografik özelliklerine göre Bakım Verme Yüğü Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu puan ortalamaları.....	48
Çizelge 4.2. Bakım veren aile üyelerinin sağlık durumuna ilişkin özelliklerine göre Bakım Verme Yüğü Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu puan ortalamaları.....	57
Çizelge 4.3. İnme tanısı almış hastaya ilişkin özelliklere göre Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve Barthel İndeksi puan ortalamaları.....	63
Çizelge 4.4. İnme tanısı almış hastaya ilişkin özelliklere göre bakım veren aile üyelerinin Bakım Verme Yüğü Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu puan ortalamaları.....	67
Çizelge 4.5. Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi'ne göre hastaların başkasına bağımlılık durumlarının dağılımı.....	83
Çizelge 4.6. Ölçek puanlarının birbirleri ile korelasyonu.....	84
Çizelge 4.7. Bakım veren aile üyelerinin inme tanısı almış hastanın bakımına ilişkin özelliklere göre Bakım Verme Yüğü Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu puan ortalamaları.....	86
Çizelge 4.8. Bakım veren aile üyelerinin hasta bakımı nedeniyle yaşamlarında etkilenen alanlara ilişkin özelliklere göre Bakım Verme Yüğü Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu puan ortalamaları.....	105

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

AF : Atriyal Fibrilasyon

CO : Karbonmonoksit

CRP : C-Reaktif Protein

CVA : Cerebrovascular Accident

DALY : Disability Adjusted Life Years (Sakatlığa Uyarlanmış Yaşam Yılı)

DM : Diyabetes Mellitus

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

DVT : Derin Ven Trombozu

GİA : Geçici İskemik Atak

HDL : High-Density Lipoprotein (Yüksek Dansiteli Lipoprotein)

LDL : Low Density Lipoprotein (Düşük Dansiteli Lipoprotein)

MI : Miyokard Infarktüsü

NG : Nazogastrik

NVAF : Nonvalvüler Atriyal Fibrilasyon

PE : Pulmoner Emboli

PEG : Perkutan Enteral Gastrostomi

SHÇEK: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu

SİYK : Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

VLDL : Very-Low-Density Lipoprotein (Çok Düşük Dansiteli Lipoprotein)

WHOQOL : World Health Organization Quality of Life

ÖZET

İnme Tanısı Almış Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Yükü ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki

Simge KALAV

Bu çalışma, inme tanısı almış hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükü ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin Dahiliye I Servisi, Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi'nde ve Mersin Devlet Hastanesi ile Toros Devlet Hastanesi'nin nöroloji servislerinde inme tanısı ile yatan ve taburcu olan 130 hastanın yakını oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri “Kişisel Bilgi Formu”, “Lawton-Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi”, Barthel İndeksi”, “Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu” ve “Bakım Verme Yükü Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde Shapiro-Wilk normal dağılım testi, parametrik veya non-parametrik yöntemlerden; student t testi, Mann-Whitney U testi, one way ANOVA testi, Kruskal-Wallis testi, Pearson korelasyon testi ve Pearson Ki-Kare bağımsızlık testi kullanılmıştır.

Araştırmada bakım veren aile üyelerinin yaş ortalaması $46,88 \pm 12,60$ olup, %32,3'ü 52 ve üzeri yaştaadır. Bakım verenlerin %89,2'sinin kadın, %85,4'ünün evli, %87,7'sinin gelirinin giderinden az olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bakım verenlerin %48,5'inin kronik hastalığının olduğu ve %19,2'sinin genel sağlık durumunu “kötü” olarak algıladığı belirlenmiştir. Aile üyelerinin bakım verdiği inme tanısı almış bireylerin %60'ının tam bağımlı olduğu ve bağımlı olan hastalara bakım veren aile bireylerinin Bakım Verme Yükü Ölçeği puanın da arttığı saptanmıştır ($p < 0,01$).

Bakım veren aile üyelerinin çoğunluğunun inme tanısı almış birey ile birlikte yaşadığı ve yarıdan fazlasının bakım alan bireyin çocuğu olduğu belirlenmiştir. Bakım veren aile üyelerinin çoğunluğunun bakım verdiği bireyin giyinmesi ve hareket ettirilmesi konularında, tamamına yakınının ise banyo yaptırılması ve pozisyon değişiminin sağlanması konularında zorlandığı saptanmıştır. Ayrıca bakım veren aile üyelerinin yarıyından fazlasının bakım verdiği bireyin beslenmesi, boşaltım gereksiniminin karşılanması ve birey ile iletişim kurma konularında zorlandığı saptanmıştır. Aile üyelerinin %36,9'unun bakım verdiği bireyin bakımında yardım alamadığı belirlenmiştir. Bakımda yardım kaynağı bulunan aile üyelerinin %32,9'unun ise aldığı yardımı "yetersiz" bulduğu saptanmıştır. Bakım veren aile üyelerinin %42,3'ünün hasta bakımı nedeniyle aile içi ilişkilerinin, %96,2'sinin sosyal ilişkilerinin ve %78,9'unun ise iş yaşamlarının etkilendiği saptanmıştır.

Araştırmada bakım verme yükü arttıkça, bakım verenlerin yaşam kalitelerinin düştüğü saptanmıştır ($p<0,01$). 52 ve üzeri yaşta olan, eğitim düzeyi düşük olan, kronik hastalığı olan, sağlığını "orta" ya da "kötü" olarak algılayan, inme tanısı almış birey ile birlikte yaşayan, bakımda yardım alamayan, aldığı yardımı "yetersiz" bulan, bakım vermede zorlanan, bakım nedeniyle aile içi ilişkilerinin etkilendiğini belirten aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları ise düşük bulunmuştur. Tam bağımlı bireylere bakım veren aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları, yarı bağımlı bireylere bakım verenlere göre yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Geliri giderinden az olan, kronik hastalığa bağlı özel diyeti ya da yaşam şekli değişikliği olanların DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları diğer gruplardan düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Anahtar Kelimeler: İnme, bakım veren aile üyesi, bakım verme yükü, yaşam kalitesi

ABSTRACT

The Relationship Between Caregiving Burden and Quality of Life in Family Caregivers of Stroke Patients

Simge KALAV

This cross-sectional descriptive study has been done to evaluate the relationship between caregiving burden and quality of life in family caregivers of stroke patients.

The sample of this research consists of the relatives of the 130 stroke patients discharged from the Department of Internal Diseases Service I and in the Internal Diseases Intensive Care Unit in Mersin University Health, Research and Practice Centre and in the neurology services of Mersin State Hospital and Toros State Hospital.

The data of this research have been collected by using “Personal Information Form”, “The Lawton-Brody Instrumental Activities of Daily Living Index”, “The Barthel Index”, “World Health Organisation of Life Assessment Short Scale” and “Caregiving Burden Scale”.

In the evaluation of the data, Shapiro Wilk normal distribution test and of the parametric and non-parametric methods; student- t test, Mann-Whitney U test, one way ANOVA test, Kruskal–Wallis test, Pearson Correlation test and Pearson Ki- Square test have been used.

In this research, the mean age of the family caregivers was 46,88±12,60 years and 32,3% of them were 52 or above. It has been stated that, of these family caregivers, 89,2% were female, 85,4% were married. And it has also been stated that 87,7% had lower incomes than their expenses, 48,5% had chronic illnesses and 19,2% perceived their health as “bad”. It has been reported that 60% of the stroke survivors, of whom the family caregivers were taking care, had total dependency and that as the level of dependency increased, the Caregiving Burden Scale score was higher ($p<0.01$).

The results of the research have shown that the majority of the family caregivers lived with stroke patients and more than half of them were the children of the care-recipients. It has been stated that the majority of the family caregivers had difficulty in dressing and moving the care-recipient and that almost all of them found it very difficult to wash the care-recipient and change their positions. Also more than half of the family caregivers were reported to have difficulty in feeding the stroke patient, meeting their excretion needs and communicating with them. It has also been reported that 36,9% of the family caregivers couldn't have any support in caring the individuals. Of the family caregivers, who had support, 32,9% of them were reported to define the support that they had as "deficient". It has also been stated in the study that the family relationships (42,3%), social relationships (96,2%) and bussiness lives (78,9%) of the family caregivers were affected because of caregiving task.

In the research, it has been stated that as the care giving burden increased, the caregivers' quality of life got lower ($p<0.01$). The mean Caregiving Burden Scale scores of the family caregivers aged 52 and above, having a low education level, having chronic illnesses, percieving their health as "medium" or "bad", living with the stroke survivors, having no support in caring the stroke patients, defining the support that they had as "deficient", having difficulty in caring, reporting that their family relationships were affected due to caregiving role were found high and their mean WHOOL-BREF TR scores were found low. The mean Caregiving Burden Scale scores of the family caregivers taking care of the patients with total dependency were found to be higher than those taking care of the patients with semi-dependency ($p<0.05$). The mean WHOOL-BREF TR scores of the family caregivers having lower incomes than their expenses, having a special diet because of chronic illnesses or having changes in their life styles were found to be lower than the other groups ($p<0.05$).

Keywords: Stroke, family caregiver, caregiver burden, quality of life

1. GİRİŞ

Dünyada, özellikle gelişmiş ülkelerde son 40-50 yıl içinde demografik anlamda gözlenen önemli bir değişim yaşlı nüfusun artması olmuştur. Bunun yanı sıra olumsuz çevresel ve sosyal etmenlerin artması sonucunda bütün toplumlarda kronik hastalıklarda artış gözlenmiştir (1,2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kalp hastalıkları, inme gibi kronik hastalıkların genellikle batı tarzı yaşam biçimiyle birleşerek de dünya çapında başlıca ölüm nedeni haline geldiğini bildirmiştir (3). Öte yandan bulaşıcı hastalıklar ve aşırı doğurganlığın kontrolü konularında sağlanan başarılar sonucunda bu sorunların azalmış olması da kronik hastalıkların görece olarak öneminin artmasına yol açmıştır (1).

Dünyada 2005 yılında meydana gelen 58 milyon ölümün, 35 milyonu (%60) kronik hastalıklar nedeni ile olmuştur (1,2). Aynı yıl bulaşıcı hastalıklar nedeniyle olan ölümler, kronik hastalıklar nedeniyle olan ölümlerin yarısı kadar olmuştur. Avrupa'da 2005 yılındaki hastalık yükünün %77'sini kronik hastalıklar oluşturmuştur (1). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) sağlık harcamalarının %75'inin kronik hastalıklar için yapılmakta olduğu, bu hastalıkların maliyetinin bir trilyon dolara yaklaşmakta olduğu ve bu harcamalara rağmen beklenen sağlık sonuçlarına ulaşamadığı belirtilmiştir (4). Dünyada en önemli halk sağlığı sorunu olarak kabul edilen kronik hastalıklar, ülkemizde gerçekleşen ölümlerde önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce hazırlanan 16 Şubat 2006 tarihli Kronik Hastalıklar Raporu'na göre, ülkemizde yaklaşık 22 milyon kişi kronik hastalıkların etkisi altında yaşamaktadır ve kronik hastaların sayısında artış gözlenmektedir (5).

Kronik hastalıklar hem morbidite hem de mortalite nedeni olarak önem taşımaktadır. Kronik hastalıklar zaman içinde hastalarda çeşitli fonksiyonların kaybedilmesine, yol açtığı sakatlıklar nedeniyle ciddi iş gücü kaybına neden olup, bireylerin yaşam kalitesini de olumsuz etkileyebilmektedir. Ayrıca hastanelerde yatak işgalinin artmasına, tanı, tedavi ve rehabilitasyon için çok fazla ekonomik desteğe gereksinim duyulmasına, özel rehabilitasyon kuruluşlarına, sosyal servis ve örgütlere gereksinim duyulmasına neden olabilmektedir (1,6).

Hastalıklar nedeniyle meydana gelen işgücü kayıplarını da dikkate alan bir değerlendirme yöntemi “hastalık yükü” (burden of disease) hesabıdır. Hastalık yükü çalışmalarında kullanılan önemli bir ölçüt sakatlığa uyarlanmış yaşam yılı (DALY: Disability Adjusted Life Years) kavramıdır. Sakatlığa uyarlanmış yaşam yılı hesabında, bir kişinin ölümü veya sakatlığı nedeniyle olan yaşam yılı kayıpları dikkate alınmaktadır (1,7,8). Bu hesaplamalar sonucunda dünyada en fazla yük oluşturan hastalıklar listesinde kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar (SVH), kronik akciğer hastalıkları ve Alzheimer hastalığı ile kanserler ilk sıralarda yer almaktadır (9).

Türkiye’de 2000 yılında yapılan hastalık yükü araştırmasının sonuçlarına göre 60 ve üzeri yaş grubunda erkeklerde ve kadınlarda en sık ölüm nedeni olan 10 hastalıktan dokuz tanesinin kronik hastalıklar olduğu ortaya konmuştur. Aynı çalışmada DALY olarak en fazla kayba yol açan hastalıklar arasında kalp hastalığı, kronik akciğer hastalıkları, dejeneratif artrit, akciğer kanseri, diyabetes mellitus (DM) ve SVH’nin yani inmenin ilk sıralarda yer aldığı saptanmıştır (10).

Dünya Sağlık Örgütü raporuna göre (2005) inme tüm hastalıklardan ölümlerin %12’sini oluşturmaktadır. İnme nörolojik hastalıklar içinde ölümlerin %85’inden sorumludur (11,12). Yapılan çalışmalardan elde edilen veriler kullanılarak, ABD’de her yıl 750.000’in üzerinde yeni ve tekrarlayıcı inme vakası olduğu tahmin edilmektedir (13,14). İnme, ABD’de ölüme yol açan üçüncü nedendir ve ciddi, uzun süreli sakatlıklara yol açmaktadır (15). İnme oranlarında düşme olmasına rağmen, popülasyonun genişlemesi ve yaşlanması nedeniyle inme sayısı artmaktadır (16). İnme, anında ölümcül olmama eğilimindedir (16).Yapılan bir çalışmada iskemik inme için 30 günlük mortalite sıklığı %7,6 hemorajik inmelerin sıklığı ise %37,5 olarak saptanmıştır (17). İnme, 2004 yılında Türkiye’deki ölüm nedenleri arasında ikinci sırada rapor edilmiştir (18).

İNME en sık hastaneye başvurma nedenleri arasında olan kronik hastalıklardan biridir ve ortalama yaşam süresi uzadıkça hastalığın insidansı artmaktadır (19). Ayrıca tüm dünyada yaşlı nüfus için önemli sağlık sorunlarından biridir (20). İnmeden sonra yaşamını sürdürebilen hastaların büyük bir kısmında, kişinin sosyal ve mesleki işlevlerini ve aile yaşamını ciddi biçimde etkileyen kalıcı fiziksel ve bilişsel yeti yıkımı ile davranışsal değişimler gözlenebilmektedir (21).

İnmeden sonra hayatta kalan bireyler günlük işlerinde başkalarına bağımlı olarak yaşamlarını sürdürebilmektedirler. Bakım sürecinde hasta ve ailesi fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik ve manevi olarak pek çok sıkıntı yaşayabilmektedir (22). Bakım verenler becerikli, duygusal açıdan güçlü veya istenen bakım türünü vermeye en uygun birey oldukları için değil, genellikle duygusal ve ekonomik nedenlerden dolayı bakım sorumluluğunu üstlenebilmektedirler (23).

Taniyı öğrendikten sonra başlayan süreç, hastaya primer bakımı kimin vereceği sorusunun cevaplandığı süreçtir. Primer bakım sorumlusu, bir başka deyişle asıl bakım veren genellikle hastanın eşi, erişkin çocuklardan biri veya çoğu kez kızı ya da gelini, ücret karşılığı çalışan bir yardımcı ya da bir hasta bakıcıdır. Bazen bu kişilerin bakım işini paylaştıkları da olabilmektedir (24). Ancak toplumsal kabul görmesi nedeniyle, ailedeki bakım sorumluluğu %75-80 kadınlar tarafından üstlenilen, genellikle bir kişinin tüm sorumluluğu aldığı ve aile üyeleri arasında eşit paylaşımın olmadığı bir durum da olabilmektedir (23). Yapılan bir çalışmada inme tanısı alan hastalara bakım verenlerin büyük çoğunluğunu (%71) kadınların oluşturduğu ve bu çoğunluğun %64'ünü de hastaların eşlerinin oluşturduğu belirtilmiştir (25). Chan ve Chang (26) tarafından yapılan çalışmada da, bakım verenlerin %75,9'unun kadın, %74,4'ünün evli olduğu ve bakım verenlerin çoğunun bakım alan bireyin kızı ya da karısı olduğu saptanmıştır. Bir kimse ister hastanın bakımıyla doğrudan uğraşmakta olsun, ister başka biri tarafından yerine getirilen bakım işini gözetmekte olsun, hastanın bakımı strese, bitkinliğe ve bunların sonucunda bazı sıkıntılara yol açabilmektedir. Fakat bütün bunların yanında bakım verenin sağlığı çoğu zaman düşünülmemektedir (24).

Bireye bakım vermede aile üyeleri arasında eşit paylaşımın olmaması durumu bakım verme güçlüğü sorununa neden olabilmektedir. Bakım verme güçlüğü, yakınlarına bakım vermenin bir sonucu olarak, duygusal veya fiziksel sağlık, sosyal yaşam ve ekonomik durumlarında bakım verenin algıladığı sıkıntı olarak tanımlanabilmektedir. Ayrıca, duygusal veya psikolojik olarak rahat olamama veya kendini iyi hissetmeme stresi olduğu belirtilmektedir (23). Zaman içinde yeni bakım görevleri aile bireylerinin sorumlulukları arasına eklenirken, aile bireylerinde bitkinlik ve tükenme belirtileri ortaya çıkabilmektedir (27). Çoğu zaman verilen bakım karşılıksız, görünür olmayan ve değersiz olarak algılanmasına rağmen, bakım verenin ödediği bedel çok fazla olabilmektedir (23). Bakım sisteminin iyi işlemesi isteniyorsa

bakım verenin kendi sağlığını korumak ve hastalanmasını önlemek için mümkün olan her şeyin yapılması gerekir (24).

Yapılan çalışmalarda bakım veren bireylerin fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik açılardan problemler yaşadığı belirtilmektedir (28-30). Karahan ve Güven (31)'in belirttiğine göre, Aksayan ve Çimete (1998)'nin yaptığı çalışmada kronik hastalık nedeniyle aile bireylerinin %66,2'sinin aile içi görevlerinde değişiklik olduğu, aile üyelerinin %66'sının yorgunluk, bunaltı, sosyal yaşantı değişikliği yaşadıkları ve bu sorunları çözmek için evde sağlık personeli istedikleri belirlenmiştir. Ayrıca bakım verme işlevi nedeniyle bireylerin işleri engellenebilmekte, bireyler kendilerine ayıracak zaman bulamayabilmektedirler. Bütün bu olumsuzluklar bakım verenlerin yaşam kalitesini azaltabilmektedir.

Sonuç olarak, inme tanısı alan bir bireyin yetersizliği tüm aile sistemini etkileyebileceği için aileler inmenin fiziksel, duygusal ve psikolojik sonuçlarına uyum sağlama sürecinde birçok değişiklikle karşı karşıya kalabilmektedir (32). Bu değişiklikler onların sosyal rollerini ve sosyal aktivitelerini kısıtlayabilmekte ve hem hastanın hem de kendilerinin yaşam kalitelerini azaltabilmektedir (33,34). Tüm bu sonuçlardan yola çıkılarak bakım verme yükünün, inme tanısı almış hastalara bakım verenlerin yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği söylenebilir. Birçok çalışma inme hastalarına bakım verenlere değil sadece hastalara odaklanmıştır (32). İnme tanısı alan bireylere bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirme konusunda yapılmış araştırmalar çok kısıtlıdır. Sonuçta inme tanısı almış hastalara bakım verenlerin bakım verme yükü ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi, bakım veren bireylerin yaşam kalitesini yükseltecek şekilde bakım yaklaşımı geliştirilmesine yön verebilecektir. Hemşirelik, bireylerin ve ailelerin bakım gereksinimlerinin farkına varılmasını sağlayan ve bu gereksinimlerin karşılanmasına yardım eden önemli bir meslektir. Konu ile ilgili yeterli araştırmalar yapılmasında hemşirelerin fonksiyonları önemlidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnme

2.1.1. İnmenin Tanımı, İnsidansı ve Prevalansı

İnme, beyin kan akımıyla doğrudan ya da dolaylı olarak ilişkili ani ortaya çıkan fokal nörolojik bozukluktur. İnme, beynin bir veya birden çok damarını etkileyen travma dışı bir nedenle lezyonu sonucu ortaya çıkan tüm hastalıkları içerir. Dünya Sağlık Örgütü kriterlerine göre inme “hızla gelişen, serebral işlevlerin fokal veya global kaybına bağlı semptom ve/veya bulgulardır ve semptomlar 24 saatten uzun sürer ya da ölüm gelişir; vasküler kaynak dışında açık bir neden saptanmaz” şeklinde tanımlanmıştır (35-38).

İnme, bir serebral damarın tıkanması (aterotrombotik veya embolik), anormal bir damarın (anevrizma, arteriyovenöz malformasyon veya arteriyovenöz fistül) yırtılması veya arteriyel yırtılma sonucu beyin parankiminde spontan kanama ile gelişen bir sendromdur. İskemik ve hemorajik olmak üzere iki temel inme türü vardır. İskemik inmeye kan akışını durduran bir kan pıhtısı neden olur. İskemik tipte inmede, kan damarları tıkanmakta ve beyne kan gidememektedir. Dolayısıyla, beynin oksijen ve besinden yoksun kalan kısmı ölmektedir. Hemorajik inme ise beyni besleyen kan damarlarının patlayarak beyin hasarı meydana getirmesi durumudur (35,37,39-42).

Rosamond ve ark. (17) tarafından yapılan çalışmada, tüm inmelerin $\frac{85}{100}$ 'ini iskemik, $\frac{15}{100}$ 'ini ise hemorajik inmelerin oluştuğu saptanmıştır. Ülkemizde Ege İnme Veri Tabanı'nda, iskemik inmenin tüm inmelerin $\frac{77}{100}$ 'sini oluşturduğu, bunun da $\frac{37}{100}$ 'sinin ateroskleroza bağlı inmeler olduğu ve iskemik inmelerde yaş ortalamasının 63 ± 12 olduğu belirtilmiştir (43). Genel olarak bakıldığında yaşlara göre yıllık inme insidansı; 55-64 yaş aralığında 1,7 – 3,6/1000 kişi, 65-74 yaş aralığında 4,9-8,9/1000 kişi, 75 yaş üzerinde ise 13,5-17,9/1000 kişidir (44). Serebral infarktın yaşa spesifik insidansı 15–44 yaş aralığı için 7–25/100000, 45–54 yaş aralığı için 22–82/100000, 55–64 yaş aralığı için ise 165–216/100000 olarak bildirilmiştir (45-47). Nencini ve ark. (48) 15-45 yaş arası inme insidansını 1/10000 olarak bildirmişlerdir. Kış aylarında inmenin arttığı belirlenmiştir (49). İnme prevalansı, inmesi olan olguların insidansına ve yaşayabilen hastalara bağlıdır (50). Batı ülkelerinde inme prevalansı

8/1000, Japonya'da 20/1000'dir. Türkiye'de inme epidemiyolojisine ait sağlıklı veriler bulunmamaktadır (44).

Tıkanma ya da kanama sonucunda sinir sisteminde oluşan hasar; denge kaybı, hareket kaybı, konuşama zorluğu ya da konuşamama ve duyuların kaybı gibi durumlara sebep olabilmektedir. İnmeye bağlı sakatlıklar bir yandan ülke için büyük ekonomik kayıplara yol açarken diğer yandan hastayı bedensel, ruhsal ve sosyal yönden etkileyebilmektedir. Olumsuz etkileri sadece hastaya yönelik olmamakta, hastaya bakım veren bireyler için de büyük zorluklara neden olabilmektedir. Bu nedenle inme risk faktörlerinin belirlenmesi ve önlenmesi önemlidir.

2.1.2. İnme Risk Faktörleri

İnmeye neden olan bazı risk faktörleri belirlenmiştir.

2.1. 2. 1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

2.1.2.1.1. Yaş

Yaş inme ile ilişkili en önemli risk faktörüdür. Yaş ilerledikçe inme riski artmaktadır. İskemik inme vakalarının büyük çoğunluğunu 65 yaşın üzerindeki kişiler oluşturmaktadır. Yaş aynı zamanda inme prognozunu da etkileyebilmektedir (51,52). Nakayama ve ark. (53) tarafından yapılan çalışmada, 54 yaş altında üç haftalık mortalite %7.4, 85 yaşın üzerinde ise %39.4 olarak bulunmuştur.

2.1.2.1.2. Cinsiyet

Erkek cinsiyeti ateroskleroz için önemli bir risk faktörüdür. Ayrıca erkeklerde ateroskleroz kadınlara göre 10–15 yıl daha erken meydana gelmektedir (50). Ancak 35-44 yaş arası ile 85 ve üzeri yaştaki kadınlarda inme insidansı erkeklerden fazladır (14).

2.1.2.1.3. Irk

Hastalık üzerine ırk ve etnik kökenlerin etkisini ayrı ayrı düşünmek zor olabilmektedir (52). Zencilerde, Çinlilerde ve Japonlarda inme insidansının, beyazlara göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (44). Afrika ve Hispanik kökenli Amerikalılarda, Avrupa kökenli Amerikalılara göre inme insidansı ve ölüm oranı daha

yüksek bulunmaktadır (13,54-56). Toplum tabanlı ateroskleroz risk çalışmasında, zencilerde beyazlara göre inme insidansı daha yüksek saptanmıştır (17). Zencilerde hipertansiyon, obezite ve diyabetin daha yaygın bulunması da olası faktörler arasındadır (57). Siyah ve sarı ırkta, beyaz ırka göre inme insidansı daha fazladır (58).

2.1.2.1.4. Aile Öyküsü

Hem paternal hem maternal inme öyküsü, kişide inme riskinin artması ile ilişkili bulunmuştur. Aile öyküsünün risk faktörü oluşunda çeşitli etmenler rol oynamaktadır. Bunlar aile bireylerinin benzer kültürel/çevresel ve yaşam stili faktörlerini paylaşması, bazı genetik özellikleri taşımasından kaynaklanıyor olabilmektedir (59-61).

Monozigot ikizlerde inme riski dizigot ikizlere göre daha yüksek olup, bu fark beş katına kadar ulaşmaktadır (62). Çeşitli pıhtılaşma faktörleri (örn; faktör V, VII, X, XI, ve XIII) otozomal resesif olarak geçip, yenidoğan ve çocukluk döneminde intrakranial kanamalara yol açabilmektedir. Hipertansiyon, DM, hiperlipidemi gibi risk faktörleri de hem genetik hem de çevresel faktörleri içermektedir (52).

2.1.2.2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri

2.1.2.2.1 Kesinleşmiş Risk Faktörleri

2.1.2.2.1.1. Hipertansiyon

Hipertansiyon hem iskemik, hem de hemorajik inme için major risk faktörüdür. Kan basıncı ne kadar yüksekse, inme riski de o kadar artmaktadır. Özellikle sistolik kan basıncı yaşla birlikte yükselmektedir (44,52).

Hipertansiyon (>160/95 mm Hg) aterosklerozu hızlandırmakta ve böylece büyük arterlerde tıkanma veya emboli gelişimini kolaylaştırmaktadır. Hipertansiyon, doğrudan obstrüktif ateroskleroza neden olarak laküner infarkta yol açabilmektedir. Sistolik, diyastolik hipertansiyon ve kombine sistolik, diyastolik hipertansiyonların her biri tüm inmeler için risk faktörüdür (44).

Kan basıncının düşürülmesinin, düşmenin miktarına bağlı olarak, inme ve koroner hastalık riskini belirgin ölçüde azalttığı belirtilmiştir (63-65). “The Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur)” çalışmasında izole sistolik hipertansiyonu olan

hastalara kalsiyum kanal blokleri ve plasebo verilmiş, aktif tedavi edilen grupta inme riskinde %42 azalma saptanmıştır (64). Minör iskemik inme geçirmiş ya da geçici iskemik atak geçirmiş kişilerde sistolik kan basıncının 10 mm Hg azalması inme riskini %10 azaltmaktadır (44).

2.1.2.2.1.2. Diyabetes Mellitus

Diyabetes mellitus; ateroskleroza yatkınlığı, hipertansiyon ve hiperlipidemi gibi diğer aterojenik risk faktörlerinin sıklığını arttırarak inme gelişme sıklığını arttırmaktadır (66). Tip II DM'si olan kişilerde ateroskleroza artmış bir duyarlılık, aterojenik risk faktörlerinde (örn; hipertansiyon, obezite ve anormal lipid düzeylerinde) artmış prevalans söz konusudur (67). Diyabetes Mellitus'un büyük damar aterosklerozunu hızlandırdığı, düşük ve yüksek dansiteli lipoproteinler üzerine olumsuz etkide bulunduğu ve hiperinsülinemi yoluyla aterosklerotik plağı büyüttüğü bilinmektedir. İnsüline bağımlı diyabetiklerde, hipertansiyon ve hiperlipidemi gibi diğer aterosklerotik risk faktörleri daha sık bulunmaktadır (68). Hipertansiyon ve hiperglisemi kombinasyonunun, inmeyi de içine alan DM'ye bağılı komplikasyonları arttırdığına inanılmaktadır (52).

Diyabetes Mellitus'u olan hastalarda kardiyovasküler olay sıklığının 3-5 kat fazla olduğu belirtilmektedir. Diyabetes Mellitus hastalarında insülin direncinden dolayı plazma insülin düzeyi artmıştır. İnsülin düzeyinin artması ateroskleroz için önemli bir risk faktörüdür. Diyabetes Mellitus hastalarında görülen hipertrigliseridemi ve yüksek dansiteli lipoprotein (High-Density Lipoprotein, HDL) düşük olmasının ateroskleroz gelişmesinde rolü olduğu sanılmaktadır (50). Honolulu Heart çalışmasında DM'si olanlarda olmayanlara göre tromboembolik inme riskinin iki kat arttığı bulunmuştur (69).

2.1.2.2.1.3. Kalp Hastalıkları

Kalp hastalığı iskemik inme için risk faktörüdür. Semptomatik ve asemptomatik kardiyak hastalıklar, serebrovasküler hastalıklarla güçlü bir ilişki içinde bulunmuştur (70-72).

Miyokard infarktüsü (MI), atriyal fibrilasyon (AF) gelişmesi açısından risk oluşturmakta ve kardiyojenik emboli kaynağı olabilmektedir (52). Yalnızca AF olan hastalarda, diğer risk faktörleri düzeltildikten sonra inme riski 3-4 kat artmaktadır (73). Yaş ve ilişkili vasküler hastalıklar birlikte ele alındığında, AF hastalarında inme riski 20 kat artmaktadır (74). İleri yaşta en önemli kardiyojenik emboli riski taşıyan hastalık, nonvalvüler AF'dir (NVAf). Nonvalvüler AF'de yıllık inme görülme hızı yılda ortalama %3-5 olup, daha önce geçirilen geçici iskemik atak (GİA) veya inmenin, sistolik hipertansiyon ve sol ventrikül fonksiyonlarında azalmanın, ileri yaşın, DM'nin ve cinsiyetin (kadınlarda) bu riski arttırdığı belirtilmektedir (60). Romatizmal olmayan AF'de inme riskinin 5,6 kat, romatizmal kalp hastalığı da varsa 17,6 kat arttığı belirtilmektedir. İleri yaşlarda, AF'ye bağlı inme riski belirgin olarak artmaktadır. Risk 80'li yaşlarda, %32,2'dir. Kalp hastalıklarının, hemorajik inmede bir risk faktörü olup olmadığına ilişkin net veriler bulunmamaktadır (44).

Daha önce GİA ya da inme öyküsü bulunmayan hastalarda yılda %2 ile %4 dördü iskemik inme oluşmaktadır (75). Akut koroner sendrom nadir olarak inme ile ilişkilidir (76). Turgut (50)'un belirttiğine göre Framingham Heart çalışmasında, akut MI sonrası altı yıl içerisinde inme gelişme riski erkeklerde %8, kadınlarda %11 olarak bulunmuştur. İskemik inmelerin %20'sinin kardiyak embolizme bağlı olduğu belirtilmektedir (50).

2.1.2.2.1.4. Dislipidemi

Hiperkolesterolemi ve/veya düşük dansiteli lipoprotein (Low Density Lipoprotein, LDL) konsantrasyonlarında artma bazı popülasyonlarda (örneğin, batı toplumlarında, genç erkeklerde) iskemik inme için risk faktörüdür (44).

Aterosklerotik plaklar, kandaki lipoproteinlerden meydana gelen kolesterol ve kolesterol esterlerinden zengindir. Düşük dansiteli lipoprotein, kolesterolden en zengin lipoproteindir. Çok düşük yoğunluklu lipoproteinden (Very-Low-Density Lipoprotein, VLDL) zengin hipertrigliseridemi de risk artmaktadır. Bunlara karşın HDL ile risk ilişkisi ters orantılıdır (50).

Yapılan bir çalışmada serum kolesterolü düzeyi ile aterosklerotik damar hastalığı sıklığı arasında sürekli ve kuvvetli bir ilişki olduğu gösterilmiştir (77). Üç prospektif çalışmada yüksek total kolesterol seviyeleri ile iskemik inme hızında artış gösterilmiştir

(78-80). “The Asia Pasific Cohort Studies Collaboration” çalışmasında, total kolesterolde her bir mmol/L’lik artış iskemik inme hızında %25’lik bir artışa yol açmıştır (81). “The Eurostroke” çalışmasında ise bu artış %6 olarak bulunmuştur (82). “The US Women’s Pooling Project” çalışmasına 30 ile 54 yaşları arasındaki kadın hastalar alınmış ve total kolesterolde her bir mmol/L’lik artışın, fatal iskemik inme riskinde %25’lik bir artışa neden olduğu saptanmıştır (83). “Oxfordshire Community Study” ve “Northern Manhattan Stroke Study” çalışmalarında HDL düzeyinin azalmasının inme riskini arttırdığı görülmüştür (84,85). “Honolulu Heart Program” çalışmasında ise kolestrol seviyesindeki artışın, hem koroner arter hastalığı hem de tromboembolik inme riskini arttırdığı gösterilmiştir (77).

2.1.2.2.1.5. Sigara

Sigara içmenin tüm inmeler için ve iskemik inme için önemli bir risk faktörü olduğu belirlenmiştir. Sigara içimi sigaraya bir şekilde maruz kalan herkesi inme açısından risk altına sokmaktadır (44).

Aktif ve pasif sigara içiminin ateroskleroz gelişmesi ile ilişkisi bulunmaktadır (86). Sigaranın daralmış damarda trombüs oluşumu üzerine akut, ateroskleroz yükünü artırıcı olarak da kronik etkisi bulunmaktadır (52). Sigara içmenin kan fibrinojen konsantrasyonunu yükselttiği, trombosit agregasyonunu ve hematokriti arttırdığı ve aynı zamanda artmış fibrinojen konsantrasyonu ve yükselmiş hematokritin birlikte kan viskozitesini arttırdığı belirtilmektedir (44,87,88). Sigara, C-Reaktif Protein (CRP) gibi inflamasyon belirteçlerini ve LDL oksidasyonunu artırmaktadır. Sigara içenlerde endotel disfonksiyonu meydana gelmektedir. Endotel disfonksiyonunun oluşmasında, sigara içiminden dolayı kanda karbonmonoksit (CO) artışının rolü olduğu ileri sürülmektedir (89).

Aktif sigara içen popülasyonun %18’i, daha önceden sigara içmiş olanların %6’sı ve pasif sigara içenlerin de %12’si inme açısından risk altındadır (44). “Framingham” çalışmasında, sigara içenlerde inme riskinin sigara bırakıldıktan beş yıl sonra içmeyenlerin düzeyine indiği belirtilmiştir (90).

2.1.2.2.1.6. Asemptomatik Karotis Stenozu

Beyin damar hastalığı öyküsü olmayan bir kişide fizik muayenede karotis üfürümü saptanması inme riskini artırmaktadır. Üfürüm duyulan taraf ile ilk serebral infarkt gelişen arter alanı her zaman paralellik göstermemektedir (51).

“Cardiovascular Health” çalışmasında, %50'nin üstünde karotis darlığı 65 yaş üzerindeki erkeklerde %7, kadınlarda %5 olarak bulunurken, darlık %75-99 arasında olduğunda bu değerler sırası ile %2,3 ile %1,1'e düşmektedir (91). “The North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial” çalışmasında semptomatik darlığın kontralateralindeki asemptomatik karotis arter stenozuna bağlı inme riski, %60-99 stenozda yılda %3,2 olarak bulunmuştur. Alt grup analizinde %60-74 stenozda inme riski yılda %3; %75-94 stenozda %3,7 olup, asemptomatik darlık %95-99 olduğunda inme riski %2,9'a, total tıkanıklıkta ise %1,9'a düşmektedir (92).

2.1.2.2.1.7. Orak Hücreli Anemi

İnme, orak hücreli aneminin önemli bir komplikasyonudur (93). Özellikle homozigot hastalarda inme riski yüksektir ve 20 yaş civarında inme prevalansı en az %11'dir. Ancak hastaların pek çoğunda da beyin görüntülemesinde sessiz inme izlerine rastlanmaktadır (94,95).

2.1.2.2.2. Kesinleşmemiş Risk Faktörleri

2.1.2.2.2.1. Alkolizm

Alkol kullanımının inme riski üzerindeki etkisi MI'da olduğu gibi alınan alkolün miktarına bağlıdır (96). Hafif ve orta derecede alkol kullanımı inme riskini hiç kullanmayanlara göre azaltmaktadır (51). Hafif ve orta düzeyde alkol tüketenlerde alkolün HDL kolesterolü arttırıcı, platelet agregasyonunu ve plazma fibrinojen konsantrasyonunu azaltıcı etkisi vardır (52). Yüksek dansiteli lipoprotein düzeyi artışının, kalp hastalığı kökenli inme riskini ve karotis aterosklerozuna bağlı inme oranını azalttığı belirtilmiştir (51). Camargo (97) ise orta derecede alkol alımının intraserebral ve subaraknoid kanama riskini arttırdığını belirtmiştir.

Aşırı alkol kullanımı hızlanmış aterosklerozla birlikte olup, bu da inme insidansında artışa yol açmaktadır (98). Kronik alkolizm, tüm inmeler için önemli bir risk faktörüdür (44). Yüksek miktarlarda alkol (günlük 20-30 gr'dan fazla) hipertansiyon, hiperkoagulabilite ve kardiak aritmilerde artışa yol açarak inme riskini artırmaktadır (68). Tüketilen alkol miktarının yanında alkolün cinsi de inme riskine etki etmektedir (52). "Copenhagen City Heart" çalışması (99), günde 3-5 kadeh şarap tüketiminin, inme ile ilişkili mortalite riskini azalttığını göstermiştir.

2.1.2.2.2.2. Obezite

Optimal kilonun 35-64 yaş aralığındaki erkeklerde ve 65-94 yaş aralığındaki kadınlarda %30'un üzerinde olması, inme riskini arttırmaktadır. Obezite tipinin de (özellikle santral obezite ve abdominal yağ birikiminin) önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (100). Vücut kitle indeksinin 30'un üzerinde olması ile karakterize olan ve özellikle erkeklerde sık görülen abdominal obezite, genellikle hipertansiyon, DM ve hiperlipidemi ile birlikte olduğundan, inme için risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Obezite düzeyi arttıkça inme riski de artmaktadır (68).

Kilo vermenin inme riskini azaltmadaki etkisi klinik gözlemlerle kanıtlanmamış olmakla birlikte, kilo vermenin kan basıncını düşürdüğü ve indirekt olarak inme riski üzerine etkisinin olduğu belirtilmektedir (67).

2.1.2.2.2.3. Beslenme Alışkanlıkları

Artmış meyve, sebze ve düşük yağ tüketimi, inme riskinde azalma ile ilişkilendirilmiştir (101). Bazı prospektif çalışmalarda yüksek sodyum alımının inme riskini arttırdığı, yüksek potasyumun ise azalttığı belirtilmiştir (102,103).

2.1.2.2.2.4. Fiziksel İnaktivite

Orta ve yüksek düzeyde fiziksel aktivitenin inme riskini azalttığı belirtilmiştir (104). Bu durum HDL kolesterol seviyesinin artışına bağlı olabilmektedir (105). Ancak yaşlı popülasyonda ağır ve uzun egzersizler yapan insan sayısı az olduğundan, fiziksel aktivitenin etkinliğini değerlendirmek zor olabilmektedir (44).

Fiziksel egzersiz hipertansiyon, hiperlipidemi, DM, vücut ağırlığı gibi diğer risk faktörlerini etkileyerek de inmeden korunma sağlayabilmektedir (44). Egzersizle hem

iskelet kası hem de yağ dokusunda lipoprotein lipaz aktivitesinde artış olmaktadır. Bunun sonucu olarak VLDL konsantrasyonunda azalma ve HDL konsantrasyonunda artma olmaktadır (106).

Düzenli fizik aktivite ile kardiyovasküler olay gelişme sıklığı belirgin şekilde azalmaktadır. Bu yararı sağlayabilmek için orta derecede olan bir fizik aktivitenin her gün yapılması ve aktivitenin en az 30 dakika sürmesi gerekmektedir (50,89,107).

2.1.2.2.2.5. Yüksek Homosistein Düzeyi

Hiperhomosisteineminin aterosklerotik ve tromboembolik hastalıklar için yaygın, bağımsız ve düzeltilebilir bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (50). Bir meta analize göre homosistein düzeyinde beş mikromol/L artış, inme riskinin yükselmesine neden olmuştur (108). Serum homosistein düzeyinde yükselme özellikle çocukluk çağında ve genç erişkinlerde inme için bilinen bir risk faktörüdür (109).

2.1.2.2.2.6. İlaç Kullanımı ve Madde Bağımlılığı

Antitrombosit, antikoagülan ve trombolitik tedavi hemorajik komplikasyon riski taşımaktadır. Oral kontraseptiflerin inme riskini hafifçe artırdığı, östrojen yerine koyma tedavisinin ise inme riskini azaltabileceği ortaya çıkmıştır. Sporcularda anabolik steroid kullanımının inme ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Antineoplastik ajan L-asparaginase'nin serebral kanama, iskemik infarktüs ve venöz sinüs trombozu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (110).

Madde kullanımına bağlı olarak her iki tipte inme görülebilmektedir (51,68,107). İnmeyle en çok ilişki kurulan madde kokaindir. Diğer ilişkili olabilecek maddeler eroin, amfetaminler ve marihuanna gibi maddelerdir (68). Kokain daha çok hemorajiye neden olsa da iskemiye de yol açarak kognitif bozulma ve beyin atrofisine neden olabilmektedir. Amfetamin ve psikostimulan ilaçlar vaskülite yol açarak inmeye neden olabilmektedir. Parenteral uyuşturucu kullananlarda ise endokardit, emboli, karaciğer hastalığı ve infeksiyonlara eğilim inme oluşumunu artırmaktadır (50).

2.1.2.2.2.7. Oral Kontraseptif Kullanımı

Oral kontraseptifler, içerdikleri östrojen miktarı ile trombositleri ve koagülasyon faktörlerini etkileyerek tromboza eğilimi artırmaktadırlar (50). Oral kontraseptiflerin

inme riski, içeriklerindeki estradiol miktarı ile ilişkili olup, 50 mikrogramdan fazla estradiol içeren ilk jenerasyon ilaçlarda bu risk yüksektir. Düşük östrojenli oral kontraseptif preparatlar inme riskini artırmamaktadır (111). Yapılan çalışmalarda düşük dozda östrojen içeren preparatlar kullanılmış ve inme riskini artırıcı bir faktör olmadığı bulunmuştur (112,113).

2.1.2.2.2.8. İnflamasyon

İnfeksiyon, iskemik inmenin en önemli nedeni olan ateroskleroza hızlandırabilmekte veya uygun bir çevre hazırlayabilmektedir (107). Aterosklerotik karotis plaklarında Chlamydia pnömani isimli bakterinin bulunması enfeksiyonun rolünü göstermektedir (114). İskemik inme geçirenlerde akut faz reaktanlarından CRP ve serum Amiloid A yüksek olarak bulunmaktadır (115).

2.1.2.2.2.9. Hiperkoagülabilité

Hiperkoagülabilitéye yol açan trombofililer, Protein C ve Protein S eksikliği, APC rezistansı, AT III eksikliği ve faktör V Leiden mutasyonu öncelikle venöz trombozlara yol açmakla birlikte, iskemik inmelere neden olabilmektedirler (107).

2.1.3. İnme Geçiren Bireyde Gelişebilecek Komplikasyonlar

2.1.3.1. Aspirasyon ve Pnömoni

Bakteriyal pnömoni inme hastalarında en önemli komplikasyonlardan biridir (116). Genellikle aspirasyona bağlı gelişmektedir. Aspirasyon sıklıkla yutma bozukluğu olan ve bilinci azalmış hastalarda ortaya çıkmaktadır. Oral beslenme, hastaların az miktarda suyu yutabildiği ve istek üzerine öksürebildiği gösterilene kadar durdurulmalıdır. Sıvı gıdaların reflüsü, hipostaz, öksürük refleksinde azalma ve immobilizasyon riski arttırmasına rağmen, nazogastrik (NG) ya da perkutan enteral gastrostomi (PEG) ile beslenme aspirasyon pnömonisini önleyebilmektedir. Yatakta hasta pozisyonunun sık değiştirilmesi ve pulmoner fizyoterapi aspirasyon pnömonisini önleyebilmektedir (117).

2.1.3.2. Derin Ven Trombozu ve Pulmoner Emboli

Venöz tromboembolizm akut iskemik inme sonrası yaygın görülen bir komplikasyondur. İnme sonrası özellikle ilk bir hafta içinde derin ven trombozu (DVT) riski yüksektir. Postakut rehabilitasyon döneminde de DVT gelişebilmektedir. İntraserebral kanamalı hastalar akut dönemde DVT riski altındadır. Asemptomatik DVT, ölümcül pulmoner emboliye (PE) yol açması nedeni ile önemlidir. Venöz tromboemboliye bağlı gelişen PE insidansı %10-13 bulunmuştur (118-121).

2.1.3.3. Bası Yarası

Hastanedeki inme hastalarının %9'unda, bakım evlerindeki %23'ünde bası yarası gelişmektedir. Bası yarası tedavisi pahalı, ağrılı ve uzun süre yatış gerektiren bir komplikasyondur. İmmobilite, DM, periferik vasküler hastalık, inkontinans, düşük vücut kitle indeksi, son dönem hastası olması bası yarası açısından riskli durumlardır (122).

Bası yarası gelişme riski yüksek hastalarda, destek yüzeylerin kullanımı, pozisyonun sık değiştirilmesi, beslenme durumunun optimize edilmesi ve sakral cildin nemlendirilmesinin uygun önlemler olduğu belirtilmektedir (123). İdrarını tutamayan hastaların cildinin kuru tutulması gerekmektedir. Özellikle yüksek riskli hastalarda havalı yataklar ya da su yatakları kullanılması önerilmektedir (117).

2.1.3.4. Nöbetler

İnme erişkinlerde, özellikle yaşlılarda nöbetlere yol açan nedenlerin başında yer almaktadır. Erken nöbetler genellikle, beyin damar hastalıkları sonrası ilk iki hafta içinde olan nöbetler olarak tanımlanmıştır. İnmeden iki hafta sonra ortaya çıkan nöbetler, geç başlangıçlı nöbetler olarak adlandırılmaktadır. İnme ile ilişkili nöbetlerde en az iki mekanizma sorumlu tutulmaktadır. Erken nöbetler nöronal iskemi, ödem, sitotoksik madde ve metabolitlerin birikimi gibi akut değişiklikler sonucu ortaya çıkarken; geç nöbetlerde yapısal değişiklikler ve skar dokusu oluşumu ön planda rol oynamaktadır (124-127).

2.1.3.5. Ajitasyon

Ajitasyon ve konfüzyon; akut inmeyi takiben gelişebildiği gibi ateş, dehidratasyon ya da infeksiyon gibi komplikasyonlara bağlı da olabilmektedir (117).

2.1.3.6. İnfeksiyon

İnme geçirmiş bireylerde üriner sistem infeksiyonları en sık rastlanan infeksiyonlardır. Akut dönem ve sonrasında uzun süreli kateter kullanımı ile mesane rehabilitasyonuna başlanmayışı üriner infeksiyon sıklığını arttırmaktadır (119).

Hastane kaynaklı idrar yolu infeksiyonlarının büyük oranda kateterizasyon uygulaması ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (128). Foley sondaların 48 saatten fazla kalması infeksiyon riski açısından önemli olmakla birlikte, klinik uygulamada genelde bu süre daha uzun olmaktadır. İnfeksiyon riskinin gümüş alaşım kaplı kateterler ile daha düşük olduğu belirtilmektedir (129). Aralıklı kateterizasyon infeksiyon riskini azaltmamaktadır (117). Risk yaşlılarda ve uzun süreli yatışlarda daha fazladır (119).

2.1.3.7. Düşmeler

İnme sonrası akut süreçte, hastane rehabilitasyonu sırasında ve uzun vadede düşmeler yaygın olabilmektedir (117). Düşme, fiziksel ve kognitif sorunları olan inme geçirmiş bireylerin mobilite eğitimlerini de kapsayan rehabilitasyon süreçlerinde en çok korkulan komplikasyonlardandır (119). Yapılan bir çalışmada inme geçirmiş bireylerin %46'sında düşme olayının gerçekleştiği ve bu düşmelerin en büyük bölümünün taburculuktan sonraki ilk iki ay içinde gerçekleştiği belirtilmiştir (130). Düşmeler genellikle transferler sırasında veya hasta yalnızken olabilmektedir (119). İnme geçirmiş bireylerde düşmeye bağlı ciddi komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. İnme geçirmiş hastalarda düşme riskini artıran çeşitli faktörler tanımlanmıştır: sağ hemisfer lezyonları, görme-algılama sorunları, bilateral inme, konfüzyon, erkek hastalar, günlük yaşam aktivitelerinde belirgin yetersizlik, üriner inkontinans, sedatif ve diüretik kullanımı, çoklu ilaç kullanımı, depresyon ve kognitif tutulumdur (117,119).

2.1.3.8. Mesane-Barsak Problemleri

İnme geçirmiş bireylerde mesane ve barsak fonksiyonlarında problemler gelişebilmektedir. Peterson ve ark. (131), mesane fonksiyon bozukluğunun ilk bir yıl

içerisinde mortalite ve prognoz ile ilgili önemli bir belirteç olduğunu ileri sürmüştür. Kuptniratsaikul ve ark. (132) çalışmalarında, mesane fonksiyon bozukluklarının inme geçirmiş hastalarda hastanede kalma süresini uzattığını ve anksiyete düzeyini arttırdığını ileri sürmüşlerdir.

Üriner inkontinans inme sonrasında, özellikle de yaşlı, özürüllüğü ve bilişsel bozukluğu fazla olan hastalarda yaygın olabilmektedir (117). Akçalı ve ark. (133) yaptıkları çalışmada, hastaları inme tanısı sonrasında hastane yatışının ilk 5-10 günlerinde değerlendirdiklerini ve üriner inkontinans sıklığının %20-60 arasında olduğunu belirtmişlerdir. Akut inme geçiren hastalarda üriner inkontinans için prevalansın %40-60 olduğu, bunların %25'inde taburculuk sırasında inkontinansın devam ettiği ve %15'nde birinci yılda halen inkontinans görüldüğü belirtilmektedir (134).

Barsak problemleri hemiplejik hastalarda sıklıkla ortaya çıkabilmekte ve işlevsel beklentileri sınırlayabilmektedir (119). Baztan ve ark. (135) tarafından yapılan çalışmada, barsak fonksiyon bozuklukları fonksiyonel iyileşme üzerine negatif etkisi olan önemli bir komplikasyon olarak ele alınmıştır. En sık görülen komplikasyonlar konstipasyon ve fekaloid oluşumdur (119). Konstipasyonun immobilite, inaktivite, yetersiz beslenme, depresyon, nörojenik durum, kognitif bozukluklar, transfer yeteneği olmaması gibi nedenlerle ilişkili olabileceği belirtilmiştir (129). İnme sonrası diyare ve inkontinans da görülebilmektedir (119). Akçalı ve ark. (133) tarafından yapılan çalışmada, fekal inkontinans sıklığının %12-40 arasında olduğu ve sol hemiparezilerde daha fazla bulunduğu belirtilmiştir. İnme geçirmiş bireylerde hastalarda fekal inkontinansın, ortalama iki haftada hala düzelmemişse kötü prognoz ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (129). Yapılan bir çalışmada inme geçirmiş hastalarda barsak fonksiyon bozukluğunun patofizyolojisi hakkında çok az bilgi olduğu, ancak fekal inkontinansın rehabilitasyon ve iyileşme sürecini olumsuz etkilediği bildirilmektedir (136).

2.1.3.9. Üst Ekstremité Komplikasyonları

Hemiplejik omuz ağrısı inme sonrası ortaya çıkan önemli komplikasyonlardan biridir. Bazı hastalarda şiddetli omuz ağrısı nörolojik hasardan daha ciddi sorun oluşturabilmektedir (137). Omuz ağrısının inme geçirmiş bireylerin %16-72'sini etkilediği belirtilmektedir. Ağrı ve aktivite azalması rehabilitasyonun başarısını önemli

boyutta engelleyebilmektedir (138). Hemiplejik omuz ağrısı tedavisi oldukça uzun süren ve çok yönlü girişimleri gerektirebilen zorlu bir süreçtir. İnme sonrası hemiplejik omuz ağrısı genellikle ilk haftalar içinde gelişmektedir (137). Gamble ve ark. (139) inme sonrası izleme aldıkları hastaların %55'inde ilk iki haftada, %87'sinde ilk iki ayda, %16'sında ise sonraki dört ay içinde hemiplejik omuz ağrısının ortaya çıktığını bildirmişlerdir.

2.1.3.10. Disfaji ve Malnütrisyon

Disfaji, inmeye bağlı gelişen komplikasyonlar arasındadır. Disfaji yaşam kalitesini etkilemesi ve mortalite üzerine etkisi nedeniyle önemli bir komplikasyondur (129). Disfajinin, tıbbi komplikasyon insidansında ve mortalitede artış ile ilişkili olduğu saptanmıştır (140). Barer (141) akut dönem inmeli hastalarda klinik testler ile disfaji sıklığını %29 olarak bildirmiştir.

Disfaji, aspirasyon ve pnömoni riski nedeniyle mortalite ve morbidite oranlarını arttırmaktadır. Malnütrisyona neden olabilmektedir. Ayrıca bilinç bozukluğu, duyuşalgılama bozukluğu, azalmış mobilite, depresyon, yeme isteğinde azalma gibi nedenler malnütrisyona neden olabilmektedir (129). Oral alımın durdurulması ya da kısıtlanması, inme gibi akut hastalıklarla birlikte bulunabilen katabolik durumu kötüleştirebilmektedir (117).

Malnütrisyon kötü fonksiyonel prognoz ve mortalitede artış belirteçidir (142-144). Finestone ve ark (145) tarafından yapılan çalışmada, inme geçirmiş bireylerin rehabilitasyon merkezlerine kabul sırasında yüksek malnütrisyon prevalansına sahip oldukları belirlenmiştir. Malnütrisyon, kabulde %49 iken 1 ay, 2 ay ve izleyen dönemlerde sırasıyla %34, %22 ve % 19'a gerilemiştir.

İnme geçirmiş hastalarda disfajinin erken tanı ve tedavisi sadece komplikasyonları azaltmakla kalmamakta, aynı zamanda fonksiyonel durumu iyileştirmekte ve hastanede kalış süresini kısaltmaktadır (146).

2.1.3.11. Kaslarda Katılık (Spastisite)

İnme sonrası görülen spastisitenin sıklığı konusunda çalışmalar yapılmıştır. Ward (147) yeni inmelerin %16'sında spastisite tespit etmişken, Sommerfeld ve ark. (148) inmeden sonraki üçüncü ayda %19 hastada spastisite saptamışlardır. Watkins ve ark. (149) kronik dönemdeki inmeli hastaların %38'inde spastisiteden bahsetmişlerdir.

2.1.3.12. Afazi ve Dizartri

İnme nedeniyle ortaya çıkabilecek fiziksel, görsel, duyuşal ve algısal sorunların en önemlilerinden biri olan, dil ve konuşma sorunu olarak ifade edilen “afazi”, beyin damar hastalıklarının en sık rastlanan sonucu olarak gösterilmektedir (150).

Yapılan araştırmalara göre inme sonrası hastaların yaklaşık üçte birinde konuşma fonksiyonlarında bir şekilde bozulma olduğu belirtilmektedir (151). Afazi belirtilerinin genellikle kalıcı ve uzun süreli olabildiği, dil işlevlerindeki bozukluğun tipinin ise beyinde hasar gören bölgenin büyüklüğüne ve yerine bağlı olarak değiştii belirtilmektedir (150).

Bir iletişim engeli olarak afazi bireyin kişiliğini, sosyal yaşantısını engellemekle kalmayıp ailesi ve diğer bireylerle olan iletişimini, dolayısıyla yaşam kalitesini de etkileyebilmektedir (150).

Dizartri de inmede görülebilen bir konuşma bozukluğudur. Konuşmanın içeriğinden çok kas zayıflığı ya da koordinasyon gücülüğü nedeniyle şekli bozulmuştur (152).

2.1.4. Acil Koruma

Yapılandırılmış inme organizasyonu akut dönemde inme için en uygun tedavinin zaman kaybetmeden uygulanmasını sağlayarak inmeye bağlı komplikasyon görölme sıklığı azaltabilmektedir. Yapılandırılmış inme organizasyonu olan hastanelerde akut dönemde en önemli uygulamalar inme ekipleri tarafından gerçekleştirilmektedir (153). Bu ekip; genellikle inme uzmanı doktor, hemşire ekibi, fizyoterapistler, uğraşı terapistleri, konuşma ve dil terapistlerini kapsamaktadır (117).

İnme ünitelerinde multidisipliner bir ekip çalışması yürütölmektedir (154). İnme ekibi, akut dönemde inme geçirmiş hastalara hızlı tanı ve tedavinin zaman kaybetmeden verilebilmesini sağlamak amacı ile çalışmaktadır (153). İnme ünitelerindeki yakın takip, inmeye bağlı komplikasyonların azalmasını sağlamakta ve bu sayede mortalite %25 azaltılabilmektedir (155). Bir hastanede inme ekibinin kurulması, o hastanede inme geçirmiş olan hastaların önemsenmesini ve bakımları için oluşturulan sistemin kurumsallaşmasını sağlamaktadır. Böylelikle ilgili bölümlere yönelik inme eğitimleri

organize edilmiş olmakta ve ekipteki her birey gerekli iyileştirmeler için kendi bölümünü de sürece dahil etmektedir (153).

Üzerinde durulması gereken önemli konulardan biri de akut inmenin hastane öncesi döneminde, gecikmenin önüne geçilmesidir (117). Büyük bir zaman dilimi hastane dışında kaybedilebilmektedir. İnme semptomları başlangıcından ambulans çağrılmasına kadar geçen süre, hastane öncesi gecikmenin en büyük kısmını oluşturmaktadır (156-159). Tıbbi yardımın gecikmesindeki önemli etkenler; inme semptomlarının bilinmemesi, ciddiyetinin farkına varılmaması, bunun yanı sıra hastalığın önemsizlenmesi ve semptomların kendiliğinden düzeleceği beklentisidir (117). Tıbbi yardım nadir olarak hasta tarafından talep edilmekte, çoğunlukla başvuru aile üyelerinden gelmektedir (159-161).

Halkın inme semptomlarını tanıması için eğitilmesi ve insanların akut inme karşısındaki tavrının değiştirilmesi ile hastaların inme başlangıcından acil tıbbi hizmete ulaştırılmasına kadar geçen zamandaki gecikmenin azaltılması sağlanabilmektedir. Bu yüzden bilgilendirme ve eğitimsel girişimler, hem yüksek inme riskli kişilere hem de onların yakınlarına yönelik olmalıdır (117).

Sonuç olarak; alınan önlemler sayesinde akut dönemde tedavi edilebilirlik artmakta, subakut dönemde mortalite azalabilmektedir (153). Gecikmenin önüne geçilmesiyle akut/subakut inme komplikasyonlarının gelişmesi önlenerek ve uygun tedavi yapılarak ölüm ve özürlülük oranları azaltılabilmektedir (162). Böylece inme sonrası yaşamını başkalarına bağımlı olarak sürdüren bireylerin sıklığı azalabilmekte ve bunun sonucu olarak bakım veren bireyler daha az güçlük yaşayabilmektedirler.

2.1.5. İnmenin Birey ve Aile/Toplum Üzerine Etkisi

2.1.5.1. İnmenin Birey Üzerine Biyo-Psiko-Sosyal Etkisi

İnme tüm dünyada ölüm ve özürlülük nedenlerinin başlarında yer almaktadır. Fonksiyonel yetersizliğin önde gelen nedenlerinden biri olan hemipleji; kalıcı bilişsel, emosyonel, psikolojik ve fiziksel fonksiyon kayıplarına neden olabilmektedir. Hemipleji sonrası bireylerde, fiziksel ve mental fonksiyonlarda kayıp, fonksiyonel yetersizliklerin neden olduğu iş kaybı, ilişkilerde kayıp, finansal kayıp ve kendi yaşamları üzerinde kontrol kaybı görülebilmektedir. İnme sonrası uzun vadede gelişen

sorunların hayatın fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlarında ciddi defisitlere yol açtığı ve yaşam kalitesinde önemli ölçüde azalmaya sebep olduğu bilinen bir gerçektir (163-165).

2.1.5.1.1. İnmenin Birey Üzerine Bilişsel ve Fiziksel Etkisi

İnmeden sonra yaşamını sürdürebilen hastaların büyük bir kısmında, kişinin sosyal, mesleki işlevlerini ve aile yaşamını ciddi biçimde etkileyen kalıcı fiziksel ve bilişsel yeti yıkımı ve davranışsal değişimler gözlenebilmektedir (166).

İnmede fokal beyin lezyonları ile ilişkili olarak mental fonksiyonlarda bozukluklar ortaya çıkabilmekte ve bilişsel fonksiyon, inme geçirmiş bireylerde sıklıkla etkilenebilmektedir (119,167).

İnmenin akut aşamasından sonra, hastaların yaklaşık yarısında yüksek serebral disfonksiyon gelişebilmektedir. Yüksek serebral disfonksiyon dil, davranış, biliş, hafıza ve dikkat bozukluklarına yol açan serebral korteksteki hasar olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla beyin lezyonunun karşı tarafında varolan uyarıları, nesnelere veya insanları anlamlandırmada, tanımlamada, onlara yanıt vermede ve onlarla konuşmada yetersizlik gelişebilmektedir (168). Yapılan araştırmalara göre inmeyle birlikte afazi gelişme sıklığı %24-36 arasında değişmektedir (169). İleri yaş ve kardiyembolizm ile afazi görülme sıklığı artmaktadır (152).

Fiziksel olarak bireyde; baş dönmesi, görme sorunu, yüz-kol veya bacaklarda özellikle vücudun bir tarafında güçsüzlük, uyuşma, karıncalanma, denge kaybı, ağrı ve yorgunluk gelişebilmektedir. Azalmış enerji kapasitesi, artmış yürüme/enerji ihtiyacı, uyku problemleri, beslenme, diğer hastalık ve ilaçlar, psikolojik faktörler yorgunluk nedenleri arasında sayılabilmektedir (129).

İnmeye bağlı ortaya çıkan yakınmalardan biri de ağrıdır. İnme geçirmiş bireylerde ağrı nedenleri olarak; eklem ağrısı (spastisite), immobilite, kas güçsüzlüğü, baş ağrısı, santral ağrı, omuz ağrısı sayılabilir (122,170,171). Ağrının tipik olarak inmeden sonraki ilk altı hafta içinde başladığı belirtilmektedir (172). İnme sonrası ağrı, iyileşme sürecini yavaşlatabilmekte, sağlık bakımı masraflarını ve çalışma hayatında tatminsizliği arttırabilmektedir (170).

İnmeye bağlı ciddi komplikasyonlar (aspirasyon ve pnömoni, DVT ve PE, mesane-barsak problemleri, disfaji, malnütrisyon, düşme vb.) gelişebilmekte ve bu komplikasyonlar hastayı olumsuz etkileyebilmektedir.

2.1.5.1.2. İnmenin Birey Üzerine Psiko-Sosyal Etkisi

İnme, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürmelerini engelleyen ve onları başkalarına bağımlı hale getiren nörolojik hasarlar bırakabilmektedir (51,164,173,174). Primer nörolojik fonksiyonlarda defisitler şeklinde olan bozukluk giyinme, yürüme gibi fonksiyonel aktiviteleri yapma yeteneğinde azalma şeklinde görülen özürllükle sonuçlanmaktadır (175). Patel ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada (176), inme sonrası birinci yılda özürllük %26.1, engellilik sıklığı %55; üçüncü yılda ise özürllük %26.3 ve engellilik sıklığı %51 olarak bulunmuştur. Hastalar tarafından belirtilen en önemli değişimlerden biri mobilite düzeyindeki değişimlerdir (164). Tüm bu değişimler nedeniyle inme geçirmiş bireyler psiko-sosyal problemler yaşayabilmektedir.

İnme geçirmiş bireyde başkasına bağımlı olma, beden imajında ve fonksiyonlarındaki değişiklikler, çaresizlik ve değersizlik duyguları ile belirsizlik durumu bireyi psikolojik olarak olumsuz etkileyebilmektedir. İnme sonrası emosyonel sorunlar; anksiyete, engellenme, depresyon, diğer kişilere bağımlılık, inatçı ve rijit düşünme, sabırsız, sinirli ve impulsif davranışlar, sorunları algılamada yetersizlik, inkar, diğer kişilere karşı duyarsızlık, sosyal algılamada yetersizlik, cinsel sorunlar, nadiren intihar düşüncesi ve paranoid hezeyanlardır (177). Psikososyal sorunlar, derin ve ani değişikliklerle ilişkili bir seri tepkiyi içermekte, bu tepkiler sosyal sorunlara uyum sağlama ve başa çıkmada yetersizlik hissi, kendine güvende azalma gibi hastalığa karşı değişik tepkiler olarak özetlenmektedir (150). İnmenin yol açtığı bağımlılığa ve diğer komplikasyonlara bağlı olarak hastaların yaşam kaliteleri etkilenebilmektedir.

Depresyon ve bilişsel bozukluk bireyin yaşam kalitesinin azalmasıyla ilişkili olabilmektedir (178). İnme sonrası depresyon bilişsel bozulmaların düzelmesini ve günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (177). Depresyonun getirdiği üzüntü ve isteksizliğin rehabilitasyon programına katılımı da olumsuz etkilediği ve çoğunlukla depresif hastalarda motor ve fonksiyonel gelişimin daha geri olduğu bildirilmektedir (179).

Psikososyal sorunlar genelde inme geçirmiş bireyin sosyal katılımını, rol ve ilişkilerini, toplumla bütünleşmesini, kendine ilişkin hislerini ve duygusal durumunu, kendine güvenini, bakıcıları ile ilişkisini ve yaşam kalitesini etkileyebilmektedir. Yaşanılan iletişim engelleri dil ve iletişimin çok ötesinde, kişinin kimliğini, profesyonel ve sosyal yaşamını, yaşam kalitesini etkileyen değişiklikler olarak kabul edilmektedir. Bu etkilerin kısa ya da uzun sürmesi bireyin kendine ve yakın çevresinin bireye yönelik tutumuna bağlı olabilmektedir (150).

Hastalık ilerledikçe sosyal aktivite eksikliği ve bundan sonraki yaşamını sahip olduğu hastalıkla geçireceğini düşünmesi, hastaların kendilerini diğer insanlardan farklı görmesine ve yalnızlık duygusu ile birlikte sosyal izolasyon yaşamasına neden olmaktadır. Bu durumda birey hem sosyal destek kaynağından uzaklaşmakta hem de sosyal desteğe gereksinim duymaktadır. Aile üyelerinden, arkadaşlardan, diğer sosyal ilişkilerden sağlanan desteklerin bütünü olarak nitelendirilen sosyal desteğin, fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerine olumlu etkileri bulunmaktadır (180). Dayapoğlu ve Tan (181)'in yapmış olduğu çalışmada, inme geçirmiş bireylerde aileden algılanan sosyal desteğin orta düzeyde olduğu bulunmuştur.

İnme yaşamın tüm alanlarını etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. İnme geçirmiş bireyin toplumsal entegrasyonu, sadece nörolojik yetersizlik ve fonksiyonel özürlülük düzeyinde değil, aynı zamanda içinde buldukları çevreden de etkilenmektedir. Dolayısıyla inme geçirmiş hastalarda yaşam kalitesi, hastanın sadece fonksiyonel durumu ile değil sosyal çevresi, mesleki yaşamı ve psikolojik durumu gibi pek çok alanla da ilişkilidir. Hem inme tanısı almış birey hem de ailesi yoğun bir desteğe gereksinim duyabilmektedir (165,181-183).

2.1.5.2. İnmenin Aile/Toplum Üzerine Etkisi

İnmenin yüksek prevalans ve insidansının, toplum üzerinde büyük etkisi olabilmektedir (184). İnmenin halk sağlığı üzerindeki yükü çok ağır olmakla birlikte, hastalığın aile bireylerinin üzerindeki etkisi de düşünüldüğünde bu yük maddi ve manevi olarak artmaktadır (185). Hayatta kalan inme hastalarının %80'i, hastaneye ilk yatış ve inme rehabilitasyonundan sonra günlük yaşam için aile üyelerinin duygusal desteği, bilgi desteği ve yardımcı desteklerine güvenerek topluma geri dönmektedirler (184).

Kronik hastalığın eşliğindeki uzamış yaşam hastaya olduğu kadar bakım verenler için de bazı kısıtlamalara ve zorluklara neden olabilmektedir. Bu kısıtlamalar, inme gibi hastalıkların meydana getirdiği fiziksel yetersizlikler nedeniyle hastanın kendi işlerini görmedeki yetersizlikleri sonucu olabilmektedir (27). Yaşam süresi uzadıkça kronik hastalıkla geçen süre de artmakta ve hem hastanın kendisi, hem de aynı evde yaşayan yakınları bu kronik hastalık ve beraberindeki stres faktörleriyle daha uzun süre karşı karşıya kalmakta, hastalığın ilerlemesine uyum göstermek zorunda kalmaktadırlar (186).

Hastalık, yeti yitimi ve ölüm her bireyin ve ailenin karşılaşılabileceği evrensel yaşantılardır. Aile üyeleri arasındaki karşılıklı ilişkiye odaklı aile sistemleri yönelimine göre, sistemi bütün olarak etkileyen herhangi bir şey, üyelerini de tek tek etkileyebilmektedir. Ailenin bir üyesinde ciddi bir hastalık olduğunda, ailenin homeostatik dengesinde bir değişim olabilmektedir. Tüm sistemler gibi aile sistemi de homeostatik dengesini sürdürmeye çalışmaktadır. Bunun için de aileler iletişim örüntüleri, sınırlar, rol esnekliği, alt sistem ittifakları ve aile kuralları çerçevesi içinde kendilerine özgü ve birbirinden farklı tarzlar geliştirebilmektedir (187).

İnme geçirmiş hastalara bakım veren aile üyeleri, bakım sürecinde yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebilen fiziksel, sosyal, ekonomik, emosyonel ve iş ile ilgili alanlarda güçlüklerle karşılaşabilmektedirler (188). Karşılaştıkları bu güçlükler, aile sistemlerinin homeostatik dengelerindeki değişime uyum sağlamalarını zorlaştırabilmektedir.

2.1.5.2.1. Aile Üyelerinin Yaşadığı Fiziksel Güçlükler

Bakım verme, bakım verenin sağlığını ve iyilik halini olumsuz etkileyebilmektedir. Bakım alanın asla bitmeyen gereksinimleri nedeniyle bakım veren kişide yorgunluk, bitkinlik gibi fiziksel problemler görülebilmektedir. Fiziksel bitkinlik ve bakım verenin sağlığının kötüleşmesi, depresyon ve anksiyetede artışa neden olabilmektedir. Bakım verme nedeniyle bireylerde hazımsızlık, iştahta değişim, düzensiz yemek yeme, baş ağrısı gibi somatik şikayetler artabilmektedir. Ayrıca kronik yorgunluk, vücut ağırlığında artış ya da azalma, uyku düzensizliği, kas ağrısı, konsantrasyon güçlüğü, giyim ve kuşamda dağınıklık ve kendi bakımına yeterli zaman ayıramama nedeniyle bakım veren bireyin sağlığında bozulma görülebilmektedir (189).

Feldman ve ark. (29) tarafından yapılan çalışmada, bakım veren bireylerin %36'sının bakım vermede yetersiz kaldıkları belirlenmiştir. Bu kişilerin haftada 20 saat ve üzerinde bakım verdikleri, bakım verirken güçlük yaşadıkları, bakım verici rolünü üstlendikten sonra 1/3'ünün fiziksel sağlık sorunu yaşadıkları, çoğunluğunun 65 yaşın üzerinde oldukları ve 4/5'inin bakım verirken yardım almadıkları belirtilmektedir. Yapılan başka bir çalışmada, her üç bakım verenden ikisinin kendi sağlığına ilişkin sıkıntı yaşadığı belirlenmiştir (28).

Akça ve Taşçı (190) yaptıkları çalışmada, evde yaşayan kişi sayısı beşten fazla olanların %28,9'unun, bakımda yardımcısı olanların %31,3'ünün, haftalık ziyaret sayısı ikiden az olanların %26,5'inin bakım verme işlevi nedeniyle fiziksel sağlıklarının önemli derecede etkilendiğini belirtmiştir. Özellikle yaşlı olan bakım verenler bakım verme sırasında güçlük yaşayabilmektedirler (191).

2.1.5.2.2. Aile Üyelerinin Yaşadığı Emosyonel Güçlükler

İnme bir yandan hastanın kendisine diğer yandan ise hastaya bakım veren aile üyelerine büyük bir acı verebilmektedir. Ağır bir kronik hastalığın neden olabileceği radikal yeniden yapılanma, tüm yaşam yapısının uzun bir geçiş dönemine geçmesini gerektirebilmektedir. Geçiş dönemleri, küçük değişikliklerden ziyade büyük değişiklikler ve sonlandırmalar gerekebildiği için hassas dönemlerdir. Bu nedenle birey ve aile üyelerinin mevcut baş etme mekanizmalarının yeniden ele alınması söz konusu olabilmektedir. Yaşam döngüsü içinde kronik hastalığın zamanlaması normal (yani kronolojik ve sosyal zamana göre beklenebilir) ya da normal dışı (zamansız) olabilmektedir. Kronik hastalıklar ve ölümle başa çıkmak erişkinliğin ileri dönemlerinde normal olarak beklenen görevler kabul edilebilmekte; daha erken ortaya çıkmaları ise "zamansız" ve gelişimsel açıdan daha yıkıcı olabilmektedir (187).

Emosyonel alanda; huzursuzluk, uykusuzluk, benlik saygısında azalma, sosyal izolasyon, depresyon, iğneleyici davranışlar, alkol ve ilaç kullanımında artış ve problem çözmede güçlük yaşanabilmektedir. Kızgınlık, hayal kırıklığı, suçluluk, kendini ayıplama, zorlanma, keder, umutsuzluk yaşanan diğer emosyonel problemler arasındadır. En yaygın görülen belirtiler ise stres ve anksiyetede artma olmasıdır. Birey, bakımdan kaynaklanan anksiyete duygusunu tüm yaşamına genelleyebilmektedir. Stres ya da engellenmişlik duygularını sözel olarak ifade edemeyenlerde daha fazla

depresyon belirtileri görülebilmektedir (189). Yapılan bir çalışmada, ailelerin bakım verme nedeniyle aşırı yorgunluk, düş kırıklığı (engellenme) ve stres yaşadıkları, bakım verenlerin üçte ikisinin bakım vermenin evlilikleri üzerinde baskı yarattığına inandıkları, dörtte birinin ise umutsuz oldukları saptanmıştır (28). Akça ve Taşçı (190)'nın belirttiğine göre Altun (1998), bakım vermenin bireylerin ruh sağlığı üzerindeki etkisini incelemiş ve sonuçta bireylerin özgürlüklerinin kısıtlandığı düşüncesinin bakım verenlerin psikolojik durumunu olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir. Başka çalışmalarda da bakım verenlerin özgürlüklerinin kısıtlandığı, ruhsal durumlarının olumsuz yönde etkilendiği, stres yaşadıkları ve depresyona girdikleri belirtilmektedir (29,30).

Nörolojik fonksiyonlarda yetersizliklere neden olan hastalıklar hasta, ailesi ve bakım verenlerde yoğun stres ve yük yaratabilen hastalıklar olup, bireylerin bakım yönetiminde özel bir çaba gerektirebilmektedir. İnme geçirmiş bireylere bakım verenler bu hastaların sadece hareket etmede, kişisel bakımda ve iletişimdeki zorlukları ile değil aynı zamanda bilişsel bozuklukları, depresyon durumları ve kişilik değişiklikleri ile de ilgilenmek zorunda kalabilmektedirler (184). İnme geçirmiş hastalara bakım verenlerde depresyonun, hastanın depresif semptomlarını daha da kötüleştirdiği ve hastaların rehabilitasyona zayıf tepkiler verdikleri belirtilmiştir (192-194).

Kronik hastalıklarla karşılaşan bir ailenin en büyük hedefi; aile üyelerinin zaman içinde kendinden ya da bir sistem olarak ailenin gelişiminden fedakarlık etmeden hastalığın gerektirdiği gelişimsel yüklenmenin karşılanabilmesidir. Kimi yaşam planlarının iptal edildiğinin, ertelendiğinin ya da değiştiğinin ve beklemeye alınan planlarla gelecekteki gelişimsel konuların ne zaman ele alınacağıın bilinmesi önem taşımaktadır. Bilişsel ve motor kaybın birlikte olduğu inmede aile içi rollerin yeniden düzenlenmesi gereksinimi fazla olabilmektedir (187).

2.1.5.2.3 Aile Üyelerinin Yaşadığı Sosyal Güçlükler

Bakım verme, sosyal ve kişilerarası problemlere yol açmaktadır. Bakım verenler yaşamlarını genellikle sevdiklerinin gereksinimleri doğrultusunda düzenleyebilir ya da aile üyeleri tarafından böyle bir düzenleme yapılması beklenebilir. Aile, arkadaş ilişkileri ya da sosyal etkinliklerinden fedakarlık eden primer bakım verenin eğlendirici, dinlendirici boş zaman aktiviteleri kısıtlanmakta, bu nedenle de sosyal destekte azalma,

kendilerini bakım rolünde yalnız bırakılmış hissetme ve izolasyon yaşama olasılığı artmaktadır (189).

Karahan ve Güven (31)'in belirttiğine göre Dramalı, Demir ve Yavuz'un (1998) yaptığı çalışmada bakım verenlerin %76'sı kendilerine yeterince zaman ayıramadıklarını ve bu durumun onların aile ve sosyal yaşantılarını olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir.

2.1.5.2.4. Ekonomik ve İş ile İlgili Güçlükler

İnmenin yol açtığı sakatlık gelişmiş toplumlarda sağlık ekonomisi üzerine büyük bir yük oluşturmaktadır (195). Amerika Birleşik Devletleri 1990 yılı verilerine göre inmenin yıllık maliyeti 40 milyar dolar olarak hesaplanmıştır. Bunun 17 milyar doları doğrudan, 23 milyar doları ise dolaylı kayıplardır. En yüksek harcamanın iskemik inmeye yapıldığı belirlenmiştir (31 milyar dolar). İnme geçirmiş bir kişinin yaşam boyu maliyeti iskemik inme için yaklaşık 90,981 dolar, intraserebral kanama için 123,565 dolar ve subaraknoid kanama için 228,030 olarak belirlenmiştir. Doğrudan maliyetlerin %45'i akut dönemdeki giderlerden kaynaklanırken, %35'i uzun dönemdeki ayaktan bakıma ve %15'i ise evde hemşire bakımına aittir. Avusturalya'da inmenin yıllık maliyeti 630 milyon dolardır. Bu tutar toplam kardiyovasküler harcamaların %17'sidir. Bu tutarın 269 milyon doları hastane yatışlarına aittir. Geriye kalan miktar (265 milyon dolar) ise evdeki hemşire bakım ve rehabilitasyon giderleridir (196). 2001'deki inme vakalarının toplam maliyetinin 45 milyar doların üzerinde olduğu tahmin edilmekle birlikte, bunun 17 milyar dolardan fazlasının üretkenlik kaybından olduğu bildirilmiştir (16). İnme geçirmiş olan hastalara bakım vermenin önemli oranda yatak ve bakım evleri işgaline yol açtığı belirtilmektedir. Ayrıca, ulusa her yıl ortalama yedi milyar sterline ve bunun da yaklaşık üç milyarının ulusal sağlık merkezlerine mal olduğu bildirilmektedir (197).

Ülkemizde ve dünyada yaşlı nüfusun giderek artması ve yoğun bakım ünitelerinin yaygınlaşması sonucunda inme sonrası ölümlerin azalması, inme sonrası demans sıklığının ve dolayısıyla topluma olan maliyetinin ileride daha da artacağını göstermektedir (166).

Aile bireyleri de inme geçirmiş bireye bakım verirken maddi yönden güçlükler yaşayabilmektedir. Yapılan bir çalışmada, iki bakım verenden birinin maddi sorunlar yaşadığı belirtilmektedir (28). Evde bakım sağlamanın ekonomik maliyeti, informal

bakım verenlerin güçlük yaşamasında önemlidir. Bu ekonomik sorunlar için de en sık yaşananlar, sağlık güvencesi tarafından karşılanmayan masrafların ek yük oluşturması, iş saatlerinin azaltılması ya da işin sonlandırılmasıdır (189). Stone ve ark (198) tarafından yapılan bir çalışmada bakım verenlerin %9'unun işini bıraktığı, %20'sinin ise işte zorluklar yaşadığı saptanmıştır. Bakım verme nedeni ile işleri ayarlamak zorunda kalan bireyler, genellikle daha yüksek düzeyde zorlanma yaşadıklarını ifade ederken, çalışma ve emekliliğin avantajlarından, kişisel doyumdan ve kazançtan vazgeçmek zorunda kalabilmektedirler (189).

2.2. Bakım Verme Yükü

Sağlık süreçleri birbirinden farklı formal ve informal dinamikleri barındıran karmaşık kişisel deneyimleri bir araya getirmektedir. Hasta-hekim, hasta-hemşire, aile-hekim, aile-hemşire, bakım verici-sağlık çalışanı arasındaki ilişkilerin hastalık sürecine olan olası etkileri çok uzun bir süredir sağlığın ilgi alanlarının başında gelmektedir. Bu ilişkiler içerisinde belki de en yoğun biçimde günlük sorun ile gündeme yansıyan aile, hasta yakını ve bakım verenlerin hasta ile yaşadıklarıdır (188).

Bakım verenlerin yaptığı tüm uygulamalar “bakım“ olarak adlandırılmaktadır. Bu yardım ev işlerini düzenleme, ekonomik, kişisel ya da tıbbi yardım olabilmektedir. Bakım verici olma; bakım sunma aktivitelerini ve sorumluluklarını üstlenme sürecidir (199). Bakım sürecinde hastanın eşi, çocukları, kardeşleri, ebeveyni, akrabaları, yakın arkadaşları ve hatta komşuları da bakım veren rolünü üstlenebilmektedirler. “İnformal bakım verici” olarak adlandırılan bu kişilerin, profesyonel ekiple işbirliği içinde, hastanın semptomları ve tedavinin yan etkileri ile başa çıkmada katkıları olmaktadır (188). Bu kişiler hem hastanede hem de evde hastaya kişisel bakım sağlama, hastanın gündelik ev işlerini üstlenme, hastaya ulaşımında yardımcı olma veya hastane işlerini (örneğin bürokratik işlemleri) yürütme gibi sorumluluklar almaktadırlar (200). Bu kişiler ayrıca, hastalığın ve tedavinin zorlukları karşısında hastanın duygusal ve sosyal destek kaynaklarının başında gelmektedirler (188).

Özellikle sağlık sektöründeki yapısal değişiklikler, bakım vericilik gibi resmi olmayan destek sistemlerinin öne çıkmasına ve gittikçe daha çok yaygınlaşmasına neden olmaktadır. Sağlık ile ilgili bir deneyimi daha da kapsamlı hale getiren, yalnızca bireylerin tek tek deneyimlerinden oluşmaması, aynı zamanda paylaşılan bir süreç

olmasıdır. Aile içerisinde yaşanan bir olayı her bir kişi farklı yorumlayabilmekte, ancak her bir olaya aile kendi içindeki dinamikler eşliğinde ortak cevaplar da oluşturabilmektedir. Deneyimin bireysel boyutu ile paylaşılan ortak boyutlar farklılık gösterebilmektedir. Zaman zaman bu ortaklığa katılan veya katılmayan aile üyeleri farklı ölçülerde sıkıntı yaşayabilmektedirler (188).

Bakım vericilik rolü fiziksel, emosyonel ve finansal yönden sıkıntı/stres yaratan bir durumdur. Bakım verici rolündeki aile üyesinin yaşadığı zorlanma, bir bütün olarak aileyi de etkilemektedir (164). Bakım vermesi nedeniyle geçimini sağladığı işinden ayrılmak zorunda kalan, hastayı fiziksel olarak rahat ettirmek için çaba sarf eden, hayatının neredeyse tamamını yakınındaki hastaya göre belirlemek zorunda kalan aile bireyleri olabilmektedir. Tüm bu problemler bakım verme yükü konusunun önemini ortaya çıkarmaktadır.

Bakım verme yükü, bakım verme sırasında gelişen fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal ve ekonomik problemler olarak çok boyutlu bir şekilde tanımlanabileceği gibi, ailenin olumsuz çıkarımı veya değerlendirmesi, etkileşim süreci, bakımın aile üzerindeki etkisi, bakım vermenin aşırı yük altına girmesi veya hissettiği zorlanma ya da çoğunlukla kadın bakım verenlerin hissettiği önemli bir duygusal bedel olarak da tanımlanmaktadır. Bakım verme yükü, ayrıca objektif ve subjektif olarak iki farklı şekilde de tanımlanmaktadır. Objektif bakım verme güçlüğü, bakım verenin ve ailenin yaşamındaki değişim veya engellenme, subjektif bakım verme güçlüğü ise bakım verenin kendi rolüne ilişkin duyguları olarak tanımlanmaktadır. Her iki bakım verme yükünün de birbirini etkilediği, teorik olarak ikiye ayırmanın kullanışlı olmasına karşın uygulamada aile üyelerinin yükü, iki bölüm halinde yaşamadığı bilinmektedir (23).

Ailenin bakım sunma sorumlulukları arttıkça, bakım sunma-bakım alma ilişkisi daha çok bakım verenin yaşamını bunaltabilecek tek yönlü, bağımlı, yoğun olabilmekte ve zorunluluğa dönüşebilmektedir. Genelde, ailede bakım sunmanın kronik, yoğun yapısı bakım verenlerin yaşamlarındaki (iş, aile hayatı, sosyal ve rekreasyonel yaşam) diğer taleplerden kaynaklanan anlaşmazlıklarla birleşince “bakıcı yükü” olarak ifade edilen bir dengesizlik durumuna yol açabilmektedir. Bakım görevleri ne kadar kısıtlayıcı ise, yük o kadar çok olabilmektedir. Hastayı besleme ve yıkama gibi kişisel görevler, alışverişe gitme gibi kişisel olmayan görevlerden daha güç ve zahmetli olarak adlandırılmaktadır (199).

Bakım verme yükü özellikle primer bakım verenleri daha çok etkileyebilmektedir. Primer bakım veren, hastanın her gün sürekli olarak asıl bakımını sağlayan kişi olabileceği gibi bakımı sağlayacak düzenlemeyi yapan, bakım işini düzenleyen ve bu düzenin işlemlerinden sorumlu olan kişi de olabilmektedir. Bu iş bakıcıların yaşamlarını hem fiziksel hem de duygusal bakımdan tümüyle işgal eden bir süreçtir (24). Yapılan bir çalışmada, bakım verme güçlüklerine ek olarak kaygı, kızgınlık, suçluluk gibi duygusal sıkıntıların da yaşandığı belirtilmektedir (201). Bu süreci farklı yaşayan bireyler olduğu bildirilmektedir. Kendisini talihsiz, kuşatılmış olarak hisseden bireyler olabileceği gibi, bazı bakıcılar için ise bu dönem doyurucu hatta heyecan verici olabilmektedir (24).

İnme geçirmiş olan hastaların aileleri ya da onlara bakım veren diğer kişiler, farklı nedenlerle bakım verme işini üstlenmiş olabilmektedirler. Bakım veren, hastaya karşı kişisel ve duygusal bağlılığından dolayı bireysel olarak bakım verme kararı alabilmektedir. Hastaya duyulan sevgi ya da hastanın kendine bakım verecek olan kişiye (bakım vermesi için) ricada bulunması, bakım verenin bu rolü gönüllü olarak seçmesine etmen olabilmektedir (188). Bunlarla birlikte, dini inançlar da bireyleri bakım vermeye yönlendirebilmektedir (202).

Bakım verme gibi büyük bir sorumluluğu üstlenmede ve sonuçlarına katlanmada; empati kurma gibi başkalarını düşünmeyi gerektiren nedenler, bir şey yapmadığında yaşayabileceği suçluluk duygusunu önleme isteği, "ailenin yaşadıklarına karşı duyarlı olunmasına" ilişkin değer yargısı, şimdi bağımlı olan bireyin geçmişte yaptıklarına karşılık yardım ve destek sağlayarak borcunu ödeme isteği gibi nedenler rol oynayabilmektedir. Bakım verme işi, geçmişte yaşanan sağlık sorunları hatırlanarak "şimdi sıra bende" hissi ile yerine getirilebilmektedir. Ebeveyninin sıkıntılı zamanında kendisine gereksinim duyduğunu hisseden çocuk ile ebeveyni arasındaki ilişkinin yenilenmesine veya geliştirilmesine de yarayabilmektedir. Ek olarak bakım verme nedenleri yaşlının evine, parasına veya desteğine gereksinim duyulması da olabilmektedir (23,24).

Bakım veren çoğu aile, bakım vermenin yaşamlarını değiştirmesine ve baskı yaratmasına rağmen hasta yakınlarının gereksinimlerini karşılamaya devam etmek isteyebilmektedirler. Bakım verenlerden genellikle bakım vermenin duygusal, fiziksel ve ekonomik sonuçlarını önemsemeden rollerini gerçekleştirmeleri beklenebilmekte

veya birey kendinden bekleyebilmektedir (23). Kuşçu ve Dural (188)'ın belirttiğine göre, Hollanda'da yaşayan Fas ve Türk kökenli göçmenlerin evde bakım süreçleri üzerine yapılan bir çalışmada, bakım sağlayanları en çok güdüleyen etmenlerden birinin "aileye karşı sorumluluk ve görev duygusu" olduğu saptanmıştır. Yetişkin kız çocuklarıyla gelinler, geniş ailelerdeki güçlü aile bağlarından dolayı, kendilerini bakım vermeye "zorunlu" olarak gördüklerini belirtmişlerdir. Kız çocuklarının ve gelinlerin, bakım verme sürecinde fiziksel ve psikolojik zorluk çektikleri de rapor edilmiştir. Sit ve ark. (203) tarafından yapılan bir çalışmada bakım verenler, bakım verme işinin yorgunluk ve strese sebep olmasını ifade etmelerine karşın, bakım verme rolünü zorunluluk ve sorumluluk olduğunu kabul ettiklerini belirtmişlerdir.

Aile bireylerinin bakım verme işlevi her ne kadar resmi bir iş gücü olarak görülmeyip, sosyal rol ya da sorumluluk kapsamında değerlendirilse de, aslında ev ekonomisini ve ülke ekonomisini destekleyen bir iş gücü olarak da görülmektedir (188). Amerika Birleşik Devletleri'nde 1997 yılında, engelli olan veya kronik hastalığı olan kişilere bakım verenlerin sayısının 24 ile 27,6 milyon arasında değiştiği saptanmıştır (204). Arno ve ark (204) çalışmasında, gayri resmi bakım vericiliğın ülke sağlık giderlerinin %18'ini karşıladığı belirtilmiştir. Tüm bu verilere rağmen, tedaviler sırasında bakım vericilerin bakım sürecindeki ihtiyaçları göz ardı edilebilmekte ve bakım vericilik gündemi halen ihtiyacı olan ilgiyi görememektedir (188).

Ağır bir inme gibi şiddetli yeti yitimine neden olan, ancak ölümcül olmadığı bilinen bazı hastalıklarda aile, "sonu gelmeyecek" bir ızdıraba mahkum olduğunu hissedebilmektedir. Aile "normal" yaşamını sürdürebilme umutlarının ancak hasta üyenin ölümünden sonra gerçekleşebileceğini düşünebilmektedir (187). Yapılan çalışmalarda da bakım verenlerin bakım yükünün, aile bireylerini fiziksel ve psikolojik olarak olumsuz etkilediği belirtilmiştir (204,205). Akça ve Taşçı (190) tarafından yapılan bir çalışmada, bakım verenlerin %22,5'i fiziksel ve %34,4'ü ruhsal sağlıklarının etkilendiğini, en fazla baş ağrısı ve çabuk öfkelenme yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bilişsel veya fiziksel rahatsızlığı olan bireylere bakım veren aile fertleri ile yapılan bir çalışmada, daha yaşlı ve sağlığı daha kötü olan ve hastası yoğun acı çeken bakım verenlerin daha fazla fiziksel rahatsızlıklar yaşadığı belirtilmiştir (206).

Ailenin bakım sürecinde uyum sağlayamadığı ve aile içi çekişmelerin olduğu durumlarda aile bireyleri arasında, bakım verme kararından memnuniyetsizlik ve

bundan dolayı da bakım verenlerde daha çok depresif belirti görülebilmektedir (188). Kim ve ark (207), bakım verme zorluğu yaşamadığını belirten bakım verenlerin daha az depresif semptom gösterdiğini belirtmişlerdir. Endişeli, sinirli ve güvensiz kişilik yapısına sahip veya kişilerarası ilişkilerde yetersiz olduğunu düşünen bakım verenlerin yeterli sosyal destek alamadıkları ve bakım vermede güçlük yaşadıkları belirtilmiştir. Bu kişilerde ayrıca daha fazla depresyon belirtileri rapor edilmiştir (207). Fiziksel ya da ruhsal rahatsızlığı bulunan kadın bakım vericilerin, destek ağlarının kısıtlı olduğu ve kişilerarası ilişkilerde sorun yaşadıkları durumlarda, daha yoğun sıkıntılar yaşadığı belirtilmiştir (208). Aile ve sosyal destek ağının geniş ve yeterli olduğunu düşünen bakım verenlerin (destek ağının dar ve yetersiz olduğunu veya destek ağının olmadığını düşünenlere göre) bakım sürecindeki sıkıntılar ve zorluklar karşısında daha iyi başa çıkabildiği ve daha az fiziksel problemleri olduğu belirtilmiştir (209).

2.2.1. İnme Tanısı Almış Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükü

Bakım yükünü arttıran en önemli etkenlerden biri hastanın fiziksel yeteneklerindeki bozulmadır. Fonksiyonel bir kayıp yaşayarak bağımlı hale gelen bireylerin bakım gereksinimleri artmakta ve aile üyelerine belirli bir sorumluluk yüklenmektedir. Hemiplejili hastalara bakım veren aile üyelerinin çoğunluğunda bakım vericilik rolünde zorlanma yaşandığına veya bu riskin bulunduğuna ilişkin özellikler görülmüştür. Hemiplejili hastalar, genellikle uzun bir süre ya da yaşam boyu hemşirelik bakımına, rehabilitasyon hizmetlerine ve evde bakıma gereksinim duymaktadırlar. Bu hastalara bakım veren aile üyeleri, hastanın fiziksel ve bilişsel bozuklukları, iletişim ve davranıştaki değişiklikleri ve emosyonel problemleri ile baş etmek durumundadır. Bakım veren bireyler uzun dönemde, hastanın bakımını sürdürmede zorluklar yaşamakta, depresyona, acı çekmeye ve aşırı yorgunluğa yatkın hale gelebilmekte, bunların sonucunda ise fiziksel/ruhsal ve sosyal problemler yaşayabilmektedirler (210).

Bir aile üyesi, özür lülüğe neden olan bir hastalıktan etkilendiği zaman, bu hem hasta kişi hem de onun ailesinin hayatında kritik bir olay olarak düşünülmektedir (211). İnmenin hastaya bakım verenler üzerindeki yükü ile ilgili nüfus temelli bir değerlendirmede, hastaya bakım verenlerin beklenmedik bir şekilde yüksek düzeylerde yük hissedebileceği ve bunun da izolasyon ve aşırı yorgunluğa neden olabileceği sonucu çıkmıştır (212). Bugge ve ark. (34) bakım verenler üzerindeki duygusal gerginliğin hem

karmaşık hem de çok yönlü olduğunu ortaya çıkarmıştır. İnme hastalarına bakım verenlerin, inme sonrası ilk dönemlerde oldukça fazla duygusal gerginlik altında oldukları ve bunun seviyesinin zaman içinde arttığı belirtilmiştir. Hastaların özürülük düzeyi ile onlara bakanların duygusal durum ve stresleri arasında oldukça belirgin bir bağlantı olduğu belirtilmiştir (211). İnme hastalarına bakım verenlerin yaklaşık %40'ı sağlıkla ilgili bakım görevleriyle ilgili somatik belirtiler bildirmişlerdir (203). Yapılan bir çalışma inme geçirmiş bireylere bakım verenlerin, inme hastası olmayanlara bakım verenlere göre rehabilitasyon safhasında, daha yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon yaşadıklarını göstermiştir (211). İnme geçirmiş bireylere bakım verenler arasındaki depresyon düzeyinin, hastalık süresince azalmadığını belirten çalışmalar vardır (184,213,214).

İnmenin yüksek prevalansına ve inme hastalarına bakım veren ailelerin üzerindeki potansiyel yüke rağmen sistematik olarak çok az araştırma aile üyeleri ve diğer informal bakıcılar üzerinde inmenin sonuçlarına gönderme yapmıştır (184). Yapılan çalışmalarda da görüldüğü gibi bakım verenler bakım verme yüküne bağlı olarak çeşitli sorunlar yaşayabilmektedirler.

2.2.2. Bakım Veren Bireylere Yönelik Ülkemizdeki Destek Sistemleri

Ülkemizde bakıma muhtaç özürülülerin bildirim, tespiti, değerlendirilmesi ile bakım hizmetlerine, bakım ücretlerine ve ödemelerine ilişkin usul ve esasları belirlemeye yönelik 23.10.2007 tarihinde yönetmelik yayımlanmıştır. Yayımlanan **Bakıma Muhtaç Özürülülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik**, her ne ad altında olursa olsun her türlü gelirleri toplamı esas alınmak suretiyle; kendilerine ait veya bakmakla yükümlü olduğu birey sayısına göre kendilerine düşen ortalama aylık gelir tutarı bir aylık net asgari ücret tutarının 2/3'ünden daha az olan bakıma muhtaç özürülüler, bu özürülülere verilecek bakım hizmetlerini, hizmetlerin ücretlendirilmesini ve ücretlerin ödenmesini kapsamaktadır. Bu yönetmelikte geçen "bakıma muhtaç özürülü" bu yönetmeliğin uygulanmasında, özürülük sınıflandırmasına göre ağır özürülü olduğu belgelendirilenlerden; günlük hayatın alışılmış, tekrar eden gereklerini önemli ölçüde yerine getirememesi nedeniyle hayatını başkasının yardımı ve bakımı olmadan devam ettiremeyecek derecede düşkün olduğu, her ne ad altında olursa olsun her türlü gelirleri

toplamı esas alınmak suretiyle; kendilerine ait veya bakmakla yükümlü olduğu birey sayısına göre kendilerine düşen ortalama aylık gelir tutarının, bir aylık net asgari ücret tutarının 2/3'ünden daha az olduğu bakım raporu ile tespit edilen kişileri ifade etmektedir (215).

Ağır özürlü; özür durumuna göre tüm vücut fonksiyon kaybı oranı %50'nin üzerinde olduğu tespit edilen özürllülerden; beslenme, giyinme, yıkanma ve tuvalet ihtiyacını giderme gibi öz bakım becerilerini yerine getirmede, kendi başına hareket etmede veya iletişim kurmada zorluk ya da yoksunluk yaşadığına ve bu becerileri başkalarının yardımı olmaksızın gerçekleştiremeyeceğine tıbbi olarak karar verilen kişilerdir. Ağır özürllünün tanımı gerek hastane sağlık kurullarında, gerekse SHÇEK (Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu) il müdürlüklerinde çelişkili yorumlara, dolayısıyla özürllülerin mağduriyetine ya da devletin gereksiz maddi kaybına yol açabilmektedir (216).

İnme geçiren bireyler evde bakım hizmetlerine ihtiyaç duyabilmektedirler. Sağlık Bakanlığı evde bakım hizmeti sunacak özel kurumların çalışmalarını düzenleyen bir yönetmelik çıkarmıştır (217). Ancak ülkemizde kurum bakımı sonrası bakımın sürekliliğini sağlayacak uygun devlet destekli bir evde bakım hizmet modeli bulunmamaktadır. Yapılan bir çalışmada, inmeden etkilenen hasta ve ailelerinin evlerinde yaşadıkları güçlüklerin oldukça fazla olduğu ve evde bu sorunlarla baş edemedikleri saptanmıştır. Yatağa bağımlı hastalara sunulan evde bakım hizmetleri ile, hasta ve ailesinin evde yaşayabileceği sorunlarla tek başına bırakılmayacağı vurgulanmıştır. Ayrıca bu hizmetler ile hastanın akut ve kronik komplikasyonları engelleneceğinden, tekrarlı hastane yatışlarının azaltılarak ülke ve aile ekonomisine katkı sağlanacağı belirtilmiştir (173).

Bakım verenlere destek sağlanmaması durumunda bakım verme yükünün yol açabileceği sorunlar, bakım verenlerin diğer mevcut sorunlarıyla da birleşerek tüm yaşamlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu nedenle, bakım verenin ihtiyaçlarına ve yaşantısına önem vermek, hem yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşı karşıya olan kişilerin hem de ailelerin yaşam kalitelerinin korunmasında hayati önem taşımaktadır (199).

2.3. Yaşam Kalitesi

Güler 'in (218) belirttiğine göre, DSÖ'nün 1948'de, sağlığı sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali olarak tanımlamasından sonra, yaşam kalitesi konusu, sağlık bakım uygulamalarında ve araştırmalarında önem kazanmaya başlamıştır.

Yaşam kalitesinin önemi birçok yazında vurgulanmakla birlikte tanımı konusunda farklı yorumlar mevcuttur. Yaşam kalitesi tanımının hayatın birçok boyutunu içermesi gerektiği konusunda fikir birliği olmakla birlikte, bu boyutların hangileri olması gerektiği halen tartışılan bir konudur (219). Yaşam kalitesi dört ana alanda (boyutta) ortaya çıkar (220):

- 1- Kişisel içsel alan (değerler, inançlar, arzular, kişisel hedefler, sorunlarla başa çıkma vb.)
- 2- Kişisel sosyal alan (aile yapısı, gelir durumu, iş durumu, toplumun tanıdığı olanaklar vb.)
- 3- Dışsal doğal çevre alanı (hava ve su kalitesi, çevresel hijyen vb.)
- 4- Dışsal toplumsal çevre alanı (kültürel, sosyal ve dini kurumlar, toplumsal olanaklar, okul, sağlık hizmetleri, güvenlik, ulaşım, alışveriş vb.)

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini; kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılama şeklinde tanımlamaktadır. Yaşam kalitesi kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle etkilenen geniş bir kavramdır. Bu tanım, yaşam kalitesinin kültürel, sosyal ve çevresel kavramlara iyice gömülmüş subjektif bir değerlendirme olduğu görüşünü yansıtmaktadır (221). Bir diğer ifadeyle; yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışını tanımlamaktadır. Yani bu kavram tıp teknikleri, laboratuvar işlemleriyle ölçülen bir nicelik değil, subjektif olarak yaşantılanan bir niteliktir ve aslında pahalı zevklerle doğrudan bir ilişkisi yoktur. Esas amaç kişilerin kendi fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerinden ne ölçüde memnun olduklarının ve yaşamlarının bu yönleri ile ilgili özelliklerin varlığı veya yokluğunun ne ölçüde onları rahatsız ettiğinin saptanmasıdır (220). Yaşam kalitesinin en uygun gibi görünen tanımı şöyledir: yaşam koşulları içinde elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyen hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel

tepkileri gösteren bir kavramdır. İçinde kültür, değer yargıları, kişinin konumu ve amaçları bulunur (218). Fiziksel ve maddi iyilik hali, sosyal yaşama katılımı sağlayan aktivitelerde tatminkarlık, boş zaman aktiviteleri, psikolojik durum, fonksiyonel yetenek, emosyonel, manevi ve cinsiyet açısından iyi olma hali, aile ve arkadaşlarla ilişkilerde tatminkarlık, gelecek ile ilgili oryantasyon gibi yaşam kalitesi göstergeleri, kişinin karakterine, yaşamı algılayış biçimine ve sosyo-kültürel alışkanlıklarına bağlı olarak değişim gösterebilmektedir (222).

2.3.1. Yaşam Kalitesi ile İlgili Kavramlar

2.3.1.1. Sağlık Durumu ve Sağlık Algılaması

Sağlık durumu biyolojik, fizyolojik veya işlevsel bozuklukları ve belirtileri dikkate alarak bireyin göreceli iyilik veya hastalık halidir. Sağlık algılaması (veya algılanan sağlık) bireyin sağlık durumundan etkilenen öznel değerlendirmedir. Bazı insanlar bir veya daha çok kronik hastalık nedeniyle sıkıntı çekerken kendilerini sağlıklı saymakta, bazıları ise nesnel bir hastalık belirtisi yokken kendilerini hasta algılamaktadırlar (218,223,224).

2.3.1.2. İşlevsel Durum

Bireyin temel gereksinimlerini karşılamak, her zamanki rolünü, sağlık ve iyilik halini sürdürmek için günlük işlevlerini yerine getirmedeki yeterliliğidir. İşlevsel kapasite, bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal alanlardaki günlük işlevleri yerine getirmedeki en yüksek kapasitesini yansıtırken, işlevsel performans günlük yaşam akışı içindeki işlevleri içermektedir. Herkes tarafından iyi olarak değerlendirilen ancak kendisini hasta olarak gören bir kişi kapasitesinden daha düşük işlevsel performansa sahip olabilmektedir (218,224).

2.3.1.3. Ruhsal Durum

Ruhsal durum uzun ve kısa süreli stresörlere (örneğin sağlık durumundaki değişiklikler) verilen duygusal yanıttır. Bireyin dünyaya karşı gösterdiği yüzü olarak tanımlanabilir. Depresyon, anksiyete veya kızgınlık, fiziksel hastalıklar ile birlikte

olabilen ve bireyin işlevsel performansını, sağlık algılarını ve yaşam kalitesini etkileyen duygusal durumlardır (218,224).

2.3.1.4. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (SİYK) bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir. Yaşam kalitesi boyutlarının doğrudan bireyin sağlığı ile ilgili kısımlarını içerir (220). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramı fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda bireyin deneyimleri, inançları, beklentileri ve algılamalarından etkilenen sağlık algılarını içermektedir (218,225). Bu kavram, bireyin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğudur. Sağlık hizmet durumunun alanına giren etkenlerle doğrudan ilişkisi nedeniyle yaşam kalitesinden ayrılmaktadır (218).

Genel olarak SİYK değerlendirilmesi, sağlıkla ilgili değişkenlerin (örneğin hastalık veya tedavi), genelde (genel SİYK) veya belli bir hastalığı olanlarda (duruma özel SİYK) önemli olan yaşam olaylarıyla ilişkisini yansıtmaya çalışmaktadır (218,225). Sağlığı çok iyi olan bir birey için sağlıkla ilgili olmayan yaşam kalitesi bileşenleri (örneğin, değerler, inançlar, sosyal ilişkiler, ekonomik durum, hava ve su kalitesi gibi çevrenin fiziksel koşulları, okul, güvenlik, sosyal statü vb.) önemli olurken, kronik hastalığı olan bir birey için bedensel, psikolojik sağlık durumu daha önemli hale gelecektir (220).

Yaşam kalitesinin önem kazandığı konulardan biri kronik hastalıklardır. Tıp bilimi ve sosyal refah düzeyindeki ilerlemeler sonucu oluşan yaşam süresindeki artma ile kronik hastalıklar bu yüzyılın en önemli sağlık sorunu haline gelmiştir (32). İnme, kişide ciddi fiziksel aktivite kaybına neden olan bir kronik hastalık olması nedeniyle, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde önemli bir etkiye yol açabilmektedir (163). Literatürde inme sonrası uzun dönem sonuçlar ve yaşam kalitesi üzerine olan etkileri son yıllarda önem kazanmıştır (176,226-228). Paul ve ark. (229), inme geçirenlerin önemli bir kısmının, inmeden sonra beş yılda sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin düşük olduğunu tespit etmiştir. İnme tanısı almış hastaların yaşam kaliteleri hastalık nedeniyle düşerken, hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kaliteleri de olumsuz etkilenebilmektedir. Yapılan bir çalışmada inmeden sonra hasta yakınlarının çoğunun yaşam biçiminde değişiklik olduğu belirtilmiştir (230). Bakım verici rolünü üstlenen

kişiler bakım işlerinin yoğunluğu, bakım zorluğundan doğan güçlükler, sorunlar ve sıkıntılar ile karşılaştıklarında yaşam kaliteleri düşebilmekte, dolayısıyla hastaya yeterli ölçüde fiziksel veya duygusal destek sağlayamayabilmektedirler (188). Karakurt ve Kaşıkçı (231)'nın belirttiğine göre, inmeli hastalar ve bakım vericileri üzerine yapılan bir çalışmada, hastaların ve yakınlarının yaşam doyumu ve genel yaşam doyumlarının birbirinden etkilendiği belirlenmiştir. Bakım veren eşlerin yaşadığı stres düzeyi, hem hastaların stres düzeyini hem de kendilerinin problemle etkili başa çıkma düzeylerini etkileyebilmektedir (232). Yapılan bir çalışmada, hastalığın semptomlarıyla başa çıkmada etkili olabildiğini düşünen bakım verenlerin hastaları, kendilerinin de semptomlarıyla daha iyi başa çıkabildiğini, mental durumlarının ve yaşam kalitelerinin iyi olduğunu belirtmişlerdir (233).

Özetle; inme geçiren hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım verme nedeniyle yaşamış olduğu güçlükler, yaşam kalitelerine olumsuz olarak yansıyabilmektedir.

2. 4. Konunun Hemşirelik Açısından Önemi

Hemşirelerin yaşamın kalitesini koruma, geliştirme ve iyileştirme sorumlulukları vardır. Bu sorumlulukları yerine getirirken önce yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi gerekmektedir (234).

Yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen faktörlerden biri, bireyin sağlığında normalden sapma durumudur. İnsanların sağlıklarında herhangi bir sapma olduğunda yaşamdan doyum alma durumları bozulabilmektedir (234,235).

Kronik hastalıklar insan yaşamını, daha ötesi yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Kronik hastalığın türü ne olursa olsun bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yapamaması, güçsüzlük, hastalık semptomları, hastaların fiziksel iyilik halinde bozulmalara ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (235).

İnme özellikle yarattığı bağımlılık sonucu, bireyin başkalarının bakımına ihtiyaç duymasına yol açması nedeniyle, bireyin yaşamdan doyum almasını etkileyen bir sağlık sorunudur. Hemşirenin bu süreçte hastaya yardımcı olma, en kısa zamanda kendi bakımını üstlenmesini sağlama, yaşam şekli değişikliğiyle baş etmesine destek verme ve bu süreç içerisinde de yaşam doyumunu maksimum düzeye çıkarma gibi rol ve amaçları vardır (235). Hastalığı kabullenme, ortaya çıkan sorunlarla baş etme ve sınırları

dahilinde fiziksel gücünü en üst düzeyde kullanabilmeye yönlendirme, bireyin yaşam kalitesini yükseltebilecektir (231). Böylelikle, inme geçirmiş bireylerin bakımında hemşire; bireyin en üst düzeyde işlev görmesini sağlayarak, hastalığın akut ve ileri dönemlerinde gelişebilecek sorunları önleyerek, sorunları tanılayıp, uygun girişimlerle ele alarak ve sonuçları değerlendirerek hastanın ve ailesinin yaşam kalitesini yükseltme fonksiyonunu yerine getirebilecektir (210).

Özellikle inme geçirmiş bireylere bakım veren aile üyelerinin, bakım verme sonucu yaşamış oldukları sorunlar nedeniyle önemle ele alınmaları gerekmektedir. Bu bireyler bakım verme yükü nedeniyle kendi sağlıklarını dolayısıyla da bakım verdikleri bireylerin sağlığını ihmal edebilmektedirler. Kendilerini her yönden kısıtlanmış ve çaresiz hissedebilmekte, kendi gereksinimlerini karşılayamamakta, sonuç olarak da yaşamdan aldıkları doyum azalmaktadır. Bu durum hasta bakımını da olumsuz etkileyebilmektedir. Bu durumda hemşirelere çok önemli görevler düşmektedir.

Hemşirenin bakım verme rolünü gerçekleştirirken bireyi, aileyi ya da toplumu bütüncül değerlendirme becerisi bulunmaktadır. Hemşire, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığına yönelik yaklaşımlarda bulunmanın yanı sıra, bireyin iyilik halini olumlu ya da olumsuz etkileyebilecek olan bakım verenleri de ele alabilme özelliğine sahiptir. Bu süreçte hemşirenin, bakım verenin bakım vermeyle ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını gözlemlenme, bakım verenlerin yeteneklerine odaklanarak olumlu tutum geliştirmelerine yardım etme rolü vardır. Bakım verenlerin kendi sağlığını ve refahını tehlikeye atmamaları, ihtiyaç duyulan bakımı sağlamaları ve bu rol nedeni ile tükenmişlik yaşamamaları için tüm aile üyelerinin bakım yeteneklerinin artırılması önemlidir. Bütün hemşirelik girişimlerinde hasta ve bakım verenin güvenliğini ön planda tutmak, onlara streslerini azaltmaları, morallerini yükseltmeleri ve güç kazanma yolları bulma konusunda yardım etmek, hemşirenin profesyonel sorumluluklarındandır. Hemşire, bu sorumlulukların yerine getirilmesiyle, bakım verenlerin bakımı başarılı bir şekilde yönetmelerine yardım etme fonksiyonunu gerçekleştirebilecektir. Hemşirenin bakım verenlerin gereksinim duyduklarında gerekli yardım ve rehberlik hizmetlerini nereden ve ne zaman alacakları konusunda danışmanlık rolü vardır. Bu şekilde bakım verenin yardım arama çabasını destekleyebilmektedir (189). Hemşire ayrıca bakım verenleri sosyal desteğin bakım veren üzerindeki olumlu etkisinin farkındadır. Mevcut

problemlerle başa çıkma yeteneğini artırma konusunda desteklenen bakım verenin yaşam kalitesi de artacaktır.

Sonuç olarak inme geçirmiş bireyler, inmenin neden olduğu fiziksel, bilişsel ve psikolojik etkiler nedeniyle en fazla bakım gereksinimi olan hasta gruplarındandır. Bu hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım nedeniyle yaşamdan aldıkları doyumun engellenmesini önlemede, sağlık ekibinin en önemli üyelerinden biri olan hemşire, üzerine düşen sorumlulukları yerine getirebilirse, bakım verenler durumla daha kolay başa çıkabilecekler ve yaşamlarından zevk alarak bu zorlu bakım görevini yerine getirebileceklerdir.

2.5. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, inme tanısı almış hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükü ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerler ve Özellikleri

Araştırma, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin Dahiliye I Servisi ve Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi ile Mersin Devlet Hastanesi ve Toros Devlet Hastanesi'nin nöroloji servislerinde inme tanısı ile yatmış ve taburcu olmuş hastaların evlerinde (sahada) yapılmıştır.

Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin Dahiliye I servisi, toplam 35 hasta yatağını içermekte olup, normal yataklara ek olarak 10 yataklı yoğun bakım ünitesini de içermektedir. Dahiliye I Servisi'nde ayda ortalama 30-40, Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi'nde ayda ortalama 16 tane inme tanısı alan hasta yatmaktadır. Mersin Devlet Hastanesi Nöroloji Servisi 38 yataklıdır ve bu serviste ayda ortalama 20-30 inme tanısı alan hasta yatmaktadır. Mersin Toros Devlet Hastanesi Nöroloji Servisi 35 yataklı olup, bu serviste ayda ortalama 20-30 inme tanısı alan hasta yatmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Mersin ili sınırları içinde yer alan resmi kurumlardan, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin Dahiliye I Servisi ve Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi'nde ve Mersin Devlet Hastanesi ile Toros Devlet Hastanesi'nin nöroloji servislerinde, Ekim 2009–Ocak 2010 tarihleri arasında inme tanısı ile yatan ve taburcu olan 180 hastanın yakını oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini, Ekim 2009-Ocak 2010 tarihleri arasında çalışmanın yapıldığı kliniklerde yatan ve taburcu olan 180 hasta yakınından, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 130 hasta yakını oluşturmuştur. Bu hasta yakınlarının belirlenmesinde şu kriterler dikkate alınmıştır:

- Bakım verilen hastanın en az iki ay önce inme tanısı alması,
- Bakım verilen hastaların günlük yaşam aktivitelerinin en az ikisinde bağımlı olması,
- Bakım veren bireyin fiziksel ve bilişsel sağlık düzeylerinin araştırmada uygulanması planlanan formları cevaplamaya uygun olması,
- Bakım veren bireyin araştırmaya katılmaya istekli olması.

20 hasta yakını bakım verdiği bireyin ilk kez inme geçirmesi nedeniyle, 15 hasta yakını istekli olmadığından, 15 hasta yakını ise bakım verdiği bireyin günlük yaşam aktivitelerinin en az ikisinde bağımlı olma kriterine uymaması nedeniyle çalışma kapsamına alınmamıştır.

3.5.Verilerin Toplanması

3.5.1.Veri Toplama Formlarının Hazırlanması

Araştırmanın verileri, inme tanısı alan hastalara bakım veren aile üyelerinin tanıtıcı bilgilerini içeren “Kişisel Bilgi Formu” (Ek-1), bakım verilen bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeylerini değerlendirmek amacıyla uygulanan “Lawton ve Brody’nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi” (Ek-2) ve ”Barthel İndeksi” (Ek-3), bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla uygulanan “Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu” (Ek-4) ve bakım veren aile üyelerinin bakım yükünü değerlendirmek amacıyla uygulanan “Bakım Verme Yüğü Ölçeği” (Ek-5) kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm; bakım veren aile üyelerinin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik dokuz soru, ikinci bölüm; bakım veren aile üyelerinin sağlık durumuna ilişkin verileri toplamaya yönelik beş soru, üçüncü bölüm; inme tanısı almış hastaya ilişkin özellikleri belirlemeye yönelik dört soru, dördüncü bölüm; inme tanısı almış hastanın bakımına ilişkin özellikleri belirlemeye yönelik sekiz soru ve son bölüm ise bakım veren aile üyelerinin hasta

bakımı nedeniyle yaşamlarında etkilenen alanlara ilişkin özellikleri belirlemeye yönelik bir soru içermektedir.

3.5.1.2. Lawton-Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (EGYAİ)

Toplum içinde bağımsız yaşamaya yönelik olan bir indekstir. Bu indeks bireylerin enstrümental günlük yaşam aktivitelerini belirlemeye yönelik sorular olup, telefon kullanma, yemek hazırlama, alışveriş yapma, günlük ev işlerini yapma, çamaşır yıkama, ulaşım aracına binebilme, ilaçları kullanabilme ve para idaresi ile ilgili bilgileri içeren sekiz sorudan oluşmaktadır. Birey aktiviteleri bağımsız olarak yapıyorsa üç puan, yardım alarak yapıyorsa iki puan, hiç yapamıyorsa bir puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır. Bu indekse göre; 0-8 puan bağımlı, 9-16 puan yarı bağımlı, 17-24 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir (236).

3.5.1.3. Barthel İndeksi (Bİ)

Çeşitli hasta gruplarında ve çeşitli toplumlarda geçerlilik ve güvenilirliği ispatlanmış olan Bİ, temel olarak mobilite ve kendine bakım aktivitelerini değerlendirir. Barthel İndeksi, 10 bölüm içerir ve beslenme, transfer, kendine bakım, tuvalet kullanımı, banyo, hareket, tekerlekli sandalye kullanımı (uygunsa), merdiven inip-çıkma, giyinme, barsak ve mesane kontrolünü içerir. Toplam puan 0–100 arasındadır (174). Bu indekse göre; 0 puan tam bağımlılığı, 100 puan bağımsızlığı anlatır. Barthel İndeksi kullanılan çalışmalarda, sınır puan 60 olarak belirlenmiş olup 60'ın üzerindeki puanlar bağımsız olarak işlev yapabilmeyi açıklar. Barthel indeksinde; 0-20 puan tamamen bağımlı, 21-61 puan ileri derecede bağımlı, 62-90 puan orta derecede bağımlı, 91-99 puan hafif derecede bağımlı, 100 puan bağımsızlığı açıklamaktadır (22,237). Toplumumuz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (238).

3.5.1.4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQOL-BREF)

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu, bireyin kendi yaşam kalitesini nasıl algıladığını değerlendiren bir ölçektir. Ölçek, hasta ya da sağlıklı gruba uygulanabilmektedir. Bu form, DSÖ tarafından geliştirilmiş olan WHOQOL-100'ün

kısa bir formudur. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu biri genel algılanan yaşam kalitesi, diğeri algılanan sağlık durumunun sorgulandığı iki soruyla birlikte toplam 26 soruyu kapsamaktadır. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Eser ve ark. (239,240) tarafından yapılmış ve çalışmaları sırasında bir ulusal soru eklenmesiyle WHOQOL-BREF-TR 27 sorudan oluşmuştur. Ölçek beşli bir derecelendirmeye sahiptir (1-5) ve likert tipi kapalı uçlu yanıtlar içermektedir. Yaşam kalitesi toplam puanı minimum 27, maksimum 135 arasında değişebilmektedir. Yüksek puan yaşam kalitesinin yüksekliğine işaret eder. Soruların son 15 gün dikkate alınarak yanıtlanması istenmektedir.

Ölçek, yaşam kalitesini fiziksel, psikolojik, sosyal, çevre ve ulusal çevre alanı olmak üzere beş alt başlıkta değerlendirir. İlk iki genel soru dışındaki sorular kullanılarak bedensel, ruhsal, sosyal, çevre ve ulusal çevre alan puanları hesaplanmaktadır. Ölçekte 3., 4., 10., 15, 16., 17., 18. sorular fiziksel alana (gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara/tedaviye bağımlılık, canlılık/bitkinlik, hareketlilik, ağrı/rahatsızlık, uyku/dinlenme ve çalışabilme gücü) yönelik soruları; 5., 6., 7., 11., 19., 26. sorular ruhsal alana (beden imajı ve dış görünüş, olumlu/olumsuz duygular, benlik saygısı, maneviyat/din, kişisel inançlar, düşünme, öğrenme, bellek ve dikkatini toplama) ilişkin soruları; 20., 21., 22. sorular sosyal alana (diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek, cinsel yaşam) ilişkin soruları; 8., 9., 12., 13., 14., 23., 24., 25. sorular çevresel alana (maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik/emniyet, sağlık hizmeti ve sosyal yardım alabilme, ev ortamı, ulaşım, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatı, dinlenme/boş zaman değerlendirme fırsatları ve bunlara katılabilmek, fiziksel çevre) ilişkin soruları ve 27. soru ulusal çevre alanına (sosyal baskı) ilişkin soruyu içermektedir. 3., 4., 26. ve 27. sorulardan alınan puanlar ters çevrilererek değerlendirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu uygulandıktan sonra, 4-20 puan üzerinden hesaplanan bedensel, psikolojik, sosyal, çevre ve ulusal çevre alan puanları yükseldikçe yaşam kalitesi yükselmektedir.

Ölçek, bireylerin fiziksel, ruhsal, sosyal, çevre/ulusal çevre alanlarında yaşam kalitelerine etki eden faktörlerin incelenmesine olanak tanınması amacıyla tercih edilmiştir.

3.5.1.5. Bakım Verme Yüğü Ölçeği

Bakım Verme Yüğü Ölçeği (BVYÖ) Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Bakım gereksinimi olan bireye bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek asla, nadiren, bazen, sık sık, ya da hemen her zaman şeklinde 0 dan 4 e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Yapılan çalışmalarda ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,87 ile 0,94 arasında, test-tekrar test güvenilirliği ise 0,71 olarak bulunmuştur. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği İnci (189) tarafından yapılmıştır.

Çalışmamızda, bakım veren aile üyelerinin bakım verme konusunda yaşadıkları sıkıntıların kolaylıkla değerlendirilebilmesine olanak sağlandığı için bu ölçek tercih edilmiştir.

3.5.2. Ön Uygulama

Veri toplama formlarının işlerliğini değerlendirmek amacıyla, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin Dahiliye I Servisi'nde inme tanısı olarak yatmış ve taburcu olmasının üzerinden en az iki ay geçmiş, günlük yaşam aktivitelerinin de en az ikisinde bağımlı olan beş hastanın yanına, 15 Eylül-5 Ekim 2009 tarihleri arasında ev ziyareti yapılarak ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonunda formları, görme problemi olmayan ve okuma-yazma bilen bireylerin kendisinin uygulamasına, yaşlı bireylere ise görme kaybının yaygın olması ve okur-yazarlık oranının düşük olması gibi nedenlerden dolayı araştırmacı tarafından uygulanmasına karar verilmiştir.

3.5.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Veri toplama formlarının uygulanması amacı ile Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Mersin Devlet Hastanesi ile Toros Devlet Hastanesi'nin Başhekimlik ve Başhemşireliklerinden resmi izin alınmıştır.

Araştırmanın uygulaması, etik kurul onayı alındıktan sonra Ekim 2009-Ocak 2010 tarihleri arasında yapılmıştır. Öncelikle inme tanısı almış hastalar yatışlarından itibaren kliniklerde belirlenmiş, daha sonra hastalara bakım veren aile üyeleri saptanmıştır. Bakım veren aile üyelerine öncelikle araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanmış, ardından araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu vurgulanarak araştırmaya katılmaları konusunda onamları alınmıştır. Daha sonra bakım veren aile üyelerinin iletişim adresleri alınarak, taburculuk sonrası ev ortamlarında bire bir görüşme yapılmak üzere birlikte uygun görüşme zamanı planlanmıştır. Bireylerin formları yanıtlama süreleri; Kişisel Bilgi Formu'nda 15 dakika, BVYÖ'de 15 dakika, WHOQOL-BREF'te 10-15 dakika olup, toplam uygulama süresi yaklaşık 45 dakika sürmüştür.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Yapılan istatistiksel analizlerde MedCalc 11.4 ve Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 11.5 for Windows istatistik programları kullanılmıştır. Ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğunun test edilmesi için Shapiro-Wilk normal dağılım testi kullanılmıştır. İki bağımsız grubun ölçek puanları açısından karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenler için Student t testi, normal dağılım göstermeyen değişkenler için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Üç ya da daha fazla bağımsız grubun ölçek puanları açısından karşılaştırılmasında, normal dağılım gösterenlerde One Way ANOVA testi, normal dağılım göstermeyenlerde Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. İki sürekli yapıdaki değişken arasındaki ilişkinin doğrusallık derecesi açısından değerlendirmesinde Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır. İki kategorik yapıdaki değişken arasındaki ilişkinin bağımsız olup olmadığını değerlendirmek için Pearson Ki-Kare bağımsızlık testi uygulanmıştır.

Yapılan tüm istatistiksel karşılaştırmalarda Tip 1 Hata oranı 0.05 olarak belirlenmiştir. Bu rakamın altında hesaplanan anlamlılık değerleri (p değerleri) istatistik olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde;

- Bakım Verme Yüğü Ölçeği ve DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (DSÖYKÖ-KF) puan ortalamaları, standart sapmaları, minimum-maksimum değerlerini içeren bulgular,
- İnme tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerinin sosyo-demografik özelliklerine, sağlık durumlarına, hasta bakımına ve hasta bakımı nedeniyle yaşamlarında etkilenen alanlara ilişkin özelliklerine göre BVYÖ, DSÖYKÖ-KF ve DSÖYKÖ-KF alt ölçekleri puan ortalamalarını içeren bulgular,
- Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (EGYAI) frekans ve yüzdelerini içeren bulgular,
- İnme tanısı almış hastaya ilişkin özelliklere göre EGYAI ve Bİ puan ortalamaları,
- İnme tanısı almış hastaya ilişkin özelliklere göre bakım veren aile üyelerinin BVYÖ, DSÖYKÖ-KF ve DSÖYKÖ-KF alt ölçekleri puan ortalamaları,
- Ölçek puanlarının birbirleri ile korelasyonlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Çizelge-4.1 Bakım Veren Aile Üyelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre BVYÖ ve DSÖYKÖ-KF Puan Ortalamaları

Sosyo – Demografik Özellikler	n	%	BVYÖ Puan Ortalaması ± SS	DSÖYKÖ-KF Puan Ortalaması±SS					
			BVYÖP Ortalama ±SS	RAP Ortalama ±SS	ÇAP Ortalama ±SS	FAP Ortalama±SS	SAP Ortalama ±SS	UÇAP Ortalama±SS	DSÖYKÖ-KFP Ortalama±SS
Yaş									
18-41	39	30,0	49,23±13,02	12,48±2,05	11,40±2,11	13,83±2,31	12,75±2,73	16,10±5,62	84,33±11,55
42-51	49	37,7	49,00±10,65	12,30±2,06	12,08±2,00	13,14±2,18	12,57±2,43	18,04±3,57	84,18±10,46
52 ve üzeri	42	32,3	56,05±12,47 ^{a, b}	11,24±2,57 ^a	11,58±2,32	11,01±2,91 ^{a, b}	10,67±2,78 ^{a, b}	17,05±4,92	76,12±14,34 ^{a, b}
P			,010	,025	,296	,001	,001	,160	,002
Cinsiyet									
Kadın	116	89,2	51,89±12,65	11,95 ± 2,35	11,67±2,20	12,52±2,78	12,06±2,62	16,86±4,89	81,14±12,86
Erkek	14	10,8	46,86±8,37	12,48±1,62	12,07±1,59	13,80±1,99	11,62±4	19,43±2,14	85,64±10,18
p			,150	,421	,513	,099	,549	,036	,209

Çizelge-4.1 (Devam) Bakım Veren Aile Üyelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre BVYÖ ve DSÖYKÖ-KF Puan Ortalamaları

Sosyo – Demografik Özellikler	n	%	BVYÖ Puan Ortalaması ± SS	DSÖYKÖ-KF Puan Ortalaması±SS					
			BVYÖP Ortalama ±SS	RAP Ortalama ±SS	ÇAP Ortalama ±SS	FAP Ortalama±SS	SAP Ortalama ±SS	UÇAP Ortalama±SS	DSÖYKÖ-KFP Ortalama±SS
Medeni durum									
Evli	111	85,4	51,67±12,38	11,98±2,24	11,75±2,09	12,59±2,72	12,06±2,88	17,12±4,74	81,41±12,59
Bekar	16	12,3	51,94±11,34	11,88±2,60	11,50±2,68	13,39±2,74	11,67±2,31	16,75±5,11	82,44±13,79
Dul / Boşanmış	3	2,3	36,33± 8,39	14,00±1,33	11,50±1,32	14,67±2,01	12,00±1,33	20,00±,00	85,00±12,12
P			,102	,309	,895	,206	,826	,499	,858
Çocuk sayısı									
Yok	22	17,1	48,59±12,70	11,76±2,44	11,57±2,35	13,48±3,08	11,76±2,42	16,91±4,93	82,82±13,11
1-2	48	37,2	49,67±11,70	12,13±2,29	12,05±2,13	12,44±2,56	11,89±2,43	16,92±5,10	81,71±12,60
3-4	42	32,6	53,40±12,11	12,35±2,38	11,61±2,10	12,83±2,98	12,73±3,22	17,90±4,07	82,95±13,32
5 ve üstü	17	13,2	54,12±13,97	11,25±1,78	11,26±2,14	11,93±1,85	10,90±2,84	16,00±5,10	77,12±10,42
p			,264	,370	,551	,302	,124	,531	,426

Çizelge-4.1 (Devam) Bakım Veren Aile Üyelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre BVYÖ ve DSÖYKÖ-KF Puan Ortalamaları

Sosyo – Demografik Özellikler	n	%	BVYÖ Puan Ortalaması ± SS	DSÖYKÖ-KF Puan Ortalaması±SS					
			BVYÖP Ortalama ±SS	RAP Ortalama ±SS	ÇAP Ortalama ±SS	FAP Ortalama±SS	SAP Ortalama ±SS	UÇAP Ortalama±SS	DSÖYKÖ-KFP Ortalama±SS
Eğitim durumu									
Okur-yazar değil	15	11,5	54,07±13,18	10,84±1,89	11,00±2,04	11,58±2,75	10,40±2,72	16,00±5,45	74,73±11,80
Okur-yazar	13	10,0	55,31±10,05	11,59±2,33	10,85±1,56	12,18±3,31	10,77±3,46	15,69±5,99	76,62±12,66
İlkokul	66	50,8	52,98±12,71	12,00±2,31	11,30±2,07	12,47±2,69	12,46±2,71	17,70±4,50	80,89±12,44
Ortaokul	12	9,2	47,42±11,29	11,72±1,74	12,08±1,83	13,00±1,98	11,89±2,81	17,33±4,29	82,08±8,38
Lise	18	13,8	46,11±9,74 ^{d,e}	12,70±2,43 ^c	13,44±1,77 ^{c,d,e}	13,75±2,80 ^c	12,30±2,27	16,89±4,46	88,61±12,03 ^{c,d,e}
Fakülte/ Yüksekokul	6	4,6	41,50±11,91 ^{c,d,e}	14,44±1,24 ^{c,d,e,f}	14,00±2,07 ^{c,d,e}	14,57±1,01 ^c	13,11±1,77	17,33±4,84	95,83±7,60 ^{c,d,e,f}
p			,039	,020	,001	,103	,051	,669	,001
Çalışma durumu									
Çalışan	19	14,6	49,11±10,35	11,89±2,29	11,32±1,76	13,14±2,17	12,35±2,17	17,26±4,43	82,32±10,37
Çalışmayan	111	85,4	51,73±12,64	12,03±2,29	11,78±2,20	12,58±2,81	11,95±2,88	17,11±4,80	81,50±13,03
p			,394	,812	,381	,405	,565	,902	,797

Çizelge-4.1 (Devam) Bakım Veren Aile Üyelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre BVYÖ ve DSÖYKÖ-KF Puan Ortalamaları

Sosyo – Demografik Özellikler	n	%	BVYÖ Puan Ortalaması ± SS	DSÖYKÖ-KF Puan Ortalaması±SS					
			BVYÖP Ortalama ±SS	RAP Ortalama ±SS	ÇAP Ortalama ±SS	FAP Ortalama±SS	SAP Ortalama ±SS	UÇAP Ortalama±SS	DSÖYKÖ-KFP Ortalama±SS
İş/meslek (n=19)									
Memur	2	10,5	44,00±11,31	11,67±1,41	12,75±1,06	13,71±,00	10,00±2,83	20,00±,00	82,50±10,61
İşçi	9	47,4	46,78±11,23	12,67±2,33	11,39±1,47	13,71±1,83	12,00±1,33	16,44±4,67	85,00±8,15
Serbest meslek	8	42,1	55,00±7,59	10,57±1,98	10,43±1,84	11,84±2,40	13,33±2,67	18,29±4,54	8,15±10,48
p			,214	,187	,200	,192	,147	,524	,210

Çizelge-4.1 (Devam) Bakım Veren Aile Üyelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre BVYÖ ve DSÖYKÖ-KF Puan Ortalamaları

Sosyo – Demografik Özellikler	n	%	BVYÖ Puan Ortalaması ± SS	DSÖYKÖ-KF Puan Ortalaması±SS					
			BVYÖP Ortalama ±SS	RAP Ortalama ±SS	ÇAP Ortalama ±SS	FAP Ortalama±SS	SAP Ortalama ±SS	UÇAP Ortalama±SS	DSÖYKÖ-KFP Ortalama±SS
Gelir durumu									
Geliri giderinden az	114	87,7	51,99±11,85	11,84±2,24	11,43±1,97	12,45±2,69	11,98±2,74	17,02±4,78	80,17±11,95
Geliri giderine eşit	16	12,3	46,75±14,97	13,25±2,23	13,72±2,30	14,14±2,62	12,25±3,16	18,00±4,38	92,00±12,95
p			,112	,020	,001	,019	0,714	,439	,001

*Geliri giderinden fazla olanlar geliri giderine eşit olanlar ile birlikte gruplandırılmıştır.

BVYÖP: Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanı

RAP: Ruhsal Alan Puanı

ÇAP: Çevresel Alan Puanı

FAP: Fiziksel Alan Puanı

SAP: Sosyal Alan Puanı

UÇAP: Ulusal Çevre Alanı Puanı

DSÖYKÖ-KFP: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Puanı

(a): “18-41” yaş aralığında olan gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(b): “42-51” yaş aralığında olan gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(c): “Okur – yazar değil” grubundan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(d): “Okur – yazar” olan gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(e): “İlkokul” mezunu olan gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(f): “Ortaokul” mezunu olan gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

Bakım Verme Yüğü Ölçeği genel puan ortalamasının 51.35 ± 12.33 , DSÖYKÖ-KF genel puan ortalamasının 81.62 ± 12.64 olduğu belirlenmiştir. Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nden alınan maksimum puan 77, minimum puan 18; DSÖYKÖ-KF'den alınan maksimum puan 109, minimum puan ise 49'dur.

Araştırma kapsamına alınan aile üyelerinin sosyo-demografik özellikleri ile bu özelliklerin BVYÖ puan ortalaması, DSÖYKÖ-KF puan ortalaması ve bu formun RA, ÇA, FA, SA ve UÇA alt ölçekleri puan ortalamaları ile yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.1 'de verilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan bakım veren aile üyelerinin yaş ortalaması $46,88 \pm 12,60$ olup, %30'u 18-41 yaş, %37,7'si 42-51 yaş aralığında, %32,3'ü ise 52 ve üzeri yaştadır. 52 ve üzeri yaşta olan aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları, 18-41 ya da 42-51 yaş aralığında olan bireylerin puanından daha yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde de aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Elli iki ve üzeri yaşta olan aile üyelerinin DSÖYKÖ-KF FA ve SA alt ölçekleri puan ortalamalarının diğer iki gruptan düşük olduğu belirlenmiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Ayrıca, 52 ve üzeri yaşta olan aile üyelerinin DSÖYKÖ-KF RA alt ölçeği puan ortalamalarının 18-41 yaş arasında olan gruptan daha düşük olduğu ve aradaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu UÇA ve ÇA alt ölçekleri puan ortalamaları ise her üç yaş aralığında olanlarda birbirine yakın olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Örneklemin %89,2'si kadın idi. Kadınların BVYÖ puan ortalamaları erkeklerin puanından yüksek bulunmuş ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Erkeklerin DSÖYKÖ-KF puan ortalamalarının kadınların puanından yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). DSÖYKÖ-KF alt ölçekleri açısından değerlendirildiğinde; kadınların UÇA alt ölçeği puan ortalamaları, erkeklerin puanından düşük bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Kadınların erkeklere göre FA, RA ve ÇA alt ölçekleri puan ortalamaları daha düşük, SA alt ölçeği puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş, ancak

yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Araştırma kapsamına alınan bakım veren aile üyelerinin %85,4'ünün evli olduğu belirlenmiştir. Dul/boşanmış olanların BVYÖ ortalama puanı evli ve bekar olanlardan düşük, DSÖYKÖ-KF ortalama puanı ise daha yüksek bulunmuştur. Ancak yapılan istatistiksel analizde aradaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt ölçekleri açısından incelendiğinde, üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, dul/boşanmış olan aile üyelerinin RA, FA alan ve UÇA alt ölçekleri puan ortalamaları diğer iki gruba göre yüksek bulunmuştur ($p>0,05$). Üç grubun ÇA ve SA alt ölçekleri puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuş ve arada istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bakım veren aile üyelerinin %37,2'sinin 1-2 çocuğu, %32,6'sının 3-4 çocuğu, %13,2'sinin beş ve daha fazla sayıda çocuğu bulunmakta, %17,1'inin ise çocuğu bulunmamaktadır. Beş ve daha fazla sayıda çocuğu olanların BVYÖ puan ortalamaları, diğer gruplardan yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuştur. Ancak yapılan istatistiksel analizde aradaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Grupların DSÖYKÖ-KF alt ölçekleri puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuş ve istatistiksel açıdan gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışma kapsamına alınan bakım veren aile üyelerinin, %50,8'i ilkokul mezunu idi. BVYÖ puan ortalamaları açısından ele alındığında; okuryazar olmayanların puanı fakülte/yüksekokul mezunlarından, okuryazar olanların puanı lise ya da fakülte/yüksekokul mezunlarından, ilkokul mezunu olanların puanı ise lise ya da fakülte/yüksekokul mezunlarından yüksek bulunmuş ve arada istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu puan ortalaması açısından; lise mezunlarının puanı okuryazar olmayan, okuryazar olan ya da ilkokul mezunu olanlardan; fakülte/yüksekokul mezunlarının puanı ise okuryazar olan, okuryazar olmayan, ilkokul ya da ortaokul mezunu olanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt ölçekleri açısından değerlendirildiğinde; okuryazar olmayanların FA alt ölçeği puan ortalamaları, lise ya da fakülte/yüksekokul mezunu olanların puanlarından düşük bulunmuş ve arada istatistiksel açıdan anlamlı

fark saptanmıştır ($p<0,05$). Okuryazar olmayanların RA alt ölçeği puan ortalamaları, lise ya da fakülte/yüksekokul mezunlarının puanlarından düşük bulunmuş ve arada istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Fakülte/yüksekokul mezunlarının RA alt ölçeği puan ortalamaları ise okuryazar olan ya da ilkokul veya ortaokul mezunu olanların puanlarından yüksek bulunmuş ve bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Çevresel alan alt ölçeği puan ortalamaları açısından; okur-yazar olmayanların, okur-yazar olanların ya da ilkokul mezunu olanların puanları, lise ya da fakülte/yüksekokul mezunu olanlardan anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Grupların SA ve UÇA alt ölçekleri puan ortalamaları birbirine yakın olup, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Araştırma kapsamına alınan bakım veren aile üyelerinin %85,4'ü çalışmamaktadır. Çizelgede belirtilmemekle birlikte, çalışmayanların %6,9'unu bakım verme nedeniyle işini bırakanlar oluşturmuştur. Çalışmayan aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları, çalışanların puanından daha yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları ise daha düşüktür. Ancak her iki ölçeğin puan ortalaması bakımından istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt ölçekleri puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde, çalışan ve çalışmayanların puanları birbirine yakın bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak da anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Örnekleme oluşturan çalışan bireylerin %10,5'i memur, %47,4'ü işçi ve %42,1'i serbest meslek sahibidir. Çizelgede belirtilmemekle birlikte, çalışan bireylerin %15,8'i günde 1-4, %63,2'si 8-10 ve %21,1'i ise 13-14 saat çalışmaktadır. Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde, serbest meslek sahibi olanların puanı diğer iki gruptan yüksek bulunmakla birlikte, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu puan ortalamaları bakımından ele alındığında, serbest meslek sahibi olanların puanının, diğer iki gruptan düşük olduğu belirlenmiş ve yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt ölçekleri puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde, üç grubun puanları birbirine yakın bulunmakla birlikte, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Bakım veren aile üyelerinin %87,7'sinin gelirinin giderinden az olduğu saptanmıştır. Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde, geliri giderinden az olanların puanı geliri giderine eşit olanlardan daha yüksek bulunmuş, ancak istatistiksel açıdan iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Geliri giderinden az olanların DSÖYKÖ-KF ve DSÖYKÖ-KF RA, ÇA ve FA alt ölçekleri puan ortalamaları, geliri giderine eşit olanlardan daha düşük bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak da anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Grupların SA ve UÇA alt ölçekleri puan ortalamaları ise birbirine yakın bulunmuş ve istatistiksel olarak da aralarında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge-4.2 Bakım Veren Aile Üyelerinin Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre BVYÖ ve DSÖYKÖ-KF Puan Ortalamaları

Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler	n	%	BVYÖ Puan Ortalaması ± SS	DSÖYKÖ-KF Puan Ortalaması±SS					
			BVYÖP Ortalama ±SS	RAP Ortalama ±SS	ÇAP Ortalama ±SS	FAP Ortalama±SS	SAP Ortalama ±SS	UÇAP Ortalama±SS	DSÖYKÖ-KFP Ortalama±SS
Kronik Hastalık									
Yok	67	51,5	48,87±11,26	12,86±2,08	12,00±2,18	14,00±2,16	12,52±2,86	16,90±4,91	86,54±11,55
Var	63	48,5	53,98±12,95	11,11±2,15	11,41±2,08	11,23±2,54	11,47±2,61	17,40±4,55	76,40±11,70
p			,017	,001	,119	,001	,031	,548	,001
Sürekli kullanılan ilaç (n=63)									
Yok	15	23,8	52,13±14,60	11,11±1,40	11,23±1,94	12,61±2,38	11,91±2,59	17,33±4,70	78,93±7,12
Var	48	76,2	54,56±12,51	11,11±2,35	11,47±2,14	10,80±2,46	11,33±2,62	17,42±4,56	75,60±12,75
p			,530	1,000	,706	,015	,458	,951	,207

Çizelge-4.2 (Devam) Bakım Veren Aile Üyelerinin Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre BVYÖ ve DSÖYKÖ-KF Puan Ortalamaları

Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler	n	%	BVYÖ Puan Ortalaması ± SS	DSÖYKÖ-KF Puan Ortalaması±SS					
			BVYÖP Ortalama ±SS	RAP Ortalama ±SS	ÇAP Ortalama ±SS	FAP Ortalama±SS	SAP Ortalama ±SS	UÇAP Ortalama±SS	DSÖYKÖ-KFP Ortalama±SS
Özel Diyet (n=63)									
Yok	29	46,0	51,17±14,41	11,54±2,09	11,69±2,00	12,18±2,30	12,14±2,63	17,79±3,94	79,90±9,83
Var	34	54,0	56,38±11,24	10,75±2,16	11,18±2,15	10,42±2,49	10,90±2,49	17,06±5,05	73,41±12,45
p			,112	,145	,334	,005	,060	,528	,027
Hastalığı nedeniyle yapması gereken yaşam şekli değişiklikleri (n=63)									
Yok	23	36,5	50,17±14,47	11,36±1,63	12,02±2,24	12,62±2,37	11,77±2,69	17,57±4,78	81,09±10,75
Var	40	63,5	56,18±11,62	10,97±2,41	11,06±1,93	10,43±2,30	11,30±2,58	17,30±4,47	73,70±11,48
p			,076	,486	,078	,001	,497	,826	,015

Çizelge-4.2 (Devam) Bakım Veren Aile Üyelerinin Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre BVYÖ ve DSÖYKÖ-KF Puan Ortalamaları

Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler	n	%	BVYÖ Puan Ortalaması ± SS	DSÖYKÖ-KF Puan Ortalaması±SS					
			BVYÖP Ortalama ±SS	RAP Ortalama ±SS	ÇAP Ortalama ±SS	FAP Ortalama±SS	SAP Ortalama ±SS	UÇAP Ortalama±SS	DSÖYKÖ-KFP Ortalama±SS
Sağlığını algılama durumu									
İyi	35	26,9	45,83±10,90 a,b	13,12±2,16 ^{a,b}	12,53±2,32 ^b	14,76±1,78 ^{a,b}	12,88±2,82 ^b	17,94±3,93	90,77±10,52 ^{a,b}
Orta	70	53,9	52,36±11,37	12,02±2,05	11,64±2,03	12,57±2,22	12,08±2,60	17,14±4,77	81,33±10,18 ^b
Kötü	25	19,2	56,24±14,33	10,43±2,22 ^a	10,78±1,83	9,97±2,71 ^a	10,61±2,79	16,00±5,54	69,64±11,52
p			,003	,001	,006	,001	,007	,295	,001

*Sağlık durumlarını “kötü” algılayanlar “çok kötü” algılayanlarla birlikte gruplandırılmıştır.

- (a): Sağlık durumunu “orta” olarak algılayan gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı
(b): Sağlık durumunu “kötü” olarak algılayan gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

Araştırma kapsamına alınan bakım veren aile üyelerinin sağlık durumuna ilişkin özellikleri ve bu özelliklerin BVYÖ, DSÖYKÖ-KF ve DSÖYKÖ-KF RA, ÇA, FA, SA, UÇA alt ölçekleri puan ortalamaları ile yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.2’te verilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan bakım veren aile üyelerinin %48,5’inin kronik hastalığının bulunduğu belirlenmiştir. Çizelgede belirtilmemekle birlikte, kronik hastalığı olduğunu belirtenlerin hipertansiyon, DM, kalp hastalıkları, hiperkolesterolemi, kanser, böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği, osteoporoz, Behçet hastalığı, romatizmal hastalıklar, astım, bronşit, migren, gastrit, ülser, reflü, bel fıtığı, sinüzit, inme, vertigo, guatr ve depresyon rahatsızlıklarından en az bir tanesine sahip oldukları belirlenmiştir. Kronik hastalığı olan aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları, kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde de aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt ölçekleri açısından değerlendirildiğinde; iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmakla birlikte, kronik hastalığı olanların FA, RA ve SA alt ölçekleri puan ortalamaları, kronik hastalığı olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). İki grubun ÇA ve UÇA alt ölçekleri puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuş ve yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Örnekleme oluşturan kronik hastalığı olan aile üyelerinin %76,2’si kronik hastalığına bağlı ilaç kullanmaktadır. İlaç kullananların, kullanmayanlara göre BVYÖ puan ortalamaları daha yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuş, ancak yapılan istatistiksel analizde aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Kronik hastalığına bağlı ilaç kullananların DSÖYKÖ-KF FA alt ölçeği puan ortalamaları, ilaç kullanmayanlara göre daha düşük bulunmuş ve aradaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). İki grubun RA, ÇA, SA ve UÇA alt ölçekleri puan ortalamaları ise birbirine yakın olup, aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Kronik hastalığı olan aile üyelerinin %54’ünün kronik hastalığına bağlı uyguladığı özel diyetinin olduğu belirlenmiştir. Çizelgede belirtilmemekle birlikte, bakım verenlerin kronik hastalığa bağlı yağ, tuz, karbonhidrat kısıtlı ya da baharatlı, acı

ve ekşi yiyeceklerden kısıtlı diyetlerden en az bir tanesini uygulamak zorunda kaldıkları belirlenmiştir. Hastalığına bağlı özel diyeti olanların BVYÖ puan ortalamaları, özel diyeti olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Hastalığına bağlı özel diyeti olanların DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları, özel diyeti olmayanlardan düşük bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Özel diyeti olanların DSÖYKÖ-KF FA alt ölçeği puan ortalamaları, özel diyeti olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur ve aradaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). İki grubun RA, ÇA, SA ve UÇA alt ölçekleri puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuş ve istatistiksel olarak da aralarında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kronik hastalığı olan aile üyelerinin %63,5'i kronik hastalığına bağlı yaşam şekli değişikliği yapmak durumunda olduğunu belirtmiştir. Çizelgede belirtilmemekle birlikte yaşam şekli değişikliği yapmak zorunda kalan bakım verenlerin, kronik hastalıkların sebep olduğu ağrı, yorgunluk, güçsüzlük, nefes darlığı, stres ve sıkıntıya bağlı olarak uykusuzluk, ev işlerini yapmada güçlük ve aktivite azlığı yaşadıkları belirlenmiştir. Yaşam şekli değişikliği yapmak durumunda olanların BVYÖ puan ortalamaları, yaşam şekli değişikliği yapmak durumunda olmayanlardan yüksek bulunmuş, ancak istatistiksel açıdan gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Kronik hastalığa bağlı yaşam şekli değişikliği olanların, yaşam şekli değişikliği olmayanlara göre DSÖYKÖ-KF ve DSÖYKÖ-KF FA alt ölçeği puan ortalamaları daha düşük bulunmuş ve yapılan istatistiksel analizde de aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Yaşam şekli değişikliği yapmak durumunda olanlar ile yaşam şekli değişikliği yapmak zorunda kalmayanların DSÖYKÖ-KF RA, ÇA, SA ve UÇA alt ölçekleri puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuş olup, aradaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Çalışma kapsamına alınan bireylerin %26,9'u genel sağlık durumlarını "iyi", %53,9'i "orta", %19,2'si "kötü" olarak algıladıklarını belirtmişlerdir. Sağlığını "iyi" olarak algılayanların BVYÖ puan ortalamaları, sağlığını "orta" ya da "kötü" olarak algılayanlardan anlamlı şekilde düşük, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları ise anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları bakımından, sağlık durumunu "kötü" algılayanlar ile "orta" algılayanlar arasında da

anlamli fark saptanmif, “kötü” olarak algılayanların puan ortalaması daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Sağlığını “iyi” algılayanların DSÖYKÖ-KF FA ve RA alt ölçekleri puan ortalamaları, kötü” ya da “orta” algılayanlardan, “orta” algılayanların ise “kötü” algılayanlardan yüksek bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Sağlığını “kötü” olarak algılayanların DSÖYKÖ-KF SA ve ÇA alt ölçekleri puan ortalamaları “iyi” algılayanlardan anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Grupların UÇA alt ölçeği puan ortalaması birbirine yakın olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge-4.3 İnme Tanısı Almış Hastaya İlişkin Özelliklere Göre EGYAİ ve Bİ Puan Ortalamaları

İNME TANISI ALMIŞ HASTAYA İLİŞKİN ÖZELLİKLER	n	%	EGYAİP Ortalama±SS	BİP Ortalama±SS
Hastanın Yaşı				
43-69	40	30,8	9,20±1,83	15,75±21,08
70-79	47	36,2	8,77±1,15	13,40±20,64
80 ve üzeri	43	33,1	8,65±1,36	12,91±20,62
p			,199	,802
İNME TANISINI ALDIĞI SÜRE				
2-6 ay	50	38,5	8,60±1,05	12,30±18,52
7-12 ay	13	10,0	9,08±1,61	20,38±27,50
2-4 yıl	30	23,1	9,17±1,74	12,00±18,32
5-7 yıl	19	14,6	8,95±2,01	15,79±25,24
8 yıl ve üstü	18	13,8	8,83±1,15	15,28±20,33
p			,636	,911
DENeyimlenen Semptomlar				
Baş ağrısı				
Var	81	62,3	8,96±1,68	15,06±21,26
Yok	49	37,7	8,69±,98	12,14±19,66
p			,311	,437
Baş dönmesi				
Var	59	45,4	8,95±1,41	17,46±21,78
Yok	71	54,6	8,79±1,51	11,06±19,33
p			,535	,078

Çizelge-4.3 (Devam) İnme Tanısı Almış Hastaya İlişkin Özelliklere Göre EGYAİ ve Bİ Puan Ortalamaları

İnme Tanısı Almış Hastaya İlişkin Özellikler	n	%	EGYAİP Ortalama±SS	BİP Ortalama±SS
Deneyimlenen Semptomlar				
Güçsüzlük, uyuşma, karıncalanma				
Var	127	97,7	8,87±1,48	13,58±20,13
Yok	3	2,3	8,67±,58	30,00±39,69
p			,816	,174
Yürüme zorluğu				
Var	125	96,2	8,74±1,28	12,28±18,67
Yok	5	3,8	11,80±2,68	56,00±25,35
p			,001	,001
Denge kaybı				
Var	127	97,7	8,83±1,45	13,35±20,01
Yok	3	2,3	10,33±1,53	40,00±35,00
p			,078	,027
Hareket zorluğu				
Var	105	80,8	8,63±1,23	9,62±17,13
Yok	25	19,2	9,84±1,93	32,20±24,28
p			,001	,001

Çizelge-4.3 (Devam) İnme Tanısı Almış Hastaya İlişkin Özelliklere Göre EGYAİ ve Bİ Puan Ortalamaları

İnme Tanısı Almış Hastaya İlişkin Özellikler	n	%	EGYAİP Ortalama±SS	BİP Ortalama±SS
Deneyimlenen Semptomlar				
Yutma güçlüğü				
Var	71	54,6	8,48±,97	7,54±16,14
Yok	59	45,4	9,32±1,80	21,69±22,85
p			,001	,001
Konuşamama				
Var	30	23,1	8,00±,26	1,50±4,38
Yok	100	76,9	9,12±1,57	17,70±22,10
P			,001	,001
Konuşma zorluğu				
Var	51	39,2	8,84±1,38	14,41±20,70
Yok	79	60,8	8,87±1,52	13,67±20,74
p			,909	,843
Anlama zorluğu				
Var	53	40,8	8,38±,90	9,53±18,92
Yok	77	59,2	9,19±1,67	17,01±21,34
p			,001	,042

Çizelge-4.3 (Devam) İnme Tanısı Almış Hastaya İlişkin Özelliklere Göre EGYAİ ve Bİ Puan Ortalamaları

İnme Tanısı Almış Hastaya İlişkin Özellikler	n	%	EGYAİP Ortalama±SS	BİP Ortalama±SS
Deneyimlenen Semptomlar				
Görme problemi				
Var	39	30	8,85±1,09	15,00±20,52
Yok	91	70	8,87±1,60	13,52±20,80
P			,938	,709
Bilinç bulanıklığı / kişilik değişiklikleri				
Var	77	59,2	8,35±,74	7,66±16,75
Yok	53	40,8	9,60±1,88	23,11±22,43
P			,001	,001
Hastanın bağımlılık düzeyi				
Yarı bağımlı	52	40,0	9,96±1,77	32,79±21,01
Tam bağımlı	78	60,0	8,13±,37	1,41±4,76
P			,001	,001

Çizelge-4.4 İnme Tanısı Almış Hastaya İlişkin Özelliklere Göre Bakım Veren Aile Üyelerinin BVYÖ ve DSÖYKÖ-KF Puan Ortalamaları

İnme Tanısı Almış Hastaya İlişkin Özellikler	n	%	BVYÖ Puan Ortalaması ± SS	DSÖYKÖ-KF Puan Ortalaması ±SS						
			BVYÖP Ortalama±SS	RAP Ortalama±SS	ÇAP Ortalama±SS	FAP Ortalama ±SS	SAP Ortalama ±SS	UÇAP Ortalama ±SS	DSÖYKÖ-KFP Ortalama±SS	
Hastanın yaşı										
43-69	40	30,8	49,03±12,20	12,18±2,30	11,83±1,93	13,03±3,08	11,97±2,92	17,50±4,68	83,03±12,95	
70-79	47	36,2	53,13±12,51	11,74±1,99	11,48±2,07	12,22±2,37	11,77±2,67	16,77±5,25	79,49±11,07	
80 ve üzeri	43	33,1	51,56±12,20	12,14±2,57	11,87±2,42	12,80±2,74	12,31±2,80	17,21±4,23	82,65±13,90	
p			,302	,608	,639	,358	,657	,768	,350	

Çizelge-4.4 (Devam) İnme Tanısı Almış Hastaya İlişkin Özelliklere Göre Bakım Veren Aile Üyelerinin BVYÖ ve DSÖYKÖ-KF Puan Ortalamaları

İnme Tanısı Almış Hastaya İlişkin Özellikler	n	%	BVYÖ Puan Ortalaması ±SS	DSÖYKÖ-KF Puan Ortalaması ±SS					
			BVYÖP Ortalama±SS	RAP Ortalama±SS	ÇAP Ortalama±SS	FAP Ortalama ±SS	SAP Ortalama ±SS	UÇAP Ortalama ±SS	DSÖYKÖ-KFP Ortalama±SS
İnme tanısını aldığı süre									
2-6 ay	50	38,5	49,46±12,01	12,31±2,20	12,10±2,25	13,07±2,36	12,51±2,72	18,32±3,53	84,66±11,96
7-12 ay	13	10,0	47,77±13,47	12,46±1,77	11,88±1,92	13,54±2,80	12,51±3,42	17,85±3,87	84,23±12,11
2-4 yıl	30	23,1	50,53±11,96	12,20±2,23	11,83±1,90	12,42±2,91	11,20±2,86	16,67±4,71	80,77±11,73
5-7 yıl	19	14,6	54,21±10,70	12,07±2,66	11,18±2,62	12,87±2,90	12,00±2,63	16,42±5,15	81,26±14,87
8 yıl ve üstü	18	13,8	57,50±13,23	10,48±2,11 ^a	10,89±1,66	11,05±2,72	11,63±2,37	14,89±6,83	73,11±10,89 ^a
p			,093	,044	,230	,055	,237	,220	,017

Çizelge-4.4 (Devam) İnme Tanısı Almış Hastaya İlişkin Özelliklere Göre Bakım Veren Aile Üyelerinin BVYÖ ve DSÖYKÖ-KF Puan Ortalamaları

İnme Tanısı Almış Hastaya İlişkin Özellikler	n	%	BVYÖ Puan Ortalaması ± SS	DSÖYKÖ-KF Puan Ortalaması ±SS						
			BVYÖP Ortalama±SS	RAP Ortalama±SS	ÇAP Ortalama±SS	FAP Ortalama ±SS	SAP Ortalama ±SS	UÇAP Ortalama ±SS	DSÖYKÖ-KFP Ortalama±SS	
Deneyimlenen Semptomlar										
Baş ağrısı										
Var	81	62,3	51,44±12,24	11,69±2,34	11,49±2,13	12,47±2,85	11,51±2,82	16,79±4,96	79,67±12,79	
Yok	49	37,7	51,18±12,62	12,54±2,09	12,09±2,13	12,98±2,50	12,84±2,53	17,71±4,32	84,86±11,83	
P			,908	,037	,120	,299	,007	,282	,023	
Baş dönmesi										
Var	59	45,4	52,90±12,71	11,49±2,46	10,89±2,00	12,13±3,03	11,19±2,78	16,47±5,31	77,22±12,90	
Yok	71	54,6	50,06±11,95	12,44±2,04	12,40±2,02	13,10±2,38	12,69±2,61	17,69±4,15	85,28±11,26	
p			,192	,017	,001	,041	,002	,145	,001	

Çizelge-4.4 (Devam) İnme Tanısı Almış Hastaya İlişkin Özelliklere Göre Bakım Veren Aile Üyelerinin BVYÖ ve DSÖYKÖ-KF Puan Ortalamaları

İnme Tanısı Almış Hastaya İlişkin Özellikler	n	%	BVYÖ Puan Ortalaması ± SS	DSÖYKÖ-KF Puan Ortalaması ±SS						
			BVYÖP Ortalama±SS	RAP Ortalama±SS	ÇAP Ortalama±SS	FAP Ortalama ±SS	SAP Ortalama ±SS	UÇAP Ortalama ±SS	DSÖYKÖ-KFP Ortalama±SS	
Deneyimlenen Semptomlar										
Güçsüzlük, uyuşma, karıncalanma										
Var	127	97,7	51,44±12,30	11,98±2,21	11,72±2,08	12,64±2,66	12,01±2,81	17,17±4,70	81,54±12,30	
Yok	3	2,3	47,33±16,04	13,11±5,05	11,50±4,77	13,52±5,55	12,00±1,33	16,00±6,93	85,33±27,61	
P			,571	,400	,861	,580	,995	,675	,609	
Yürüme zorluğu										
Var	125	96,2	51,94±11,78	11,97±2,28	11,73±2,17	12,59±2,71	12,11±2,79	17,12±4,73	81,54±12,73	
Yok	5	3,8	36,60±17,97	12,93±2,24	11,30±1,60	14,29±2,91	9,60±1,12	17,60±5,37	83,80±11,12	
p			,006	,358	,660	,175	,048	,825	,696	

Çizelge-4.4 (Devam) İnme Tanısı Almış Hastaya İlişkin Özelliklere Göre Bakım Veren Aile Üyelerinin BVYÖ ve DSÖYKÖ-KF Puan Ortalamaları

İnme Tanısı Almış Hastaya İlişkin Özellikler	n	%	BVYÖ Puan Ortalaması ± SS	DSÖYKÖ-KF Puan Ortalaması ±SS						
			BVYÖP Ortalama±SS	RAP Ortalama±SS	ÇAP Ortalama±SS	FAP Ortalama ±SS	SAP Ortalama ±SS	UÇAP Ortalama ±SS	DSÖYKÖ-KFP Ortalama±SS	
Deneyimlenen Semptomlar										
Denge kaybı										
Var	127	97,7	51,32±12,27	11,99±2,28	11,76±2,13	12,61±2,73	12,11±2,72	17,17±4,70	81,69±12,71	
Yok	3	2,3	52,33±17,95	12,89±2,34	9,67±2,02	14,86±1,14	8,00±2,67	16,00±6,93	79,00±11,53	
P			,889	,502	,094	,158	,011	,675	,718	
Hareket zorluğu										
Var	105	80,8	52,02±12,07	12,02±2,37	11,68±2,21	12,60±2,62	12,13±2,78	17,22±4,68	81,70±12,80	
Yok	25	19,2	48,52±13,27	11,97±1,93	11,86±1,90	12,91±3,19	11,52±2,77	16,80±5,03	81,32±12,24	
p			,204	,929	,709	,605	,329	,692	,895	

Çizelge-4.4 (Devam) İnme Tanısı Almış Hastaya İlişkin Özelliklere Göre Bakım Veren Aile Üyelerinin BVYÖ ve DSÖYKÖ-KF Puan Ortalamaları

İnme Tanısı Almış Hastaya İlişkin Özellikler	n	%	BVYÖ Puan Ortalaması ± SS	DSÖYKÖ-KF Puan Ortalaması ±SS						
			BVYÖP Ortalama±SS	RAP Ortalama±SS	ÇAP Ortalama±SS	FAP Ortalama ±SS	SAP Ortalama ±SS	UÇAP Ortalama ±SS	DSÖYKÖ-KFP Ortalama±SS	
Deneyimlenen Semptomlar										
Yutma güçlüğü										
Var	71	54,6	54,38±11,73	11,64±2,37	11,32±2,17	12,30±2,69	11,92±2,69	16,56±5,16	79,32±12,50	
Yok	59	45,4	47,69±12,14	12,45±2,10	12,19±2,02	13,09±2,72	12,11±2,90	17,83±4,09	84,39±12,37	
p			,002	,044	,019	,097	,703	,129	,022	
Konuşamama										
Var	30	23,1	51,97±10,85	11,67±2,18	11,60±1,98	12,25±2,52	12,00±3,07	17,20±4,48	79,93±12,00	
Yok	100	76,9	51,16±12,79	12,11±2,31	11,75±2,20	12,78±2,78	12,01±2,70	17,12±4,83	82,13±12,85	
p			,755	,349	,738	,347	,982	,936	,406	

Çizelge-4.4 (Devam) İnme Tanısı Almış Hastaya İlişkin Özelliklere Göre Bakım Veren Aile Üyelerinin BVYÖ ve DSÖYKÖ-KF Puan Ortalamaları

İnme Tanısı Almış Hastaya İlişkin Özellikler	n	%	BVYÖ Puan Ortalaması ± SS	DSÖYKÖ-KF Puan Ortalaması ±SS					
			BVYÖP Ortalama±SS	RAP Ortalama±SS	ÇAP Ortalama±SS	FAP Ortalama ±SS	SAP Ortalama ±SS	UÇAP Ortalama ±SS	DSÖYKÖ-KFP Ortalama±SS
Deneyimlenen Semptomlar									
Konuşma zorluğu									
Var	51	39,2	53,00±11,78	12,17±2,08	11,80±2,24	12,59±2,76	11,76±2,66	16,63±5,27	81,71±12,49
Yok	79	60,8	50,28±12,64	11,91±2,41	11,66±2,09	12,70±2,72	12,17±2,86	17,47±4,35	81,57±12,82
P			,221	,523	,707	,827	,421	,324	,952
Anlama zorluğu									
Var	53	40,8	53,49±12,46	11,79±2,49	11,44±2,19	12,51±2,65	11,40±2,80	17,06±4,78	79,62±12,69
Yok	77	59,2	49,87±12,11	12,16±2,13	11,90±2,11	12,76±2,79	12,43±2,71	17,19±4,73	83,00±12,51
p			,100	,355	,232	,598	,036	,871	,135

Çizelge-4.4 (Devam) İnme Tanısı Almış Hastaya İlişkin Özelliklere Göre Bakım Veren Aile Üyelerinin BVYÖ ve DSÖYKÖ-KF Puan Ortalamaları

İnme Tanısı Almış Hastaya İlişkin Özellikler	n	%	BVYÖ Puan Ortalaması ± SS	DSÖYKÖ-KF Puan Ortalaması ±SS						
			BVYÖP Ortalama±SS	RAP Ortalama±SS	ÇAP Ortalama±SS	FAP Ortalama ±SS	SAP Ortalama ±SS	UÇAP Ortalama ±SS	DSÖYKÖ-KFP Ortalama±SS	
Deneyimlenen Semptomlar										
Görme problemi										
Var	39	30,0	52,38±11,84	11,27±2,01	11,17±1,79	12,03±2,69	11,73±2,19	16,41±5,33	77,69±10,23	
Yok	91	70,0	50,90±12,58	12,33±2,33	11,95±2,25	12,93±2,71	12,13±3,00	17,45±4,44	83,31±13,25	
P			,532	,014	,056	,084	,448	,252	,020	
Bilinç bulanıklığı / kişilik değişiklikleri										
Var	77	59,2	54,79±10,82	11,73±2,35	11,38±2,25	12,24±2,78	12,00±3,11	16,68±4,96	79,32±12,89	
Yok	53	40,8	46,34±12,77	12,42±2,14	12,21±1,90	13,27±2,55	12,03±2,24	17,81±4,34	84,96±11,61	
p			,001	,093	,029	,033	,960	,180	,012	

Çizelge-4.4 (Devam) İnme Tanısı Almış Hastaya İlişkin Özelliklere Göre Bakım Veren Aile Üyelerinin BVYÖ ve DSÖYKÖ-KF Puan Ortalamaları

İnme Tanısı Almış Hastaya İlişkin Özellikler	n	%	BVYÖ Puan Ortalaması ± SS	DSÖYKÖ-KF Puan Ortalaması ±SS						
			BVYÖP Ortalama±SS	RAP Ortalama±SS	ÇAP Ortalama±SS	FAP Ortalama ±SS	SAP Ortalama ±SS	UÇAP Ortalama ±SS	DSÖYKÖ-KFP Ortalama±SS	
Hastanın bağımlılık düzeyi										
Yarı bağımlı	52	40,0	48,38±13,02	12,44±2,22	11,85±2,00	13,10±2,89	11,69±2,57	16,31±5,06	83,04±12,62	
Tam bağımlı	78	60,0	53,32±11,52	11,73±2,29	11,63±2,24	12,37±2,59	12,22±2,91	17,69±4,44	80,68±12,65	
p			,025	,082	,572	,134	,361	,059	,299	

EGYAİP: Entrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Puanı

BİP: Barthel İndeksi Puanı

(a) : Tanı süresinin üzerinden 2-6 ay geçen inme tanısı almış bireylere bakım veren gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

İnme tanısı almış hastaya ilişkin özelliklere göre EGYAİ VE Bİ puan ortalamaları Çizelde 4.3'te verilmiştir. İnme tanısı almış hastaya ilişkin özelliklere göre bakım veren aile üyelerinin BVYÖ, DSÖYKÖ-KF, DSÖYKÖ-KF alt ölçekleri ile yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.4'te verilmiştir.

Aile üyelerinin bakım verdiği inme tanısı almış bireylerin yaş ortalaması $73,58 \pm 11,15$ olup, %30,8'i 43-69, %36,2'si 70-79 yaş aralığında ve %33,1'i 80 ve üzeri yaştaadır. Seksen ve üzeri yaşta olanların EGYAİ ve Bİ puan ortalamaları diğer gruplara göre daha düşük bulunmuş ancak üç grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Yetmiş-yetmiş dokuz yaş arasında olan bireylere bakım veren aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları en yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları en düşük bulunmuş, ancak yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). DSÖYKÖ-KF alt ölçekleri açısından değerlendirildiğinde, üç yaş grubundaki inme hastalarına bakım veren aile üyelerinin ölçek puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuş ve istatistiksel olarak da gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

İnme tanısı almış bireylerin %38,5'i 2-6 ay, %13,8'i sekiz yıl ve daha fazla süre önce inme tanısı almıştır. Entrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve Bİ puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Sekiz yıl ve daha fazla süre önce inme tanısı almış bireylere bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamaları en yüksek bulunmuştur ($p > 0,05$). Tanı süresinin üzerinden 2-6 ay geçen bireylere bakım verenler ile sekiz yıl ve daha fazla süre geçen bireylere bakım verenler arasında, DSÖYKÖ-KF ile DSÖYKÖ-KF RA alt ölçeği puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Buna göre tanı alındıktan sonra sekiz yıl ve daha fazla süre geçmiş olan bireylere bakım veren aile üyelerinin her iki ölçek puanı daha düşük bulunmuştur. Grupların DSÖYKÖ-KF FA, SA, ÇA ve UÇA alt ölçekleri puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuş ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

İnme tanısı almış bireylerin %62,3'ünün baş ağrısı yakınması bulunduğu belirlenmiştir. Entrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve Bİ puan ortalamaları açısından ele alındığında, baş ağrısı olan ve olmayanların puanları birbirine yakın bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Baş ağrısı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları, baş

ağrısı olmayan bireylere bakım verenlerden daha yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde iki grup arasında DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları açısından anlamlı fark saptanmış, ancak BVYÖ puan ortalamaları bakımından anlamlı fark saptanmamıştır ($p<0,05$; $p>0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt ölçekleri açısından değerlendirildiğinde; baş ağrısı bulunan bireylere bakım veren aile üyelerinin RA ve SA alt ölçekleri puan ortalamaları, baş ağrısı bulunmayan bireylere bakım verenlerden daha düşük bulunmuş ve yapılan istatistiksel analizde de iki grup arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bakım verdiği bireyin baş ağrısı yakınması olan ve olmayan aile üyelerinin UÇA, FA ve ÇA alt ölçekleri puan ortalamaları birbirine yakın olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

İnme tanısı almış bireylerin %45,4'ünün baş dönmesi yakınması olduğu belirlenmiştir. Entrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve Bİ puan ortalamaları açısından ele alındığında, baş dönmesi bulunan ve baş dönmesi bulunmayan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış, ancak baş dönmesi yakınması olanların Bİ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p>0,05$). Bakım verdiği bireyde baş dönmesi olanların BVYÖ puan ortalamaları, bakım verdiği bireyde baş dönmesi olmayanlardan yüksek bulunmuş, ancak iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Bakım verdiği bireyde baş dönmesi bulunanların DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları, baş dönmesi olmayanlara göre daha düşük bulunmuş ve yapılan istatistiksel analizde de iki grup arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt ölçekleri açısından değerlendirildiğinde; baş dönmesi bulunan bireylere bakım veren aile üyelerinin FA, RA, SA ve ÇA alt ölçekleri puan ortalamaları, baş dönmesi olmayan bireylere bakım verenlerden daha düşük bulunmuş ve iki grup arasında istatistiksel olarak da anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Ulusal çevre alanı alt ölçeği puan ortalamaları açısından iki grubun puanları birbirine yakın bulunmuş, ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

İnme tanısı almış bireylerin %97,7'sinin yüz, kol veya bacaklarında, özellikle vücudunun bir tarafında güçsüzlük, uyuşma ve karıncalanma olduğu saptanmıştır. Entrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve Bİ puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde, belirtilen semptomları bulunan ve bulunmayan inme tanısı almış

bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Ancak güçsüzlük, uyuşma ve karıncalanma şikayeti olmayan inme hastalarının Bİ puan ortalamaları, belirtilen şikayetleri bulunan inme tanısı almış bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Belirtilen semptomları bulunan bireylere bakım veren aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları daha yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Ancak, yapılan istatistiksel analizde iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt ölçek puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde, iki grubun puanları birbirine yakın bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak da anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

İnme tanısı almış bireylerin %96,2'sinin yürüme zorluğunun olduğu saptanmıştır. Yürüme zorluğu bulunan bireylerin EGYAİ ve Bİ puan ortalamaları, yürüme zorluğu bulunmayanlara göre daha düşük bulunmuş ve yapılan istatistiksel analizde de iki grup arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Yürüme zorluğu bulunan bireylere bakım veren aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları, yürüme zorluğu bulunmayan bireylere bakım verenlere göre yüksek olup, aradaki fark istatistiksel açıdan da anlamlıdır ($p<0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamakla birlikte, yürüme zorluğu bulunan bireylere bakım veren aile üyelerinin ölçek puanı daha düşük bulunmuştur ($p>0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt ölçekleri açısından değerlendirildiğinde; yürüme zorluğu bulunan bireylere bakım veren aile üyelerinin sosyal alan alt ölçeği puan ortalamaları, yürüme zorluğu bulunmayan bireylere bakım verenlerden yüksek olup, gruplar arasında istatistiksel olarak da anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Çevresel Alan, FA, RA ve UÇA alt ölçekleri puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde ise iki grubun puanları birbirine yakın bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

İnme tanısı almış bireylerin %97,7'sinde denge kaybı bulunduğu belirlenmiştir. Denge kaybı bulunan bireylerin Bİ puan ortalamaları, denge kaybı olmayanlardan düşük bulunmuş ve iki grup arasında istatistiksel olarak da anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Entrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi puan ortalaması açısından değerlendirildiğinde; denge kaybı olan ve olmayan grupların puanları birbirine yakın

bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak da anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Bakım verdiği bireyde denge kaybı olan ve olmayan aile üyelerinin BVYÖ ve DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt ölçekleri açısından değerlendirildiğinde; bakım verdiği bireyde denge kaybı olan aile üyelerinin SA alt ölçeği puan ortalamaları, bakım verdiği bireyde denge kaybı olmayanlardan yüksek bulunmuş ve yapılan istatistiksel analizde de iki grup arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bakım verdiği bireyde denge kaybı olan ve olmayan aile üyelerinin RA, FA, ÇA ve UÇA alt ölçekleri puan ortalamaları birbirine yakın olup, gruplar arasında istatistiksel olarak da anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

İnme tanısı almış bireylerin %80,8'inin kollarını ve bacaklarını hareket ettirmede zorluk yaşadıkları saptanmıştır. Hareket zorluğu yaşayan bireylerin EGYAİ ve Bİ puan ortalamaları, hareket zorluğu yaşamayanlara göre düşük bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak da anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Hareket zorluğu olan bireylere bakım veren aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları, hareket zorluğu yaşamayan bireylere bakım verenlere göre yüksek bulunmuş, ancak istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Kollarını ve bacaklarını hareket ettirmede zorluk yaşayan ve yaşamayan bireylere bakım verenlerin DSÖYKÖ-KF ve DSÖYKÖ-KF alt ölçekleri puan ortalamaları birbirine yakın olup, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

İnme tanısı almış bireylerin %54,6'sının yutma güçlüğü yaşadığı saptanmıştır. Yutma güçlüğü olan bireylerin EGYAİ ve Bİ puan ortalamaları, bu zorluğu yaşamayanlara göre düşük bulunmuş, yapılan istatistiksel analizde de iki grup arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Yutma güçlüğü olan bireylere bakım veren aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları, yutma güçlüğü olmayan bireylere bakım verenlerden yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları ise düşük bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak da anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt ölçekleri açısından değerlendirildiğinde; yutma güçlüğü bulunan bireylere bakım verenlerin RA ve ÇA alt ölçekleri puan ortalamaları, yutma güçlüğü bulunmayan bireylere bakım verenlerden düşük bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Yutma güçlüğü bulunan

bireylere bakım verenlerin FA, SA ve UÇA alt ölçekleri puan ortalamaları, yutma güçlüğü bulunmayanlardan daha düşük bulunmuş, ancak yapılan istatistiksel analizde iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

İnme tanısı almış bireylerin %23,1'inin konuşamama, %39,2'sinin ise konuşma zorluğu sorunu olduğu saptanmıştır. Konuşamayan bireylerin EGYAİ ve Bİ puan ortalamaları, konuşamama sorunu bulunmayanlara göre düşük bulunmuş ve gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Konuşma zorluğu sorunu bulunan ve bulunmayan bireylerin EGYAİ ve Bİ puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Konuşamama veya konuşma zorluğu sorunu olan bireylere bakım veren aile üyeleri ile belirtilen sorunları bulunmayan bireylere bakım veren aile üyelerinin BVYÖ ve DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt ölçekleri açısından incelendiğinde; bakım verdiği bireyde konuşamama ya da konuşma zorluğu sorunu olan ve olmayanların puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak da anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

İnme tanısı almış bireylerin %40,8'inde anlama zorluğunun olduğu saptanmıştır. Anlama zorluğu olan bireylerin EGYAİ ve Bİ puan ortalamaları, anlama zorluğu olmayanlara göre düşük bulunmuş, yapılan istatistiksel analizde de aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Anlama zorluğu bulunan bireylere bakım veren aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları, anlama zorluğu yaşamayan bireylere bakım verenlere göre yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları ise düşüktür. Ancak yapılan istatistiksel analizde aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). DSÖYKÖ-KF alt ölçekleri açısından değerlendirildiğinde; anlama zorluğu olan bireylere bakım veren aile üyelerinin SA alt ölçeği puan ortalamaları, anlama zorluğu bulunmayan bireylere bakım veren aile üyelerinden düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bakım verdiği bireyde anlama zorluğu bulunan ve bulunmayan aile üyelerinin RA, FA, ÇA ve UÇA alt ölçekleri puan ortalamaları birbirine yakın olup, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

İnme tanısı almış bireylerin %30'unun görme problemi olduğu belirlenmiştir. Görme sorunu olan ve olmayan inme tanısı almış bireylerin EGYAİ ve Bİ puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Görme sorunu bulunan bireylere bakım veren aile üyelerinin BVYÖ puanı ortalamaları, görme sorunu bulunmayan bireylere bakım verenlerden yüksek bulunmuştur. Ancak, yapılan istatistiksel analizde aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Görme sorunu olan bireylere bakım verenlerin DSÖYKÖ-KF ve DSÖYKÖ-KF RA alt ölçeği puan ortalamaları, görme sorunu olmayan bireylere bakım verenlerden düşük bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Görme sorunu olan ve olmayan bireylere bakım verenlerin DSÖYKÖ-KF ÇA, FA, SA ve UÇA alt ölçekleri puan ortalamaları birbirine yakın olup, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

İnme tanısı almış bireylerin %59,2'sinde bilinç bulanıklığı/kişilik değişiklikleri olduğu saptanmıştır. Bilinç bulanıklığı/kişilik değişiklikleri olan bireylerin EGYAİ ve Bİ puan ortalamaları, bilinç bulanıklığı/kişilik değişiklikleri olmayanlara göre düşük bulunmuş ve iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Belirtilen sorunu bulunan bireylere bakım veren aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları, bu sorunu bulunmayan bireylere bakım verenlere göre yüksek, DSÖYKÖ-KF puanı ortalamaları ise düşük bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizlerde de aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt ölçekleri açısından değerlendirildiğinde; bilinç bulanıklığı/kişilik değişiklikleri olan bireylere bakım veren aile üyelerinin FA ve ÇA alt ölçekleri puan ortalamaları, belirtilen sorunu bulunmayan bireylere bakım verenlere göre düşük bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde de aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bilinç bulanıklığı/kişilik değişiklikleri olan ve olmayan bireylere bakım verenlerin RA, SA ve UÇA alt ölçekleri puan ortalamaları birbirine yakın olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

İnme tanısı almış bireylerin %40'ı yarı bağımlı, %60 ise tam bağımlıdır. Tam bağımlı bireylerin EGYAİ ve Bİ puan ortalamaları, yarı bağımlı olanlara göre daha düşük bulunmuş ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Tam bağımlı bireylere bakım veren aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları,

yarı bağımlı bireylere bakım verenlere göre yüksek bulunmuş ve yapılan istatistiksel analizde de iki grup arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Tam bağımlı bireylere bakım verenlerin DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları, yarı bağımlı bireylere bakım verenlere göre daha düşük bulunmuştur. Ancak, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt ölçekleri açısından incelendiğinde, iki grubun puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu saptanmış, yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge-4.5 EGYAI'ye Göre Hastaların Başkasına Bağımlılık Durumlarının Dağılımı

Lawton-Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri	Bağımsız		Kısmen Bağımlı		Bağımlı	
	n	%	n	%	n	%
Telefonu kullanabilme	5	3,8	41	31,5	84	64,6
Yürüme mesafesi dışındaki yerlere gidebilme	1	,8	21	16,2	108	83,1
Alışverişe gidebilme	0	0	2	1,5	128	98,5
Kendi öğünlerini hazırlayabilme	1	,8	2	1,5	127	97,7
Kendi ev işlerini yapabilme	0	0	4	3,1	126	96,9
Kendi çamaşırını yıkayabilme	0	0	2	1,5	128	98,5
Kendi ilaçlarını alabilme	3	2,3	18	13,8	109	83,8
Mali durumunu idare edebilme	0	0	3	2,3	127	97,7

Hastaların EGYAI'ye göre bağımlılık durumlarının dağılımı Çizelge 4.5'te yer almaktadır. İnme tanısı almış bireylerin %98,5'inin alışverişe gidebilme, %96,9'unun kendi ev işlerini yapabilme, %98,5'inin kendi çamaşırını yıkayabilme ve %97,7'sinin mali durumunu idare edebilme aktivitesi bakımından tam bağımlı olduğu belirlenmiştir.

Çizelge-4.6 Ölçek Puanlarının Birbirleri ile Korelasyonu (n=130)

		EGYAİ	Bİ	BVYÖ	FA	RA	SA	ÇA	UÇA	DSÖYK Ö-KF
EGYAİ	Pearson Correlation	1	,645**	-,300**	,182 ^ˆ	,137	-,035	,127	-,058	,163
	Sig. (2-tailed)		,001	,001	,038	,120	,690	,150	,514	,063
Bİ	Pearson Correlation	,645**	1	-,335**	,254**	,226**	-,051	,115	-,212 ^ˆ	,185 ^ˆ
	Sig. (2-tailed)	,001		,001	,004	,010	,563	,194	,016	,035
BVYÖ	Pearson Correlation	-,300**	-,335**	1	-,459**	-,473**	-,234**	-,491**	-,234**	-,583**
	Sig. (2-tailed)	,001	,001		,001	,001	,007	,001	,007	,001
FA	Pearson Correlation	,182 ^ˆ	,254**	-,459**	1	,644**	,365**	,400**	,149	,821**
	Sig. (2-tailed)	,038	,004	,001		,001	,001	,001	,091	,001
RA	Pearson Correlation	,137	,226**	-,473**	,644**	1	,430**	,493**	,120	,829**
	Sig. (2-tailed)	,120	,010	,001	,001		,001	,001	,175	,001
SA	Pearson Correlation	-,035	-,051	-,234**	,365**	,430**	1	,315**	,106	,566**
	Sig. (2-tailed)	,690	,563	,007	,001	,001		,001	,230	,001
ÇA	Pearson Correlation	,127	,115	-,491**	,400**	,493**	,315**	1	,135	,750**
	Sig. (2-tailed)	,150	,194	,001	,001	,001	,001		,127	,001
UÇA	Pearson Correlation	-,058	-,212 ^ˆ	-,234**	,149	,120	,106	,135	1	,244**
	Sig. (2-tailed)	,514	,016	,007	,091	,175	,230	,127		,005
DSÖYK- KF	Pearson Correlation	,163	,185 ^ˆ	-,583**	,821**	,829**	,566**	,750**	,244**	1
	Sig. (2-tailed)	,063	,035	,001	,001	,001	,001	,001	,005	

** p<0.001, * p<0.05

Örnekleme kapsamına alınan bakım veren aile üyelerinin BVYÖ, DSÖYKÖ-KF ve DSÖYKÖ-KF alt ölçek puanlarının ve ayrıca bakım alan inme tanısı almış bireylerin EGYAİ ve Bİ puanlarının birbirleri ile korelasyonları Çizelge 4.6'da verilmiştir.

Yapılan istatistiksel değerlendirmede; EGYAİ puanının; Bİ ve DSÖYKÖ-KF FA alt ölçeği puanları ile pozitif yönde, BVYÖ puanı ile negatif yönde anlamlı ilişkilerinin olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bakım verilen inme tanısı almış bireylerin bağımlılık düzeyleri azaldıkça, bakım veren aile üyelerinin fiziksel alandaki yaşam kalitelerinin arttığı saptanmıştır. Ayrıca EGYAİ puanı artıkça, BVYÖ puanının düştüğü saptanmıştır.

Barthel İndeksi puanının; BVYÖ ve DSÖYKÖ-KF UÇA alt ölçeği puanları ile negatif yönde, DSÖYKÖ-KF, DSÖYKÖ-KF RA ve FA alt ölçekleri puanları ile pozitif yönde anlamlı ilişkilerinin olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bakım verilen inme tanısı almış bireylerin bağımlılık düzeyleri azaldıkça, onlara bakım verenlerin yaşam kalitelerinin arttığı ve bakım verme yüklerinin azaldığı saptanmıştır.

Bakım Verme Yükü Ölçeği puanının; DSÖYKÖ-KF ve DSÖYKÖ-KF alt ölçekleri puanları ile negatif yönde ve anlamlı ilişkilerinin olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). Bakım verme yükü artıkça, bakım verenlerin yaşam kalitelerinin düştüğü saptanmıştır.

Çizelge 4.7 Bakım Veren Aile Üyelerinin İnme Tanısı Almış Hastanın Bakımına İlişkin Özelliklere Göre BVYÖ ve DSÖYKÖ-KF Puan Ortalamaları

Bakım Verenlerin İnme Tanısı Almış Hastanın Bakımına İlişkin Özellikler	n	%	BVYÖ Puan Ortalaması ± SS	DSÖYKÖ-KF Puan Ortalaması±SS						
			BVYÖP Ortalama ±SS	RAP Ortalama ±SS	ÇAP Ortalama ±SS	FAP Ortalama±SS	SAP Ortalama ±SS	UÇAP Ortalama±SS	DSÖYKÖ-KFP Ortalama±SS	
Hastaya yakınlık derecesi										
Eş	32	24,6	54,31±11,13	11,35±2,08 ^{b,c}	11,52±2,10	11,43±2,45 ^{a,b}	10,58±2,19 ^{a,b}	17,63±4,05	77,00±11,82	
Çocuk	72	55,4	50,32±12,82	12,00±2,29 ^c	11,91±2,24	12,91±2,73	12,31±2,84	17,28±4,83	82,79±12,82	
Akraba	22	16,9	51,64±11,54	12,58±2,13	11,36±2,05	13,40±2,70	12,97±2,86	16,18±5,59	83,27±12,65	
Bakıcı	4	3,1	44,50±15,95	14,33±2,96	11,75±1,32	13,86±2,65	12,67±1,72	16,00±3,27	88,50±8,81	
p			,311	,041	,696	,021	,003	,410	,090	
Hasta bireyle birlikte yaşama durumu										
Yaşayan	98	75,4	52,98±11,86	11,84±2,26	11,47±2,15	12,50±2,76	11,76±2,85	16,82±4,97	80,34±12,66	
Yaşamayan	32	24,6	46,34±12,59	12,54±2,31	12,45±1,98	13,14±2,60	12,79±2,42	18,13±3,80	85,56±11,95	
p			,008	,130	,024	,249	,081	,234	,042	

Çizelge-4.7 (Devam) Bakım Veren Aile Üyelerinin İnme Tanısı Almış Hastanın Bakımına İlişkin Özelliklere Göre BVYÖ ve DSÖYKÖ-KF Puan Ortalamaları

Bakım Verenlerin İnme Tanısı Almış Hastanın Bakımına İlişkin Özellikler	n	%	BVYÖ Puan Ortalaması ± SS	DSÖYKÖ-KF Puan Ortalaması±SS						
			BVYÖP Ortalama ±SS	RAP Ortalama ±SS	ÇAP Ortalama ±SS	FAP Ortalama±SS	SAP Ortalama ±SS	UÇAP Ortalama±SS	DSÖYKÖ-KFP Ortalama±SS	
Daha önce hasta bakımına ilişkin deneyim										
Yok	90	69,2	51,57±11,93	11,99±2,17	11,82±2,23	12,74±2,55	11,99±2,89	17,42±4,42	82,00±12,42	
Var	40	30,8	50,85±13,34	12,05±2,53	11,48±1,93	12,47±3,11	12,07±2,54	16,50±5,37	80,78±13,26	
p			,761	,895	,396	,602	,878	,307	,612	
Bakım verilen süre										
2-6 ay	64	49,2	49,39±12,67	12,42±2,16	12,08±2,18	12,99±2,26	12,46±2,62	18,00±3,97	84,45±11,46	
7-12 ay	16	12,3	51,50±11,09	12,29±1,65	11,56±1,58	13,04±2,75	12,17±2,96	17,00±4,95	81,94±10,98	
2-4 yıl	33	25,4	51,67±11,52	11,35±2,58	11,47±2,25	12,00±3,41	11,23±2,83	16,24±5,38	77,91±14,83	
5 yıl ve üstü	17	13,1	57,94±12,35 ^d	11,49±2,41	10,97±2,16	12,34±2,79	11,69±3,00	15,76±5,56	77,88±12,01	
p			,088	,116	,222	,334	,211	,191	,054	

Çizelge-4.7 (Devam) Bakım Veren Aile Üyelerinin İnme Tanısı Almış Hastanın Bakımına İlişkin Özelliklere Göre BVYÖ ve DSÖYKÖ-KF Puan Ortalamaları

Bakım Verenlerin İnme Tanısı Almış Hastanın Bakımına İlişkin Özellikler	n	%	BVYÖ Puan Ortalaması ± SS	DSÖYKÖ-KF Puan Ortalaması±SS						
			BVYÖP Ortalama ±SS	RAP Ortalama ±SS	ÇAP Ortalama ±SS	FAP Ortalama±SS	SAP Ortalama ±SS	UÇAP Ortalama±SS	DSÖYKÖ-KFP Ortalama±SS	
Bakımda yardım alma durumu										
Almayan	48	36,9	54,21±13,16	11,71±2,30	11,19±1,96	11,95±2,86	11,42±2,83	16,67±5,17	77,77±11,99	
Alan	82	63,1	49,67±11,58	12,19±2,26	12,02±2,20	13,07±2,57	12,36±2,71	17,41±4,46	83,88±12,54	
p			,042	,250	,031	,023	,096	,467	,007	
Aile üyesi yardımı (n=82)										
Alan	65	79,3	49,63±12,39	12,14±2,37	11,97±2,27	13,05±2,77	12,29±2,96	17,42±4,44	83,51±13,23	
Almayan	17	20,7	49,82±8,07	12,35±1,86	12,24±1,95	13,14±1,70	12,63±1,42	17,41±4,68	85,29±9,64	
p			,939	,736	,660	,871	,647	,998	,604	

Çizelge-4.7 (Devam) Bakım Veren Aile Üyelerinin İnme Tanısı Almış Hastanın Bakımına İlişkin Özelliklere Göre BVYÖ ve DSÖYKÖ-KF Puan Ortalamaları

Bakım Verenlerin İnme Tanısı Almış Hastanın Bakımına İlişkin Özellikler	n	%	BVYÖ Puan Ortalaması ± SS	DSÖYKÖ-KF Puan Ortalaması±SS					
			BVYÖP Ortalama ±SS	RAP Ortalama ±SS	ÇAP Ortalama ±SS	FAP Ortalama±SS	SAP Ortalama ±SS	UÇAP Ortalama±SS	DSÖYKÖ-KFP Ortalama±SS
Akraba yardımı (n=82)									
Alan	21	25,6	46,57±10,67	12,25±1,83	12,26±1,65	13,36±2,15	12,76±1,96	17,52±4,47	85,90±9,85
Almayan	61	74,4	50,74±11,78	12,16±2,41	11,94±2,36	12,97±2,72	12,22±2,92	17,38±4,50	83,18±13,34
p			,156	,876	,569	,556	,431	,898	,394
Komşu / arkadaş yardımı (n=82)									
Alan	6	7,3	54,67±13,52	9,89±2,29	11,42±3,41	10,57±2,86	12,44±,69	18,67±3,27	74,00±16,99
Almayan	76	92,7	49,28±11,43	12,37±2,17	12,07±2,10	13,27±2,46	12,35±2,81	17,32±4,54	84,66±11,92
p			,275	,009	,485	,013	,936	,479	,044

Çizelge-4.7 (Devam) Bakım Veren Aile Üyelerinin İnme Tanısı Almış Hastanın Bakımına İlişkin Özelliklere Göre BKYÖ ve DSÖYKÖ-KF Puan Ortalamaları

Bakım Verenlerin İnme Tanısı Almış Hastanın Bakımına İlişkin Özellikleri	n	%	BKYÖ Puan Ortalaması ± SS	DSÖYKÖ-KF Puan Ortalaması±SS					
			BKYÖP Ortalama ±SS	RAP Ortalama ±SS	ÇAP Ortalama ±SS	FAP Ortalama±SS	SAP Ortalama ±SS	UÇAP Ortalama±SS	DSÖYKÖ-KFP Ortalama±SS
Bakıcı yardımı (n=82)									
Alan	5	6,1	54,20±5,81	13,07±2,65	13,80±1,60	13,60±3,01	12,53±4,38	20,00±,00	90,00±12,31
Almayan	77	93,9	49,38±11,82	12,13±2,24	11,91±2,19	13,04±2,56	12,35±2,61	17,25-4,55	83,48±12,53
p			,370	,373	,062	,640	,882	,000	,263
Devletten bakım maaşı yardımı (n=82)									
Alan	5	6,1	55,80±16,21	10,13±2,02	10,10±,55	10,17±2,66	10,13±2,23	17,60±5,37	69,20±8,04
Almayan	77	93,9	49,27±11,25	12,32±2,22	12,15±2,21	13,26±2,47	12,50±2,68	17,40±4,44	84,83±12,21
p			,224	,035	,000	,008	,058	,924	,006

Çizelge-4.7 (Devam) Bakım Veren Aile Üyelerinin İnme Tanısı Almış Hastanın Bakımına İlişkin Özelliklere Göre BVYÖ ve DSÖYKÖ-KF Puan Ortalamaları

Bakım Verenlerin İnme Tanısı Almış Hastanın Bakımına İlişkin Özellikleri	n	%	BVYÖ Puan Ortalaması ± SS	DSÖYKÖ-KF Puan Ortalaması±SS						
			BVYÖP Ortalama ±SS	RAP Ortalama ±SS	ÇAP Ortalama ±SS	FAP Ortalama±SS	SAP Ortalama ±SS	UÇAP Ortalama±SS	DSÖYKÖ-KFP Ortalama±SS	
Alınan Yardımın Türü (n=82)										
Maddi yardım	5	6,1	53,60±9,42	10,40±2,48	9,80±2,66	12,23±2,38	9,87±2,42	19,20±1,79	72,80±14,25	
Bakım desteği	41	50,0	50,32±10,05	12,34±2,43	11,79±2,19	12,98±2,52	12,98±2,75	17,56±4,18	84,17±12,91	
Maddi+bakım desteği	11	13,4	51,36±11,73	11,64±1,89	12,45±2,05	13,14±3,15	10,42±1,96 ^e	17,45±4,82	82,64±9,95	
Bakım+bilgi desteği	6	7,3	47,17±14,29	13,33±1,79	13,42±1,32	13,90 ±1,72	13,56±2,14	17,33±4,13	91,50 ±9,75	
Bakım+duygusal destek	14	17,1	42,43±12,45	12,62±1,88	12,79±2,09	13,51±2,50	12,48±2,00	16,29±5,76	86,57±11,51	
Bakım+maddi+duygusal destek	5	6,1	60,00±12,53	11,33±2,36	11,40±1,78	12,34±3,58	12,27±3,82	17,60±5,37	78,60±14,57	
P			,053	,243	,057	,853	,017	,889	,166	

Çizelge-4.7 (Devam) Bakım Veren Aile Üyelerinin İnme Tanısı Almış Hastanın Bakımına İlişkin Özelliklere Göre BVYÖ ve DSÖYKÖ-KF Puan Ortalamaları

Bakım Verenlerin İnme Tanısı Almış Hastanın Bakımına İlişkin Özellikleri	n	%	BVYÖ Puan Ortalaması ± SS	DSÖYKÖ-KF Puan Ortalaması±SS						
			BVYÖP Ortalama ±SS	RAP Ortalama ±SS	ÇAP Ortalama ±SS	FAP Ortalama±SS	SAP Ortalama ±SS	UÇAP Ortalama±SS	DSÖYKÖ-KFP Ortalama±SS	
Alınan yardımın /desteğin yeterlilik düzeyi (n=82)										
Yeterli	4	4,9	35,75±14,48	13,67±3,20	13,25±2,02	14,43±4,00	11,67±1,68	16,00±5,66	91,00±17,20	
Kısmen yeterli	51	62,2	48,96±10,84	12,56±2,22	12,53±2,22	13,38±2,39	12,50±2,58	17,02±4,86	86,37±11,83	
Yetersiz	27	32,9	53,07±11,19 ^f	11,26±1,94 ^g	10,89±1,74 ^g	12,30±2,60	12,20±3,09	18,37±3,38	78,11±11,50 ^g	
P			,014	,020	,003	,117	,787	,365	,009	

Çizelge-4.7 (Devam) Bakım Veren Aile Üyelerinin İnme Tanısı Almış Hastanın Bakımına İlişkin Özelliklere Göre BKYÖ ve DSÖYKÖ-KF Puan Ortalamaları

Bakım Verenlerin İnme Tanısı Almış Hastanın Bakımına İlişkin Özellikleri	n	%	BKYÖ Puan Ortalaması ± SS	DSÖYKÖ-KF Puan Ortalaması±SS						
			BKYÖP Ortalama ±SS	RAP Ortalama ±SS	ÇAP Ortalama ±SS	FAP Ortalama±SS	SAP Ortalama ±SS	UÇAP Ortalama±SS	DSÖYKÖ-KFP Ortalama±SS	
Bireyin bakımında zorlanılan alanlar (Beslenme)										
Var	80	61,5	53,81±11,62	11,70±2,26	11,41±2,19	12,14±2,67	11,78±2,87	17,15±4,69	79,30±12,40	
Yok	50	38,5	47,40±12,54	12,51±2,24	12,21±2,00	13,49±2,64	12,37±2,63	17,12±4,85	85,34±12,25	
p			,004	,049	,037	,006	,240	,979	,008	
Bireyin bakımında zorlanılan alanlar (Giyinme)										
Var	110	84,6	52,56±12,02	11,81±2,31	11,53±2,22	12,45±2,69	11,98±2,92	17,09±4,90	80,53±12,82	
Yok	20	15,4	44,65±12,18	13,10±1,79	12,75±1,23	13,80±2,73	12,20±1,85	17,40±3,73	87,65±9,90	
p			,008	,020	,018	,041	,784	,729	,020	

Çizelge-4.7 (Devam) Bakım Veren Aile Üyelerinin İnme Tanısı Almış Hastanın Bakımına İlişkin Özelliklere Göre BVYÖ ve DSÖYKÖ-KF Puan Ortalamaları

Bakım Verenlerin İnme Tanısı Almış Hastanın Bakımına İlişkin Özellikleri	n	%	BVYÖ Puan Ortalaması ± SS	DSÖYKÖ-KF Puan Ortalaması±SS						
			BVYÖP Ortalama ±SS	RAP Ortalama ±SS	ÇAP Ortalama ±SS	FAP Ortalama±SS	SAP Ortalama ±SS	UÇAP Ortalama±SS	DSÖYKÖ-KFP Ortalama±SS	
Bireyin bakımında zorlanılan alanlar (Hareket ettirme)										
Var	114	87,7	52,50±11,82	11,85±2,21	11,55±2,15	12,48±2,55	11,95±2,75	17,44±4,55	80,76±12,00	
Yok	16	12,3	43,13±13,17	13,13±2,51	12,88±1,75	13,96±3,60	12,42±3,07	15,00±5,56	87,75±15,65	
p			,004	,036	,020	,040	,737	,033	,038	
Bireyin bakımında zorlanılan alanlar (Banyo)										
Var	121	93,1	51,74±12,36	11,90±2,27	11,66±2,18	11,90±2,27	11,91±2,82	17,12±4,82	81,10±12,63	
Yok	9	6,9	46,00±11,27	13,48±2,08	12,50±1,50	13,48±2,08	13,33±1,89	17,33±3,46	88,67±11,16	
p			,179	,044	,257	,074	,122	,682	,083	

Çizelge-4.7 (Devam) Bakım Veren Aile Üyelerinin İnme Tanısı Almış Hastanın Bakımına İlişkin Özelliklere Göre BKYÖ ve DSÖYKÖ-KF Puan Ortalamaları

Bakım Verenlerin İnme Tanısı Almış Hastanın Bakımına İlişkin Özellikleri	n	%	BKYÖ Puan Ortalaması ± SS	DSÖYKÖ-KF Puan Ortalaması±SS					
			BKYÖP Ortalama ±SS	RAP Ortalama ±SS	ÇAP Ortalama ±SS	FAP Ortalama±SS	SAP Ortalama ±SS	UÇAP Ortalama±SS	DSÖYKÖ-KFP Ortalama±SS
Bireyin bakımında zorlanılan alanlar (Pozisyon değiştirme)									
Var	125	96,2	53,14±11,75	11,82±2,27	11,51±2,20	12,31±2,53	12,04±2,73	17,41±4,66	80,40±12,14
Yok	5	3,8	44,82±12,43	12,71±2,23	12,45±1,76	13,92±3,07	11,90±2,99	16,14±4,93	86,07±13,66
p			,001	,065	,041	,005	,826	,108	,001
Bireyin bakımında zorlanılan alanlar (İletişim)									
Var	73	56,2	54,96±11,24	11,50±2,31	11,27±2,06	12,14±2,73	11,49±3,02	16,71±5,00	78,19±12,08
Yok	57	43,8	46,72±12,21	12,67±2,08	12,29±2,13	13,32±2,59	12,68±2,30	17,68±4,34	86,02±12,07
p			,000	,003	,007	,014	,028	,286	,000

Çizelge-4.7 (Devam) Bakım Veren Aile Üyelerinin İnme Tanısı Almış Hastanın Bakımına İlişkin Özelliklere Göre BVYÖ ve DSÖYKÖ-KF Puan Ortalamaları

Bakım Verenlerin İnme Tanısı Almış Hastanın Bakımına İlişkin Özellikleri	n	%	BVYÖ Puan Ortalaması ± SS	DSÖYKÖ-KF Puan Ortalaması±SS						
			BVYÖP Ortalama ±SS	RAP Ortalama ±SS	ÇAP Ortalama ±SS	FAP Ortalama±SS	SAP Ortalama ±SS	UÇAP Ortalama±SS	DSÖYKÖ-KFP Ortalama±SS	
Bireyin bakımında zorlanılan alanlar (Boşaltım)										
Var	73	56,2	54,36±11,09	11,66±2,35	11,40±2,29	12,16±2,67	12,13±2,82	17,15±4,83	79,37±12,64	
Yok	57	43,8	47,49±12,86	12,46±2,12	12,11±1,89	13,29±2,69	11,86±2,75	17,12±4,64	84,51±12,16	
p			,001	,048	,061	,019	,510	,723	,021	

- (a): İnme tanısı almış bireyin “çocuğu” olan gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı
(b): İnme tanısı almış bireyin “akrabası” olan gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı
(c): İnme tanısı almış bireyin “bakıcısı” olan gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı
(d): İnme tanısı almış bireye “2-6 ay süreyle” bakım veren gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı
(e): Sadece bakım yardımı alan gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı
(f): Aldığı yardımı “yeterli” bulan gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı
(g): Aldığı yardımı “kısmen yeterli” bulan gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

Aile üyelerinin bakım verdiği inme tanısı almış bireylerin bakımına ilişkin özellikleri ve bu özelliklerin BVYÖ, DSÖYKÖ-KF ve DSÖYKÖ-KF alt ölçekleri puan ortalamaları ile yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.7’de verilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan bakım veren aile üyelerinin %24,6’sının bakım verilen bireyin eşi, %55,4’ünün çocuğu, %16,9’unun akrabası ve %3,1’inin ise bakıcısı olduğu saptanmıştır. İnme tanısı almış bireyin eşi olanların BVYÖ puan ortalamaları diğer gruplardan yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları ise düşük bulunmuş, ancak yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt ölçekleri açısından ele alındığında; bakım verilen bireyin eşi olanların FA ve SA alt ölçekleri puan ortalamaları, bakım verilen bireyin çocuğu veya akrabası olanların puanlarından düşük bulunmuş, yapılan istatistiksel analizde de gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Ruhsal alan alt ölçeği puan ortalamaları bakımından incelendiğinde, hastanın eşi olanların puanı, bakıcısı veya akrabası olanlardan; çocuğu olanların puanı ise bakıcısı olanlardan düşük bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde de gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Grupların ÇA ve UÇA alt ölçekleri puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu ve gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Örnekleme oluşturan aile üyelerinin %75,4’ünün inme tanısı almış birey ile birlikte yaşadıkları saptanmıştır. İnme tanısı almış birey ile birlikte yaşayanların BVYÖ puan ortalamalarının hasta ile birlikte yaşamayanlardan yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamalarının ise hasta ile birlikte yaşamayanlardan düşük olduğu belirlenmiş ve iki grup arasında istatistiksel açıdan da anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt ölçekleri açısından incelendiğinde; inme tanısı almış bireyle birlikte yaşayanların ÇA alt ölçeği puan ortalamaları, inme tanısı almış bireyle birlikte yaşamayanlardan düşük bulunmuş ve istatistiksel açıdan gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Grupların FA, RA, SA ve UÇA alt ölçekleri puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel açıdan da anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Araştırma kapsamına alınan bakım veren aile üyelerinin %30,8'inin daha önce hasta bakımına ilişkin deneyimi bulunduğu saptanmıştır. Çizelgede belirtilmemekle birlikte, daha önce deneyimi olan bakım verenlerin inme ya da inme dışındaki diğer kronik hastalığı olan, ameliyat geçirmiş olan ya da özürlü olan yakınlarına bakım verdikleri belirlenmiştir. Daha önce hasta bakımına ilişkin deneyimi olan ve olmayanların BVYÖ puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuştur ($p>0,05$). Deneyimi olmayanların DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları, deneyimi olanlardan daha yüksek bulunmuş, ancak yapılan istatistiksel analizde aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Daha önce bakım deneyimi olan ve olmayan bakım verenlerin DSÖYKÖ-KF alt ölçekleri puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuş ve iki grup arasında istatistiksel açıdan da anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bakım veren aile üyelerinin %49,2'sinin 2-6 ay, %13,1'inin beş yıl ve daha fazla süreyle inme tanısı almış bireye bakım verdikleri saptanmıştır. Çizelgede belirtilmemekle birlikte bakım verenlerin %74,6'sının devamlı, %25,4'ünün ise diğer aile üyeleri arasında günde, haftada, ayda ya da yılda dönüşümlü olarak bakım verdikleri belirlenmiştir. Beş yıl ve daha uzun süreyle bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamaları, 2-6 ay süreyle bakım verenlerden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Beş yıl ve daha uzun süreyle bakım verenlerin DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları diğer gruplardan (2-6 ay, 7-12 ay, 2-4 yıl bakım veren) düşük bulunmuş, ancak yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Grupların DSÖYKÖ-KF alt ölçekleri puan ortalamaları birbirine yakın olup, istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bakım veren aile üyelerinin %36,9'unun bakım verdiği bireyin bakımında yardım alamadıkları saptanmıştır. İnme tanısı almış bireyin bakımında yardım alamayan bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamaları, bakımda yardım alanlardan yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları ise düşük bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde de gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt ölçekleri açısından değerlendirildiğinde; bakım verdiği bireyin bakımında yardım alan ve alamayanların FA ve ÇA alt ölçekleri puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmış, bireyin bakımında yardım alamayanların puanları daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). İnme tanısı almış bireyin bakımında yardım alamayanların RA, SA ve UÇA alt ölçekleri puan ortalamaları, bireyin bakımında

yardım alanlara göre düşük bulunmuş, ancak aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Aile üyelerinin yardım aldıkları kaynaklarının %79,3'ünü diğer aile üyelerinin oluşturduğu saptanmıştır. Bakım Verme Yükü Ölçeği, DSÖYKÖ-KF ve DSÖYKÖ-KF alt ölçekleri puan ortalamaları açısından incelendiğinde, diğer aile üyelerinden yardım alan ve almayanların puanları birbirine yakın bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bakım verdikleri bireyin bakımında yardım alan aile üyelerinin %25,6'sının akraba yardımı aldıkları belirlenmiştir. Akraba yardımı alanların BVYÖ puan ortalamaları, bu yardımı almayanlardan düşük, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları ise yüksek bulunmuştur. Ancak, istatistiksel açıdan gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt ölçekleri açısından incelendiğinde, akraba yardımı alan ve almayanların puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuş ve yapılan istatistiksel analizde de gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Araştırma kapsamına alınan ve bireyin bakımında yardım alan aile üyelerinin %7,3'ü komşu/arkadaş yardımı aldıklarını belirtmişlerdir. Bireyin bakımında komşu/arkadaş yardımı alanların BVYÖ puan ortalamaları, bakımda komşu/arkadaş yardımı almayanlardan yüksek bulunmuş, ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu puan ortalamaları açısından incelendiğinde, komşu/arkadaş yardımı alanların puanı, komşu/arkadaş yardımı almayanlardan daha düşük bulunmuş ve yapılan istatistiksel analizde de iki grup arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt ölçekleri açısından incelendiğinde; bireyin bakımında komşu/arkadaş yardımı alanların RA ve FA alt ölçekleri puan ortalamaları, bakımda komşu/arkadaş yardımı almayanlardan düşük bulunmuş ve istatistiksel açıdan gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bireyin bakımında komşu/arkadaş yardımı alan ve almayanların SA, ÇA ve UÇA alt ölçekleri puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuş ve gruplar arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışma kapsamına alınan ve bireyin bakımında yardım alan aile üyelerinin yalnızca %6,1'i bakıcı yardımı aldığını belirtmiştir. Bakım Verme Yükü Ölçeği ve DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları bakımından, bakıcı yardımı alan ve almayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamakla birlikte, bakıcı yardımı alanların puanları daha yüksek bulunmuştur ($p>0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt ölçekleri açısından incelendiğinde, bakıcı yardımı alanların UÇA alt ölçeği puan ortalamaları, bakıcı yardımı almayanlardan yüksek bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak da anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bakıcı yardımı alanlar ve almayanların RA, SA, ÇA ve FA alt ölçekleri puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuş ve yapılan istatistiksel analizde de gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Örnekleme oluşturan ve bireyin bakımında yardım alan aile üyelerinin yalnızca %6,1'i devletten bakım maaşı aldıklarını ifade etmişlerdir. Bakım maaşı yardımı alanların BVYÖ puan ortalamaları, bu yardımı alamayanlardan yüksek bulunmuştur. Ancak iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Devletten bakım maaşı yardımı alanların DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları, bakım maaşı yardımı alamayanlardan daha düşük bulunmuş, gruplar arasında istatistiksel açıdan da anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt ölçekleri açısından değerlendirildiğinde, bakım maaşı yardımı alanların RA, ÇA ve FA alt ölçekleri puan ortalamaları, bakım maaşı yardımı alamayanlardan düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak da gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). İki grubun SA ve UÇA alt ölçekleri puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Örnekleme oluşturan aile üyelerinin %6,1'i yalnızca maddi yardım, %50'si yalnızca bakım yardımı, %13,4'ü hem maddi yardım hem de bakım yardımı aldıklarını ifade etmişlerdir. BVYÖ puan ortalamaları açısından belirtilen yardımları alan gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamakla birlikte; bakım yardımı, maddi yardım ve duygusal desteği birlikte alanların BVYO puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p>0,05$). Yalnızca maddi yardım alanların DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları diğer yardımları alan gruplardan düşük bulunmuş, fakat gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt ölçekleri açısından incelendiğinde, yalnızca bakım yardımı alanların SA alt

ölçeği puan ortalamaları, maddi yardım ve bakım yardımını birlikte alanlardan yüksek bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Grupların RA, ÇA, FA ve UÇA alt ölçekleri puan ortalamaları birbirine yakın olup, gruplar arasında istatistiksel açıdan da anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bakımda yardım kaynağı bulunan bakım veren aile üyelerinin %32,9'u aldığı yardımı "yetersiz" bulduğunu ifade etmiştir. Aldığı yardımı "yetersiz" bulanların BVYÖ puan ortalamaları, aldığı yardımı "yeterli" bulanlardan yüksek bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Aldığı yardımı "yetersiz" bulanların DSÖYKÖ-KF ile DSÖYKÖ-KF RA ve ÇA alt ölçekleri puan ortalamaları, aldığı yardımı "kısmen yeterli" bulanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Aldığı yardımı "yeterli" bulan, "kısmen yeterli" bulan ve "yetersiz" bulan bakım verenlerin DSÖYKÖ-KF FA, SA ve UÇA alt ölçekleri puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuş ve yapılan istatistiksel analizde de gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Araştırma kapsamına alınan aile üyelerinin %61,5'i bakım verdiği bireyin beslenmesi konusunda zorlandığını belirtmiştir. Bakım verdiği bireylerin beslenmesi konusunda zorlananların BVYÖ puan ortalamaları, bu konuda zorlanmayanlardan yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları ise düşük bulunmuş, yapılan istatistiksel analizde de gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt ölçekleri açısından incelendiğinde, bakım verdiği bireyin beslenmesi konusunda zorlananların RA, ÇA ve FA alt ölçekleri puan ortalamaları, bu konuda zorlanmayanlardan anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım verdiği bireyin beslenmesi konusunda zorlanan ve zorlanmayanların SA ve UÇA alt ölçekleri puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu gözlenmiş ve gruplar arasında istatistiksel açıdan da anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışma kapsamına alınan bakım veren aile üyelerinin %84,6'sı bakım verdiği bireyin giyinmesi konusunda zorlandığını belirtmiştir. Bakım verdiği bireyin giyinmesi konusunda zorlananların BVYÖ puan ortalamaları, zorlanmayanlardan yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları ise düşük bulunmuş ve iki grup arasında istatistiksel açıdan da anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt ölçekleri açısından incelendiğinde, bireyin giyinmesi konusunda zorlanan aile üyelerinin RA, ÇA ve FA alt ölçekleri puan ortalamaları, bu konuda

zorlanmayan aile üyelerinden düşük bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde de aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bakım verdiği bireyin giyinmesi konusunda zorlanan ve zorlanmayan aile üyelerinin SA ve UÇA alt ölçekleri puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel açıdan da anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bakım veren aile üyelerinin %87,7'si bakım verdiği bireyi hareket ettirme konusunda zorlandığını belirtmiştir. Bakım verdiği bireyi hareket ettirme konusunda zorlananların BVYÖ puan ortalamaları, bu konuda zorlanmayanlardan yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları ise düşük bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde de aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt ölçekleri açısından değerlendirildiğinde; bakım verdiği bireyi hareket ettirme konusunda zorlanan aile üyelerinin RA, ÇA ve FA alt ölçekleri puan ortalamaları bu konuda zorlanmayanlara göre düşük; UÇA alt ölçeği puan ortalamaları ise yüksek bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). İki grubun SA alt ölçeği puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel açıdan da anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Örnekleme oluşturan bakım veren aile üyelerinin %93,1'i bakım verdiği bireye banyo yaptırmada zorlandığını belirtmiştir. Bakım verdiği bireye banyo yaptırmada zorlanan aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları, bu konuda zorlanmayanlardan yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları ise düşük bulunmuştur. Ancak, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Bakım verdiği bireye banyo yaptırmada zorlanan aile üyelerinin DSÖYKÖ-KF RA alt ölçeği puan ortalamaları, bu konuda zorlanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım verdiği bireye banyo yaptırmada zorlanan ve zorlanmayanların DSÖYKÖ-KF ÇA, FA, SA ve UÇA alt ölçekleri puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu belirlenmiş ve gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bakım veren aile üyelerinin %96,2'si bakım verdiği bireyin pozisyon değişimi konusunda zorlandığını ifade etmiştir. Bakım verdiği bireyin pozisyon değişimi konusunda zorlananların BVYÖ puan ortalamaları, bu konuda zorlanmayanlardan yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları ise düşük bulunmuştur. Yapılan istatistiksel

analizlerde de iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt ölçekleri açısından değerlendirildiğinde; bakım verdiği bireyin pozisyon değişimi konusunda zorlananların ÇA ve FA alt ölçekleri puan ortalamaları, bu konuda zorlanmayanlara göre düşük bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel açıdan da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bakım verdiği bireylerin pozisyon değişimi konusunda zorlanan ve zorlanmayanların RA, SA ve UÇA alt ölçekleri puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışma kapsamına alınan bakım veren aile üyelerinin %56,2'si bakım verdiği bireyle iletişim kurmakta zorlandığını belirtmiştir. Bakım verdiği bireyle iletişim kurmakta zorlanan aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları, iletişim kurmakta zorlanmayan aile üyelerinden yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları düşük bulunmuştur. İki grup arasında istatistiksel olarak da anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt ölçekleri açısından incelendiğinde; RA, ÇA, FA ve SA alt ölçekleri puan ortalamaları bakımından, bakım verdiği bireyle iletişim kurmakta zorlanan ve zorlanmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre bakım verdiği bireyle iletişim konusunda zorlanan aile üyelerinin ölçek puanları diğer gruba göre düşük bulunmuştur. Her iki grubun UÇA alt ölçeği puan ortalaması birbirine yakın bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel açıdan da anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Örnekleme oluşturan bakım veren aile üyelerinin %56,2'si bakım verdiği bireyin boşaltım gereksinimini karşılamada zorlandığını belirtmiştir. Bakım verdiği bireyin boşaltım gereksinimini karşılamada zorlanan aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları, bu konuda zorlanmayan aile üyelerinden yüksek bulunmuş ve yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu, DSÖYKÖ-KF RA ve FA alt ölçekleri puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde; iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre bakım verdiği bireyin boşaltım gereksinimini karşılamada zorlanan aile üyelerinin ölçek puan ortalamaları bu konuda zorlanmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Bakım verdiği bireyin boşaltım gereksinimini karşılamada zorlanan ve zorlanmayanların SA, ÇA ve UÇA alt ölçekleri

puan ortalamaları birbirine yakın olup, gruplar arasında istatistiksel olarak da anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge-4.8 Bakım Veren Aile Üyelerinin Hasta Bakımı Nedeniyle Yaşamlarında Etkilenen Alanlara İlişkin Özelliklere Göre BVYÖ ve DSÖYKÖ-KF Puan Ortalamaları

Hasta bakımı nedeniyle bakım veren aile üyelerinin yaşamında etkilenen alanlar	n	%	BVYÖ Puan Ortalaması ± SS	DSÖYKÖ-KF Puan Ortalaması±SS					
			BVYÖP Ortalama ±SS	RAP Ortalama ±SS	ÇAP Ortalama ±SS	FAP Ortalama±SS	SAP Ortalama ±SS	UÇAP Ortalama±SS	DSÖYKÖ-KFP Ortalama±SS
Aile içi ilişkiler									
Etkilendi	55	42,3	55,33±11,85	11,37±2,23	11,11±2,09	12,37±2,76	11,81±2,84	15,49±5,66	78,07±12,24
Etkilenmedi	75	57,7	48,43±11,93	12,48±2,22	12,16±2,08	12,87±2,70	12,16±2,75	18,35±3,49	84,23±12,38
p			,001	,006	,005	,309	,475	,001	,006
Sosyal ilişkiler									
Etkilendi	125	96,2	51,75±12,09	11,95±2,30	11,65±2,14	12,65±2,75	11,96±2,80	17,02±4,79	81,30±12,72
Etkilenmedi	5	3,8	41,20±15,45	13,47±,99	13,40±1,56	12,80±2,41	13,33±1,89	20,00±,00	89,80±7,60
p			,060	,146	,073	,907	,280	,000	,141

Çizelge-4.8 Bakım Veren Aile Üyelerinin Hasta Bakımı Nedeniyle Yaşamlarında Etkilenen Alanlara İlişkin Özelliklere Göre BVYÖ ve DSÖYKÖ-KF Puan Ortalamaları

Hasta bakımı nedeniyle bakım veren aile üyelerinin yaşamında etkilenen alanlar	n	%	BVYÖ Puan Ortalaması ± SS	DSÖYKÖ-KF Puan Ortalaması±SS						
			BVYÖP Ortalama ±SS	RAP Ortalama ±SS	ÇAP Ortalama ±SS	FAP Ortalama±SS	SAP Ortalama ±SS	UÇAP Ortalama±SS	DSÖYKÖ-KFP Ortalama±SS	
İş yaşamı (n=19)										
Etkilendi	15	78.9	50,47±8,74	11,51±2,15	11,00±1,77	12,72±2,19	12,36±2,33	17,33±4,70	80,27±10,11	
Etkilenmedi	4	21,1	44,00±15,58	13,33±2,55	12,50±1,22	14,71±1,35	12,33±1,68	17,00±3,83	90,00±8,29	
P			,279	,163	,133	,105	,986	,898	,096	

Araştırma kapsamına alınan bakım veren aile üyelerinin, hasta bakımı nedeniyle yaşamlarında etkilenen alanlara ilişkin özellikler ve bu özelliklerin BVYÖ, DSÖYKÖ-KF ve DSÖYKÖ-KF alt ölçekleri puan ortalamaları ile yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.8’de verilmiştir

Bakım veren aile üyelerinin %42,3’ü hasta bakımı nedeniyle aile içi ilişkilerinin etkilendiğini belirtmiştir. Çalışmamızda aile içi ilişkilerinin etkilendiğini ifade eden bakım verenler; aile içinde stresli ilişkiler, eş ile tartışma, eşinden ayrılma, eş ve çocuklara yeterince zaman ayıramama şeklinde sorunlar bildirmişlerdir. Aile içi ilişkilerinin etkilendiğini belirten aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları, aile içi ilişkilerinin etkilenmediğini belirtenlerden yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları ise düşük bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel açıdan da anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu RA, ÇA ve UÇA alt ölçekleri puan ortalamaları bakımından gruplar arasında anlamlı fark saptanmış, aile içi ilişkileri etkilenen aile üyelerinin ölçek puanları, aile içi ilişkileri etkilenmeyenlere göre düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım verme işlevi nedeniyle aile içi ilişkileri etkilenen ve etkilenmeyenlerin DSÖYKÖ-KF FA ve SA alt ölçekleri puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuş ancak, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışma kapsamına alınan bakım veren aile üyelerinin %96,2’si hasta bakımı nedeniyle sosyal ilişkilerinin etkilendiğini belirtmiştir. Çizelgede belirtilmemekle birlikte sosyal ilişkileri etkilenenlerin %48,5’i “sosyal hayatım bitti”, “hiç dışarı çıkamıyorum”, “dışarı çıktığımda aklım hep evde kalıyor, hemen eve dönüyorum”, “mahkum gibiyim”, “akraba ziyaretleri bitti” ifadelerinden birini ya da ikisini kullanmışlardır. Sosyal ilişkileri etkilenenlerin %32,3’ü, sosyal ilişkilerinin azaldığını, akraba/arkadaşlarla daha az görüştiklerini belirtmişlerdir. Sosyal ilişkileri etkilenenlerin %15,4’ü ise eskisi kadar sık dışarı çıkamadığını ve eskisi kadar gezemediğini ifade etmiştir. Bakım verme rolü nedeniyle sosyal ilişkileri etkilenen aile üyelerinin BVYÖ puanı ortalamaları, sosyal ilişkileri etkilenmeyenlerden yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları ise düşük bulunmuştur. Ancak yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt ölçekleri açısından incelendiğinde; bakım verme işlevi nedeniyle sosyal ilişkilerinin etkilendiğini belirten aile üyelerinin UÇA ölçeği puan

ortalaması, sosyal ilişkilerinin etkilenmediğini belirtenlerden düşük bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak da anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Bakım verme işlevi nedeniyle sosyal ilişkileri etkilenen ve etkilenmeyen aile üyelerinin RA, ÇA, FA ve SA alt ölçekleri puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel açıdan da anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

Örnekleme oluşturan bakım veren aile üyelerinin %78,9'u bakım verme nedeniyle iş yaşamlarının etkilendiğini belirtmiştir. İş yaşamı etkilenenler; işe geç gitme/işten erken dönme, iş saatlerinin etkilenmesi, bakım nedeniyle işe gitmediği dönemler olması, eskisi kadar sık işe gidememe, işlerinin bölünmesi, işini erteleme/durdurma, işteyken aklının sürekli evde olması şeklinde etkilenmeler bildirmişlerdir. Bakım verme nedeniyle iş yaşamının etkilendiğini belirtenlerin BVYÖ puan ortalamaları, iş yaşamının etkilenmediğini belirtenlerden yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları ise düşük bulunmuş, ancak yapılan istatistiksel analizde aradaki farklılık anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Bakım verme nedeniyle iş yaşamı etkilenen ve etkilenmeyen aile üyelerinin, DSÖYKÖ-KF alt ölçekleri puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuştur. Ancak, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde çalışmamızdan elde edilen bulgular ve bulguların değerleri literatür bilgileri ile karşılaştırılmış, literatüre uyan ve uymayan sonuçlar nedenleri ile birlikte tartışılmıştır.

Çalışma kapsamına alınan bakım veren aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamalarının 51.35 ± 12.33 , DSÖYKÖ-KF puan ortalamalarının 81.62 ± 12.64 olduğu saptanmıştır. Bakım Verme Yükü Ölçeği'nden alınan maksimum puan 77, minimum puan 18; DSÖYKÖ-KF'den alınan maksimum puan 109, minimum puan ise 49'dur.

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu'ndan minimum 27, maksimum 135 puan alınabilmektedir. Çalışmamızda DSÖYKÖ-KF puan ortalamasının 81,62 olarak saptanması, bakım verenlerin genel yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir. Bakım Verme Yükü Ölçeği'nden en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Çalışmamızda BVYÖ ortalama puanının 51.35 ± 12.33 olması bakım verme yükünün yüksek olduğunu göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan bakım veren aile üyelerinin yaş ortalaması $46,88 \pm 12,60$ idi. 52 ve üzeri yaşta olanların BVYÖ puan ortalamalarının en yüksek, DSÖYKÖ-KF ile DSÖYKÖ-KF FA ve SA alt ölçek puan ortalamalarının en düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca 52 ve üzeri yaşta olan aile üyelerinin DSÖYKÖ-KF RA alt ölçek puan ortalamalarının, 18-41 yaş arasında olan gruptan daha düşük olduğu saptanmıştır.

Yapılan çalışmalarda, inme tanısı almış bireylere bakım verenlerin yaş ortalamalarının 44,5 ile 65,7 arasında olduğu belirlenmiştir (22,191,241-246). Yapılan bir çalışmada, bizim çalışma bulgumuzdan farklı olarak, bakım veren bireyin yaşı arttıkça bakım yükü puanının azaldığı saptanmış (247), bazı çalışmalarda ise bakım yükü ile yaş arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (22,242,247). Yapılan bir çalışmada bizim çalışma bulgumuza paralel olarak, bakım verenlerin yaşam kalitesi ile bakım verenlerin yaşları arasında negatif ilişki saptanmış (242), bakım verenin artan yaşının, ruhsal ve fiziksel sağlıklarını da olumsuz etkilediği belirlenmiştir (211,241,245,248). Akyar (249) çalışma bulgumuzdan farklı olarak, bakım verenin yaşının, bakım verenin günlük yaşamını bakım verme işlevinden dolayı etkilemediğini saptamıştır.

Yaş ortalaması yüksek olan bireylerin daha fazla bakım verme yükü hissetmesi ve yaşam kalitesinin daha düşük olması; bakım verme sırasında sık eğilme, kalkma ve bakım için gereken yüksek düzeyde hareketin yol açtığı çabadan kaynaklanabilmektedir (250). Ayrıca yaş ile birlikte ortaya çıkan kronik hastalıkların, bakım verme yükü ile birlikte bakım verenlerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarını olumsuz yönde etkilediği söylenebilir. Bakım verme işlevine bağlı sosyal aktiviteler de azalabilmektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerin %89,2'sinin kadın olduğu belirlenmiştir. Kadınların BVYÖ puan ortalamalarının daha yüksek, DSÖYKÖ-KF ile DSÖYKÖ-KF RA, FA ve ÇA alt ölçekleri puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuştur. Kadınların DSÖYKÖ-KF UÇA alt ölçeği puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda da bakım verenlerin çoğunluğunun kadın olduğu saptanmıştır (191,203,241-243,245). Bazı çalışmalarda bizim çalışma bulgumuza benzer olarak bakım verme yükü ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (22,242,243,251). Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlüklerle ilgili yapılan bir çalışmada ise bizim çalışma bulgularımızdan farklı olarak, kadın bakım verenlerin ailede güçlük ve bakımda sorun yaşama durumlarının erkeklere göre daha düşük oranda olduğu saptanmıştır (249).

Bakım verenlerin cinsiyeti ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmakla birlikte, yapılan çalışmalarda bizim çalışma bulgularımıza paralel olarak bakım verme işlevi nedeniyle kadınların ruhsal ve fiziksel sağlıklarının olumsuz etkilendiği bulunmuştur (241,248,252,253).

Kadınların bakım verme işlevine uygun görülmesinin nedenleri arasında; bu işin toplum tarafından kadınların üstlenmesi gereken bir iş olarak görülmesi, iş hayatına erkekler kadar atılmış bulunmamaları ve kadınların daha şefkatli ve sabırlı bir karaktere sahip olmaları gösterilebilir. Belirtilen nedenlerin kadınların bakım verme işine daha fazla zaman ayırmasına, dolayısıyla bakım verme yükünü daha fazla hissetmelerine ve yaşam kalitelerinin daha düşük olmasına yol açtığı düşünülmektedir. Bakım verme işlevi, fiziksel ve ruhsal olarak da kadınların daha fazla etkilenme sebebi olabilmektedir. Ayrıca, kadınların eş/akraba gibi kendilerine yakın kişilerle olan ilişkilerinde baskı ve kontrollerle ilgili zorlukları daha fazla yaşadığı düşünülmektedir. Kadınların baskı ve kontrolle ilgili zorlukları erkeklere göre daha fazla yaşamalarının nedeni olarak, Türk toplumunun geleneksel yapısında kadınlar için oluşturulan kalıplar gösterilebilmektedir.

İnme tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerinin çoğunun (%85,4) evli olduğu belirlenmiştir. Dul/boşanmış olanların BVYÖ puan ortalamalarının evli ve bekar olanlardan daha düşük, DSÖYKÖ-KF puan ortalamalarının ise daha yüksek olduğu saptanmıştır. Dul/boşanmış olan aile üyelerinin DSÖKFÖ-KF RA, FA ve UÇA alt ölçekleri puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda da bakım verenlerin çoğunun evli olduğu belirlenmiştir (190,243,254). Bazı çalışmalarda bizim çalışma bulgumuza paralel olarak bakım yükü ile bakım verenin medeni durumu arasında anlamlı fark saptanmamıştır (22). Yaşar (247) ise bizim bulgumuza benzer olarak kadın ve bekar olan bakım verenlerde bakım verme yükünün daha yüksek olduğunu bulmuştur.

Bakım verenin medeni durumu ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalara ulaşılamamıştır. Bilinçsiz hasta yakınlarının depresyon durumunun incelendiği bir çalışmada evli olan bakım verenlerde daha fazla depresyon saptanmış, ancak bakım veren hasta yakınlarının medeni durumları ile depresyon görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (248).

Dul/boşanmış olan bireylerin bakım verme yüklerinin daha az ve yaşamdan aldıkları doyumun daha fazla olmasının nedenleri arasında, ruhsal ve fiziksel olarak kendilerini daha iyi hissetmeleri, ayrıca eş, akraba gibi kendilerine yakın kişilerle olan ilişkilerinde baskı ve kontrollerle ilgili zorlukları daha az yaşamaları gösterilebilir.

Beş ve daha fazla çocuğu olanların BVYÖ puan ortalamaları, daha az sayıda çocuğu olanlardan daha yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuş, ancak yapılan istatistiksel analizde farklılıklar anlamlı çıkmamıştır.

Yapılan bir çalışmada iki veya daha fazla çocuk sahibi olanlar bakım verenlerin %41'ini oluşturmuştur (243). Bizim çalışma bulgularımıza benzer sonuçlar içeren başka çalışmalara ulaşılamamıştır. Yaşar (247), bizim çalışma bulgularımızın tersine çocuğu olmayanların; iki, üç ve daha çok çocuğu olanlara göre; iki çocuğu olanların ise üç ve daha çok çocuğu olanlara göre bakım verme yükü puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğunu belirlemiştir.

Bakım veren bireylerin, bakım verme görevlerine ek olarak çocuklarıyla ilgili sorumluluklarını da yerine getirmeye çalışmaları, yüklerinin daha fazla artmasına ve dolayısıyla yaşamdan daha az doyum almalarına yol açabilmektedir. Çocuk sayısının fazla olması, bakım verme işlevinden geriye kalan zamanlarda her bir çocuğa ayrılacak

zamanın azalması anlamına gelebilmektedir. Bu durumda birey, çocuklarına yeterince zaman ayırmadığını düşünüp suçluluk duygusu hissedebilmektedir. Bakım verenlerin çoğunun kadın, çalışmayan ve düşük gelir düzeyine sahip bireyler olmaları da yükü daha fazla arttırabilmektedir. Diğer yandan çocukları yetişkin olan bakım verenler de benzer şekillerde bakım yükü hissedebilmektedir.

Çalışma kapsamına alınan bakım veren aile üyelerinin, %50,8'i ilkökul mezunu idi. Eğitim düzeyi daha düşük olanların BVYÖ puan ortalamaları daha yüksek, eğitim düzeyi daha yüksek olanların DSÖYKÖ-KF puan ortalamalarının daha yüksek bulunmuştur. Okur-yazar olmayanların DSÖYKÖ-KF FA ve RA alt ölçekleri puan ortalamaları, lise ya da fakülte/yüksekokul mezunu olanlardan düşük bulunmuştur. Fakülte/yüksekokul mezunlarının DSÖYKÖ-KF RA alt ölçeği puan ortalamaları en yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi daha düşük olanların DSÖYKÖ-KF ÇA alt ölçekleri puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur.

Yapılan diğer çalışmalarda da eğitim seviyesi düşük olanların, bakım verenlerin %25,9-56,3'ünü oluşturduğu belirtilmektedir. (190,203,243,254). Yaşar (247), bizim bulgularımızın tersine, eğitim düzeyi daha düşük olanların bakım verme yükü puan ortalamalarının, eğitim düzeyi daha yüksek olanlara göre anlamlı derecede düşük olduğunu saptamıştır. Bazı çalışmalarda ise bizim çalışma bulgularımızdan farklı olarak, bakım verenlerin eğitim seviyeleri ile bakım yükleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (22,243). Yapılan bazı çalışmalarda bizim çalışma bulgularımızı destekleyecek şekilde, eğitim düzeyi düşük olan bakım verenlerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarının olumsuz etkilendiği saptanmıştır (211,252,255). Demir (248) ise, bakım verenlerin eğitim durumu ile depresyon düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulmamıştır. 65 yaşüstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların incelendiği bir çalışmada, eğitim düzeyi düşük olan bakım verenlerin günlük yaşantılarının daha çok etkilendiği saptanmıştır (190).

Eğitim düzeyi yüksek olanların daha az bakım verme yükü hissetmesi, daha az fiziksel ve ruhsal sağlık sorunları belirtmesi, daha uygun çevresel koşullarda yaşaması ve daha yüksek yaşam kalitesine sahip olmasının nedenleri olarak; daha kolay iş bulabilmeleri, gelir düzeylerinin daha yüksek olması, daha bilinçli olmaları ve bakım verdikleri hastanın bakımında yardımcı kaynaklara daha kolay ulaşabilmeleri düşünülebilir.

Araştırmada bakım verenlerin çoğunluğunun (%85,4) bir işte çalışmadığı saptanmıştır. Çizelgede belirtilmemekle birlikte, çalışmayanların %6,9'unu bakım verme nedeniyle işini bırakanlar oluşturmuştur. Bir işte çalışmayan aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları daha yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalaması ise daha düşük bulunmuştur. Çalışan ve çalışmayan bakım verenlerin DSÖYKÖ-KF RA alt ölçeği puan ortalamaları birbirine yakın olmakla birlikte, çalışmayan bakım verenlerin puanı daha yüksek bulunmuştur.

Yapılan diğer çalışmalarda da çalışmayan bakım verenlerin çoğunlukta olduğu belirlenmiştir (199,243,244). İnme geçirmiş bireylere bakım verenlerde bakım verme yükünü etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışmada, bizim bulgularımıza paralel olarak, yüksek bakım verme yüküne neden olan faktörlerinden biri "bakım verenin işsiz olması" olarak bildirilmiştir (253). Yapılan bir çalışmada, bizim çalışmamızda olduğu gibi çalışma durumu ile bakım yükü arasında anlamlı fark saptanmamış (243), başka bir çalışmada ise anlamlı fark saptanmıştır (22). Bakım verenlerin yaşam kaliteleri ile çalışma durumları arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Akça ve Taşçı (190), bizim çalışma bulgumuzu destekleyecek şekilde, bir işte çalışmayan bakım verenlerin günlük yaşantılarının daha çok etkilendiğini saptamıştır. Bilinçsiz hasta yakınlarının depresyon durumunun belirlenmesi ile ilgili yapılan bir çalışmada bizim çalışma bulgumuzdan farklı olarak, çalışmayan bakım verenlerde depresyon belirtileri görülme oranının daha fazla olduğu bulunmuştur (248).

Belli bir işte çalışmayan aile bireylerinin, hasta bakımı için daha fazla görevlendirildikleri söylenebilir. Çalışmayan bireylerin aynı zamanda geliri giderinden az olan ve evli bireyler olmaları durumunun da bakım verdikleri bireyin ihtiyacını karşılamakta zorlanmalarına yol açtığı düşünülebilir. Bu durumun yaşam kalitesini olumsuz etkilediği söylenebilir. Diğer yandan çalışmayan aile üyelerinin ruhsal durumlarının daha iyi olmasının nedeni olarak iş stresi yaşamamaları, çalışan bakım verenler gibi bakım verme işlevi için işten eve erken dönme ya da işe geç gitme gibi durumlar yaşamamaları gösterilebilir.

Serbest meslek sahibi olanların BVYÖ puan ortalamalarının, işçi ya da memur olanlardan daha yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamalarının ise daha düşük olduğu saptanmıştır.

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin primer bakım vericilerinin bakım verme yükleri ile ilgili yapılan bir çalışmada, bizim bulgularımızdan farklı olarak “memur” bakım vericilerde bakım yükü puanı daha yüksek bulunmuştur (247).

Çalışmamızda, serbest meslek sahiplerinin gün içinde kendilerine ait iş yerlerinde uzun süre bulunmalarının ve geriye kalan zamanlarını da evde bakım verme işlevine ayırmalarının daha fazla yük hissetmelerinde rol oynadığı düşünülmektedir. İş ve bakım verme nedeniyle kendilerine zaman ayıramayan bireylerin yaşamdan aldıkları doyumun azaldığı söylenebilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin büyük çoğunluğunun (%87,7) gelirinin giderinden az olduğu saptanmıştır. Geliri giderinden az olanların BVYÖ puan ortalamaları, geliri giderine eşit olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Geliri giderinden az olanların DSÖYKÖ-KF ile DSÖYKÖ-KF RA, ÇA ve FA alt ölçekleri puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur.

Yapılan diğer çalışmalarda da bakım verenlerin çoğunluğunun gelir düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır (243,245). Literatürde düşük sosyoekonomik statüye sahip bakım vericilerin daha yüksek seviyede bakım yükü ve kötü bir sağlık rapor ettikleri bildirilmiştir (256). Yaşar (247) bizim çalışma bulgularımıza paralel olarak, geliri giderinden az olan gruplarda bakım verme yükü puan ortalamasını daha yüksek bulmuştur. Malak ve Dicle (22), bizim çalışmamızda olduğu gibi bakım yükü ile ekonomik gelir düzeyi arasında anlamlı bir fark saptamamıştır. Yapılan bir çalışmada, bizim bulgularımızdan farklı olarak gelir durumu “orta” olanların günlük yaşantılarının daha çok etkilendiği saptanmıştır (190). İnme ya da Alzheimer hastalarına bakım verenlerin genel sağlık durumları ile ilgili yapılan bir çalışmada, bizim bulgularımıza benzer olarak düşük geliri olan bakım verenlerde daha çok depresif semptom bulunduğu belirlenmiştir (245). Demir (248) ise, maddi durumu kötü ve maddi durumu orta olan hasta yakınları arasında, depresyon belirtileri gösterme durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulmamıştır.

Düşük gelir düzeyinin, bakım verenlerin yükünü arttırabileceği ve yaşamdan aldıkları doyumunu azaltabileceği söylenebilir. Düşük gelir düzeyi olan bireylerin bakım verme yükünü daha fazla hissetme nedenleri olarak; bakım verdikleri bireyin ihtiyaçlarını karşılayabilecek yeterli gelire sahip olamamaları, bakıcı yardımı alamamaları, sağlıklı ev ve çevre koşullarına sahip olamamaları, aynı zamanda kadın ve

evli olmaları nedeniyle bakım dışındaki diğer sorumluluklarını yerine getirmek zorunda bırakılmaları/hissetmeleri ve dolayısıyla hem fiziksel hem de ruhsal olarak yıpranmaları düşünülmektedir.

Çalışmamızda, bakım veren aile üyelerinin %48,5'inin kronik hastalığının bulunduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığı olan aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamalarının kronik hastalığı olmayanlardan daha yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamalarının ise daha düşük olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığı olanların DSÖYKÖ-KF FA, RA ve SA alt ölçek puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur.

Çalışmamızda kronik hastalığı olduğunu belirtenlerin hipertansiyon, DM, kalp hastalıkları, hiperkolesterolemi, kanser, böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği, osteoporoz, Behçet hastalığı, romatizmal hastalıklar, astım, bronşit, migren, gastrit, ülser, reflü, bel fıtığı, sinüzit, inme, vertigo, guatr ve depresyon rahatsızlıklarından en az bir tanesine sahip oldukları belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada bakım verenlerin %66'sı tanı konulmuş bir hastalığa sahip olup, çoğu hastaya bakım vermeye başladıktan sonra kronik hastalık tanısı almıştır (249). Monahan ve Hookers (257) tarafından yapılan bir çalışmada bakım verenler artrit, hipertansiyon, kanser, diyabet, glokom, kalp rahatsızlığı hastalıkları olduğunu bildirmişlerdir. Yaşar (247) bizim çalışma bulgularımızın aksine, sağlık sorunu/hastalık durumu olmayan bakım verenlerde bakım verme yükü puan ortalamasının daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Bazı çalışmalarda bizim bulgularımıza paralel olarak, kronik hastalığa sahip olan bireylerin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (258-260). Yapılan bir çalışmada bakım verenlerin yaşam kalitesi değerlendirilmiş ve bizim çalışma sonuçlarımıza benzer olarak (57 yaş ve üzerindeki) farklı kronik hastalıklara sahip bireylerde fiziksel, sosyal ve psikolojik fonksiyonların daha yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır (261). Bakoğlu ve ark. (262), genel olarak hipertansiyon hastalarının öz-bakım gücü puan ortalamasını orta düzeyde bulmuş ve bunun da yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini saptamıştır.

Kronik hastalığı olanların bakım verme yükünü daha fazla hissetmelerinin nedeni olarak; hastalıklarının yönetimine ilişkin sağlık kontrollerine gidecek zaman bulamamaları, hastalıklarının günlük yaşam aktivitelerini ve bakım işlevlerini yerine getirmelerinde zorlanmalara yol açması gösterilebilir. Ayrıca bu bireyler bakım verme sorumlulukları nedeniyle gerginlik ve stres yaşayabilmekte, sosyal ilişkilerine yeterince

zaman ayıramayabilmektedirler. Tüm bunların bakım verenlerin yaşamlarından aldıkları doyuma azalmalara yol açabileceği düşünülmektedir.

Kronik hastalığı nedeniyle ilaç kullanan, özel diyeti olan ya da yaşam şekli değişikliği yapmak durumunda olanların BVYÖ puan ortalamaları; ilaç kullanmayan, özel diyeti olmayan ya da yaşam şekli değişikliği yapmak zorunda kalmayanlardan daha yüksek, DSÖYKÖ-KF ve DSÖYKÖ-KF FA alt ölçek puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuştur.

Çalışmamızda bakım verenlerin kronik hastalığa bağlı yağ, tuz, karbonhidrat kısıtlı ya da baharatlı, acı ve ekşi yiyeceklerden kısıtlı diyetlerden en az bir tanesini uygulamak zorunda kaldıkları, ayrıca yaşam şekli değişikliği yapmak zorunda kalan bakım verenlerin, kronik hastalıkların sebep olduğu ağrı, yorgunluk, güçsüzlük, nefes darlığı, stres ve sıkıntıya bağlı olarak uykusuzluk, ev işlerini yapmada güçlük ve aktivite azlığı yaşadıkları belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada bizim çalışma bulgularımıza benzer olarak, hipertansif hastalarda diyet, egzersiz vb. yaşam tarzı değişikliği ile tıbbi tedavinin, hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği belirlenmiştir (263). Hunt (264), antihipertansif ilaç kullanan hipertansiyon hastalarında yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği sonucuna varmıştır. Başka bir çalışmada ise hipertansiyonun ve antihipertansif tedavinin yan etkilerinin yaşam kalitesi ile doğrudan ilişkili olduğu saptanmıştır (265).

Kronik hastalık, bir yandan bakım verenlerin kendi günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlamalara neden olurken, diğer yandan bakım işlevlerini yerine getirirken daha fazla zorlanmalarına yol açarak, bakım verme yükünü fazlasıyla hissetmelerinde rol oynayabilmektedir. Bu durumun nedenlerinden biri olarak da bakım verilen bireylerin çoğunluğunun tam bağımlı olması, dolayısıyla bakımın daha fazla fiziksel güç kullanımı gerektirmesi olduğu düşünülmektedir. Tüm bunlar bakım verenlerin yaşamdan aldıkları doyumunu da azaltabilmektedir.

Sağlığını “iyi” olarak algılayan bakım veren aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları “orta” ya da “kötü” olarak algıyanlara göre daha düşük, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları ise daha yüksek bulunmuştur. Sağlığını “iyi” olarak algılayanların DSÖYKÖ-KF FA ve RA alt ölçekleri puan ortalamaları, kötü” ya da “orta” algılayanlardan, “orta” olarak algılayanların ise “kötü” algılayanlardan yüksek

bulunmuştur. Sağlığını “kötü” olarak algılayanların DSÖYKÖ-KF SA ve ÇA alt ölçekleri puan ortalamaları “iyi” algılayanlardan düşük bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda bizim bulgularımıza paralel olarak, bakım verme işlevinin bakım verenlerin ruhsal ya da fiziksel sağlıklarını olumsuz etkilediği saptanmıştır (190,199,211,243,245). Uğur ve Fadiloğlu (199) onkoloji hastalarına bakım verenlerin bakım yüklerini inceledikleri çalışmalarında, bakım verenlerin çeşitli sağlık sorunları yaşadığını saptamış, ancak bizim çalışma bulgularımızdan farklı olarak bakım verenlerin bakım yükleri ile fizyolojik ve psikolojik sorunları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulmamışlardır.

Aile üyelerinden birisinin hastalığı nedeniyle, diğer aile üyelerinin de fiziksel ve ruhsal sağlıkları olumsuz etkilenebilmektedir. Bu duruma sebep olarak bakım verme işlevi gösterilebilir. Bakım verme işlevi bakım veren bireyin mevcut sağlığını bozabilecek sorumluluklar gerektirmektedir. Uygun olmayan ev koşullarında ya da önemli sağlık merkezlerine uzak bir çevrede yaşamak da dolaylı olarak bakım verenin sağlığını etkileyebilmektedir. Sağlık durumunu “kötü” olarak algılayanların sosyal aktivitelerinin bakım verme işlevi nedeniyle kısıtlandığı düşünülmektedir. Bakım verme yükü, diğer olumsuz mevcut yaşam koşullarıyla birlikte yaşam kalitesinde düşmeye yol açabilmektedir.

Çalışmamızda bakım verilen inme tanısı almış bireylerin yaş ortalamalarının $73,58 \pm 11,15$ olduğu saptanmıştır. Bakım verilen inme tanısı almış bireylerden 80 ve üzeri yaşta olanların EGYAİ ve Bİ puan ortalamaları, 80 yaşından küçük olan bireylere göre daha düşük bulunmuştur. 70-79 yaş arasında olan inme hastalarına bakım veren aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları en yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları en düşük bulunmuştur. Ayrıca grupların DSÖYKÖ-KF alt ölçekleri puan ortalamaları birbirine yakın bulunmakla birlikte, 70-79 yaş arasında olan inme tanısı almış bireylere bakım verenlerin FA ve RA alt ölçekleri puan ortalamaları en düşük bulunmuştur. İnme tanısı almış bireylerin %60'ının tam bağımlı olduğu belirlenmiştir. Tam bağımlı bireylerin EGYAİ ve Bİ puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Tam bağımlı bireylere bakım veren aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları yarı bağımlı olanlara göre daha yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuştur.

Yapılan diğer çalışmalarda bakım verilen hastaların yaş ortalamaları 61,57 ve 69,1 olarak saptanmıştır (164,246). Yapılan bir çalışmada, hasta yaşı arttıkça bağımlılık

düzeşinin arttığı saptanmıştır (241). Başka bir çalışmada bizim bulgularımıza benzer olarak inme tanısı almış bireyin yaşı ile bakım verenin bakım verme yükü arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (242). İnme tanısı almış hastalarla yapılan bir çalışmada, bizim çalışma bulgularımıza benzer olarak, hasta bireylerin hemen hemen tamamının yürüme, gezinme, yatak içi mobilite ve tualete gitme fonksiyonlarında bağımlı oldukları görülmüştür (210,246). 65 yaşüstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunlarla ilgili yapılan çalışmada ise bizim çalışma bulgularımızın tersine, bireylerin çoğunun (%98,8) günlük ihtiyaçlarını tek başına karşılayabildikleri belirlenmiştir (190). Choi-Kwon ve ark. (253) tarafından yapılan çalışmada, yüksek bakım yükü ile ilgili hasta faktörleri arasında afazi, disartri, disfaji, bilişsel disfonksiyon, depresyonun yer aldığı belirlenmiştir. Yapılan bir başka çalışmada bizim çalışma bulgumuza benzer olarak, fiziksel yetersizlikler ve bağımlılık düzeyi arttıkça, hastalara bakım verenlerin bakım yükünün arttığı belirlenmiştir (22). İnme geçirmiş bireylere bakım veren aile üyeleri ile yapılan bir çalışmada ise fonksiyonel yeterlilik arttıkça bakım verenlerin bakım yükünün arttığı saptanmıştır (246). Alzheimer ya da inme geçirmiş bireylere bakım verenlerin genel sağlık durumlarının incelendiğı bir çalışmada, bizim çalışma sonuçlarımıza paralel olarak daha yaşlı olan hastalara bakım verenlerin daha kötü sağlık durumu bildirdikleri belirlenmiştir (245).

Yaş ortalaması yüksek olan inme tanısı almış bireylerin yaş ortalaması daha düşük olanlara göre daha fazla bağımlı oldukları söylenebilir. Yaşlanmaya bağılı olarak ortaya çıkan fizyolojik yetersizlikler, inmenin yol açtığı semptomlarla birlikte bireyin başkalarının bakımına daha fazla ihtiyaç duymasına yol açabilmektedir. Dolayısıyla yaşlı ve inme tanısı almış bireye bakım vermek daha güç olabilmektedir.

Yapılan istatistiksel değerlendirmede EGYAİ puanının; Bİ ve DSÖYKÖ-KF fiziksel alan alt ölçeğı puanları ile pozitif yönde, BVYÖ puanı ile negatif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir. Bakım verilen inme tanısı almış bireylerin bağımlılık düzeyleri azaldıkça, bakım veren aile üyelerinin fiziksel alandaki yaşam kalitelerinin arttığı saptanmıştır. Ayrıca EGYAİ puanı artıkça, BVYÖ puanının düştüğü saptanmıştır. Bİ puanının; BVYÖ ve DSÖYKÖ-KF UÇA alt ölçeğı puanları ile negatif yönde, DSÖYKÖ-KF, DSÖYKÖ-KF RA ve FA alt ölçekleri puanları ile pozitif yönde ilişkilerinin olduğu belirlenmiştir. Bakım verilen inme tanısı almış bireylerin bağımlılık düzeyleri azaldıkça, onlara bakım verenlerin yaşam kalitelerinin arttığı ve bakım verme

yüklerinin azaldığı saptanmıştır. Bakım Verme Yükü Ölçeği puanının; DSÖYKÖ-KF ve DSÖYKÖ-KF alt ölçekleri puanları ile negatif yönde ve anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

İnme geçirmiş bireylere bakım verenlerin bakım verme yükü ve yaşam kaliteleri ile ilgili yapılan bir çalışmada, 3 ve 12 aylar arasındaki bakım verme yükü önemli ölçüde artan hasta yetersizliği ile ilişkili bulunmuş, inme geçirmiş bireyin bağımlılık düzeyi arttıkça, bakım verenlerin bakım verme yükünün arttığı saptanmıştır. Aynı çalışmada, Bİ puanları ile bakım verenlerin DSÖYKÖ puanları arasında pozitif yönde ilişki bulunmuş, inme tanısı almış bireyin bağımlılık düzeyi arttıkça bakım verenlerin yaşam kalitelerinin düştüğü saptanmıştır. Ayrıca bakım verme yükü ile bakım verenin yaşam kalitesi arasında önemli ölçüde ters bir ilişki olduğu saptanmıştır (242). Bu sonuçlar çalışma sonuçlarımızla paralellik göstermektedir.

Bakım verilen inme tanısı almış bireyin bağımlılık düzeyi arttıkça, bakım verenlerin fiziksel ve ruhsal anlamda yaşam kalitelerinin düştüğü, başkaları ile olan ilişkilerinde baskı ve kontrollerle ilgili zorluklarının ise azaldığı söylenebilir. Tam bağımlı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme konusunda yakınlarının bakımına daha fazla ihtiyaç duydukları, bağımlılık düzeyleri arttıkça da onlara bakım verenlerin bakım yüklerinin daha fazla arttığı söylenebilir. Zamanın büyük bölümünü zorlu bir şekilde bakım verme işine ayıran aile üyelerinin yaşamdan aldığı doyum azalabilmektedir. Bakım verme yükü arttıkça bakım verenlerin yaşam kalitelerinin düştüğü söylenebilir.

Tanı alındıktan sonra sekiz yıl ve daha fazla süre geçmiş olan bireylere bakım veren aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları en yüksek bulunmuştur. Tanı alındıktan sonra sekiz yıl ve daha fazla süre geçmiş olan bireylere bakım veren aile üyelerinin DSÖYKÖ-KF ile DSÖYKÖ-KF RA alt ölçeği puan ortalamaları, tanı süresinin üzerinden 2-6 ay geçen bireylere bakım verenlerden düşük bulunmuştur.

İnme tanısının alınmasının üzerinden uzun zaman geçmiş bireylere bakım verenlerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğu ve ruhsal sağlıklarının olumsuz yönde etkilendiği düşünülmektedir. Bu duruma sebep olarak, bakım verme sorumluluğunu yerine getirmekte zamanla zorlanmaların ve tükenmelerin fazlaşması gösterilebilir.

Baş ağrısı olan ve olmayan inme tanısı almış bireylerin EGYAİ ve Bİ puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuştur. Baş ağrısı olan bireylere bakım veren aile

üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları, baş ağrısı olmayan bireylere bakım verenlere göre daha yüksek, DSÖYKÖ-KF ve DSÖYKÖ-KF RA ve SA alt ölçekleri puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuştur.

Bireyde baş ağrısı semptomu ile birlikte başka semptomların da bulunması, daha fazla bakıma ihtiyaç duymasına, bakım verenin de daha uzun süre bakım işiyle ilgilenmesine ve bakım verme yükü hissetmesine neden olabilmektedir. Bu durum bakım verenin yaşamdan daha az doyum almasına, ruhsal sağlığının olumsuz yönde etkilenmesine ve sosyal aktivitelerine yeterince zaman ayıramamasına yol açabilmektedir.

Baş dönmesi yakınması bulunan inme tanısı almış bireylerin Bİ puan ortalamaları, baş dönmesi bulunmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Baş dönmesi bulunan inme tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları, baş dönmesi bulunmayan inme tanısı almış bireylere bakım verenlere göre daha yüksek, DSÖYKÖ-KF ile DSÖYKÖ-KF FA, RA, SA ve ÇA alt ölçekleri puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuştur.

İnme tanısı almış bireylerde baş dönmesi yakınması dışında diğer hastalık semptomları da birlikte bulunabilmektedir. Baş dönmesi ve diğer semptomları birlikte bulunan bireylere bakım verenlerin ruhsal ve fiziksel sağlıkları olumsuz yönde etkilenebilmekte, günlük uğraşlarını yerine getirme becerileri yorgunluk nedeniyle azalabilmekte, sosyal aktivitelere zaman ayıramayabilmekte ve dolayısıyla stres düzeyleri artabilmektedir. Tüm bunlar bakım verenin yaşamdan aldığı doyumunu azaltabilmektedir.

Yüz, kol veya bacaklarında, özellikle vücudunun bir tarafında güçsüzlük, uyuşma ve karıncalanma şikayeti olmayan inme hastalarının Bİ puan ortalamaları, belirtilen şikayetleri bulunan inme tanısı almış bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Yüz, kol veya bacaklarında, özellikle vücudunun bir tarafında güçsüzlük, uyuşma ve karıncalanma şikayetleri bulunan bireylere bakım veren aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları, bu şikayetleri bulunmayan bireylere bakım verenlere göre daha yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuştur.

Güçsüzlük ve uyuşma yakınması bireyin başkalarının bakımına ihtiyaç duymasına yol açan nedenlerden biridir. Günlük yaşam aktivitelerini güçsüzlük nedeniyle yerine getiremeyen bireye bakım veren aile üyesi, bakım verici

sorumluluğunu yerine getirirken zorlanabilmektedir. Zamanın çoğunu bakım verme işlevine ayıran bakım verenin yaşam kalitesi düşebilmektedir.

Yürüme zorluğu olan inme tanısı almış bireylerin EGYAİ ve Bİ puan ortalamaları, yürüme zorluğu olmayanlardan daha düşük bulunmuştur. Yürüme zorluğu olan bireylere bakım veren aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları, yürüme zorluğu olmayan bireylere bakım verenlerden daha yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuştur. Yürüme zorluğu olan bireylere bakım verenlerin DSÖYKÖ-KF SA alt ölçek puan ortalamaları, yürüme zorluğu olmayan bireylere bakım verenlerden daha yüksek bulunmuştur.

Yürüme zorluğu olan bireyler kendi bakımları için bir başkasına daha fazla ihtiyaç duymaktadırlar. Bireye bakım veren aile üyeleri için bu durum bakım işlevini yerine getirirken daha fazla zorlanma anlamına gelebilmektedir. Bakım sorumluluğuna bağlı zorlanmalar ise bakım verenin yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilmektedir. Ancak, yürüme zorluğu olan bireye bakım vermek, sosyal yaşantıyı her zaman olumsuz yönde etkilemeyebilmektedir.

Denge kaybı olan inme tanısı almış bireylerin Bİ puan ortalamaları, denge kaybı olmayan inme tanısı almış bireylere göre daha düşük bulunmuştur. Denge kaybı olan ve olmayanların EGYAİ puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuştur. Bakım verdiği bireyde denge kaybı olan ve olmayan aile üyelerinin BVYÖ ve DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuştur. Bakım verdiği bireyde denge kaybı olan aile üyelerinin DSÖYKÖ-KF SA alt ölçek puan ortalamaları, bakım verdiği bireyde denge kaybı olmayan aile üyelerinden daha yüksek bulunmuştur.

Denge kaybı olan bireylerde aynı zamanda yürüme zorluğu, güçsüzlük, uyuşma ve hareket etmede zorluk gibi sorunlar da mevcut olduğu için, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme konusunda daha bağımlı olabilmektedirler. Denge kaybı olan hastalara bakım verenlerin sosyal alanda yaşamlarından daha fazla doyum almalarının nedeni olarak akraba, arkadaş, komşu ilişkilerinin ve onlardan aldıkları desteğin daha yeterli olması gösterilebilir.

Hareket zorluğu yaşayan inme tanısı almış bireylerin EGYAİ ve Bİ puan ortalamaları, hareket zorluğu yaşamayan bireylerden daha düşük bulunmuştur. Hareket zorluğu olan bireylere bakım veren aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları, hareket zorluğu olmayan bireylere bakım verenlerden daha yüksek bulunmuştur. Kollarını ve

bacaklarını hareket ettirmedede zorluk yaşıyan ve yaşamayan bireylere bakım verenlerin DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuştur.

Hareket zorluğu olan bireylerde güçsüzlük, uyuşma, yürüme zorluğu gibi inmenin yol açtığı diğer sorunlar da mevcut olduğundan, bakıma daha fazla ihtiyaç duydukları söylenebilir. Hareket zorluğu yaşıyan bireyler günlük yaşam aktivitelerinin çoğunu yerine getirmekte zorlandıkları ve kendi bakımlarına katılamadıkları için tüm iş, bakım verenlere düşebilmektedir. Dolayısıyla bakım verenlerin bakım sorumluluklarını üstlenirken daha fazla zorluk yaşadığı ve bakım verme yükü çektiği söylenebilir.

Yutma güçlüğü olan bireylerin EGYAİ ve Bİ puan ortalamaları, yutma güçlüğü bulunmayan bireylerden daha düşük bulunmuştur. Yutma güçlüğü olan bireylere bakım veren aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları, yutma güçlüğü olmayan bireylere bakım verenlerden daha yüksek, DSÖYKÖ-KF ile DSÖYKÖ-KF RA ve ÇA alt ölçekleri puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuştur.

Yutma güçlüğü yakınması bulunanların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte bir başkasının yardımına daha fazla ihtiyaç duydukları söylenebilir. Bu durumun nedeni olarak bireyde yutma güçlüğü ile birlikte diğer ağır inme semptomlarının da bulunması gösterilebilir. Bu durum, bakım veren aile üyelerinin bakım için daha fazla zaman ayırmasına neden olabilmektedir,. Bakım için daha fazla zaman ayırma ise fiziksel, sosyal ve ruhsal zorlanmalara yol açarak, bakım verenlerin daha fazla bakım verme yükü hissetmelerine ve yaşam kalitelerinin düşmesine yol açabilmektedir.

Konuşamayan inme tanısı almış bireylerin EGYAİ ve Bİ puan ortalamaları, bu sorunu olmayan inme tanısı almış bireylerden daha düşük bulunmuştur. Konuşma zorluğu sorunu bulunan ve bulunmayan bireylerin EGYAİ ve Bİ puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuştur. Konuşamama veya konuşma zorluğu sorunu olan bireylere bakım veren aile üyeleri ile belirtilen sorunları bulunmayan bireylere bakım veren aile üyelerinin BVYÖ ile DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuştur.

Konuşamayan bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte başkalarının yardımına ihtiyaç duyan bireyler oldukları söylenebilir. Konuşamama veya konuşma güçlüğü, inmenin nörolojik semptomlarına bağlı ortaya çıkan sorunlar olup, bireyde bu sorunlarla birlikte inmenin yol açtığı ve günlük yaşam aktivitelerini etkileyecek başka semptomlar da bulunabilmektedir. Bazen de konuşamama veya

konuşma zorluğu sorunu olmaksızın inmenin yol açtığı nörolojik diğer sorunlar bireyde mevcut olabilmektedir. Bu semptomların etkisi nedeniyle bakım ihtiyacı olan bireylere bakım verenler bakım verme yükü hissedebilmektedirler.

Görme sorunu olan ve olmayan inme tanısı almış bireylerin EGYAİ ve Bİ puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuştur. Görme sorunu olan bireylere bakım veren aile üyelerinin BVYÖ puanı ortalamaları, görme sorunu olmayan bireylere bakım veren aile üyelerinden daha yüksek, DSÖYKÖ-KF ve DSÖYKÖ-KF RA alt ölçeği puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuştur.

Görme problemi başkalarının bakımına ihtiyaç duymaya yol açan başlı başına bir sorun iken, bu sorunun inmeye bağlı ortaya çıkması bireyi daha da bağımlı hale getirebilmektedir. Bu durumun bireylere bakım verenlerin ruhsal sağlıkları olumsuz yönde etkilediği ve genel anlamda yaşamdan aldıkları doyumunu azalttığı söylenebilir.

Anlama zorluğu ya da bilinç bulanıklığı/kişilik değişiklikleri olan inme tanısı almış bireylerin EGYAİ ve Bİ puan ortalamaları, belirtilen sorunları olmayanlardan daha düşük bulunmuştur. Anlama zorluğu ya da bilinç bulanıklığı/kişilik değişiklikleri olan bireylere bakım veren aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları, anlama zorluğu ya da bilinç bulanıklığı/kişilik değişiklikleri olmayan bireylere bakım verenlerden daha yüksek, DSÖYKÖ-KF ile puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuştur. Ayrıca bilinç bulanıklığı/kişilik değişiklikleri olan bireylere bakım veren aile üyelerinin DSÖYKÖ-KF FA ve ÇA alt ölçek puan ortalamaları, bilinç bulanıklığı/kişilik değişiklikleri olmayan bireylere bakım verenlere göre daha düşük bulunmuştur. Anlama zorluğu olan bireylere bakım veren aile üyelerinin DSÖYKÖ-KF SA alt ölçeği puan ortalamaları ise, anlama zorluğu olmayan bireylere bakım veren aile üyelerine göre daha düşük bulunmuştur.

Bireyde inmenin yol açtığı nörolojik sorunlardan olan anlama zorluğu, bilinç bulanıklığı/kişilik değişikliklerinin bulunması, hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememesinin başlıca sebeplerinden biridir. Belirtilen sorunları bulunan bireyler onlara bakım verenlerin daha fazla enerji harcamasına neden olacak kadar bağımlı oldukları için, bakım verenler daha yüksek bakım verme yükü hissedebilmektedirler. Tüm bunlar bakım verenlerin ruhsal ve fiziksel sağlıklarının olumsuz etkilenmesinin ve sosyal yaşamlarında aktivitelerini kısıtlamak zorunda kalmalarının nedeni olabilmektedir.

Çalışma kapsamına alınan bakım veren aile üyelerinin çoğunluğu (%55,4) bakım verilen bireyin çocuğudur. Bakım veren kişilerden hastanın eşi olanların BVYÖ puan ortalamaları çocuğu, akrabası ya da bakıcısı olanlardan daha yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalaması ise daha düşük bulunmuştur. Hastanın eşi olanların DSÖYKÖ-KF FA ve SA alt ölçek puan ortalamaları, çocuğu ya da akrabası olanlardan daha düşük bulunmuştur. Hastanın eşi olanların DSÖYKÖ-KF RA alt ölçek puan ortalamaları akrabası ya da bakıcısı olanlardan, hastanın çocuğu olanların DSÖYKÖ-KF RA alt ölçek puan ortalamaları ise bakıcısı olanlardan daha düşük bulunmuştur.

Yapılan diğer çalışmalarda, bizim çalışma bulgularımıza benzer olarak bakım verenlerin çoğunu bakım verilen bireylerin çocukları (243,245,246), bazı çalışmalarda ise bizim çalışma bulgularımızın tersine bakım verilen bireylerin eşleri (241,242,244) oluşturmaktadır. Yapılan bir çalışmada, bizim çalışma bulgularımızdan farklı olarak hasta bireyin kızı, gelini ve kardeşi olanların bakım yükü puan ortalamasının daha fazla olduğu saptanmıştır (247). İnme hastalarına bakım verenlerin yükünü etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışmada ise, yüksek bakım verme yükü açısından en önemli göstergenin, bakım verenin “gelin” olmasından kaynaklanan bakım veren anksiyetesi olduğu saptanmıştır (253). Bakım verenlerin inme tanısı almış bireye olan yakınlığına göre yaşam kalitelerinin incelendiği sınırlı sayıda çalışma olmakla birlikte, yapılan bir çalışmada, bizim bulgularımıza benzer olarak hastanın “eşi olan” hasta yakınlarında depresyonun daha fazla olduğu bulunmuştur (248). 65 yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların incelendiği bir çalışmada, bizim çalışmamızdan farklı olarak kayınbabasına bakım verenlerin günlük yaşantılarının daha çok etkilendiği saptanmıştır (190).

“Eş” olan bakım verenlerin daha fazla bakım verme yükü hissetmesinin nedeni olarak; çevrelerinde kendilerinden başka bakım verecek kişileri bulamamaları, eşleri ile tek yaşıyor olabilmeleri, yaş ortalamalarının yüksek olması ya da kendi sağlık sorunları nedeniyle bakım verme rolünde zorlanabilmeleri düşünülmektedir. “Eş” olan bakım verenlerin fiziksel sağlıklarının diğer aile üyelerinden daha fazla olumsuz yönde etkilendiği, sosyal ilişkilere zaman ayırma gibi rahatlatıcı aktivitelerinden de diğer aile üyelerine oranla daha fazla uzak kaldıkları söylenebilir. Bakım verilen bireyin birinci derece yakını olanların ruhsal sağlıkları, diğer bakım verenlerden daha fazla etkilenebilmektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerin çoğunun inme tanısı almış birey ile birlikte yaşadığı saptanmıştır. İnme tanısı almış birey ile birlikte yaşayanların BVYÖ puan ortalamalarının, inme tanısı almış birey ile birlikte yaşamayanlardan daha yüksek, DSÖYKÖ-KF ve DSÖYKÖ-KF ÇA alt ölçek puan ortalamalarının ise daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca inme tanısı almış bireyle birlikte yaşayan ve birlikte yaşamayanların DSÖYKÖ-KF RA alt ölçeği puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuş olmakla birlikte, birlikte yaşamayanların puanı daha yüksektir.

Yapılan diğer çalışmalarda da bakım verenlerin çoğunun bakım verdikleri birey ile birlikte yaşadıkları saptanmıştır (25,190,247). Yapılan bir çalışmada bizim çalışma bulgularımızdan farklı olarak hasta bireyle ayrı ortamlarda yaşayan bakım verenlerin bakım verme yükü puan ortalamalarının, bireyle birlikte kalanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (247). Demir (248), bilinçsiz hasta yakınlarının depresyon durumlarıyla ilgili çalışmasında, sürekli hastasının yanında kalan hasta yakınlarında depresyonun daha fazla görüldüğünü saptamıştır. 65 yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların incelendiği bir çalışmada, bakım verdiği bireyle yaşama süresi 1-36 ay olan bakım verenlerin günlük yaşantılarının daha çok etkilendiği saptanmıştır (190).

Bakım verdiği bireyle birlikte yaşayan aile üyelerinin daha fazla bakım verme yükü hissetmelerinin ve yaşam kalitelerinin daha düşük olmasının nedenleri arasında; bakım verme işlevi gibi sıkıntıya ve strese yol açabilen bir etkenle devamlı karşı karşıya kalmaları, sosyal destek sistemlerinin yeterli olmaması ve kendilerini rahatlatacak aktivitelere yeterince zaman ayıramamaları olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan bakım veren aile üyelerinin %30,8'inin daha önce hasta bakımına ilişkin deneyimi bulunduğu saptanmıştır. Daha önce hasta bakımına ilişkin deneyimi olan ve olmayan aile üyelerinin BVYO puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuştur. Daha önce hasta bakımına ilişkin deneyimi olmayan aile üyelerinin DSÖYKÖ-KF puan ortalamalarının, daha önce hasta bakımına ilişkin deneyimi olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yapılan bir çalışmada, bizim çalışma bulgularımızdan farklı olarak bakım işlevinde deneyimli olma ile bakım yükü arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (22). Takahashi ve ark. (266) bir çalışmada, bizim çalışma bulgularımızın

tersine, profesyonel olmayan bakım verenlerin yaşam kalitesi puanlarının, profesyonel bakım verenlerden daha düşük olduğu saptanmıştır.

Bakım verme yükünün hasta bakımında deneyimli olma durumuna göre değişebileceği söylenebilir. Daha önce bakım deneyimi olmayanların, bakım sorumluluklarını yerine getirmek için neler yapmaları ya da nasıl yapmaları gerektiği konusunda yeterli bilgi sahibi olmamaları, daha önce bakım deneyimi olanların ise geçmişte bakım verme işlevi ile ilgili yaşamış olduğu sıkıntılarla yeniden karşılaşması gibi nedenlerle bakım verme işlevinden etkilenebileceği söylenebilir.

Beş yıl ve daha uzun süre bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamalarının, 2-6 ay süre bakım verenlerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Beş yıl ve daha uzun süre bakım verenlerin DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları, beş yıldan daha az süre bakım verenlerden düşük bulunmuştur.

Polat ve ark. (243) tarafından yapılan bir çalışmada, bizim çalışma bulgularımızdan farklı olarak, bakım verme yükü açısından hastaya bakım verme süresi 0-6 ay, 7-13 ay ve 14 ay ve üzeri olan gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bakım verenlerin hastaya bakım verdiği süre ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelendiği sınırlı sayıda çalışma olup, yapılan bir çalışmada bizim çalışma bulgularımıza benzer olarak, hastaya bakma süresi ve günlük bakım saati ile bakımın günlük yaşamını etkileme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur (249). Yapılan bir başka çalışmada, bakım için harcanan saat/zaman ile yaşanan stres miktarı arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (267). Sit ve ark (203) tarafından yapılan bir çalışmada da, inme hastalarına bakım verenlerin büyük çoğunluğu, 12 haftalık bakım verme deneyimi sırasında, yorgunluk ve stres yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Uzun süre bakım veren aile üyelerinin bakım verme işlevinden olumsuz yönde daha fazla etkilendiği söylenebilir. Bu durumun nedenleri arasında bakım vermenin yol açtığı fiziksel ve ruhsal sıkıntılara uzun süre maruz kalma, kendi sağlık sorunlarıyla ilgilenecek zaman bulamama, rahatlayabileceği aktivitelere ve sosyal ilişkilere uzun bir dönem yeterli zaman ayıramama ve dolayısıyla yaşam kalitesinin düşmesi yer alabilmektedir.

Çalışmamızda bakım veren aile üyelerinin %36,9'unun herhangi bir kaynaktan yardım alamadığı saptanmıştır. İnme tanısı almış bireyin bakımında yardım alamayan

bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamaları, bakımda yardım alanlardan daha yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuştur. Bireyin bakımında yardım alamayanların DSÖYKÖ-KF FA, ÇA, RA alt ölçekleri puan ortalamaları, bakımda yardım alanlardan daha düşük bulunmuştur.

Yaşlı inme hastalarına bakım veren aile üyeleri ile ilgili yapılan bir çalışmada, bakım verenlerin %55'inin dışarıdan yardım almadan bakım verdikleri saptanmıştır (244). Malak ve Dicle (22) tarafından yapılan çalışmada, bizim çalışma bulgularımıza benzer olarak bakımda yardım alma ile bakım yükü arasında anlamlı fark saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada bizim bulgularımızdan farklı olarak bakımda yardımcı olan bakım verenlerin günlük yaşantılarının daha çok etkilendiği saptanmıştır (190). Başka bir çalışmada ise bakım verenin bakımda destek alma durumu ile bakımın bakım verenin günlük yaşamını etkileme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur (249). Bilinçsiz hasta yakınlarının depresyon durumlarının incelendiği bir çalışmada, bizim çalışma bulgularımızı destekleyecek şekilde bakımda yardım alamayan hasta yakınlarında depresyonun daha fazla görüldüğü bulunmuştur (248).

Bakım verme yükü, bakımda yardım alma durumuna göre değişebilmektedir. Bakım yardımı bireyin iş yükünü azaltabileceği için, bakımda yardım alamamanın, bakım verme yükünü arttırdığı söylenebilir. Bakımda yardım alamama durumunun, bireyin bakım verirken fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan daha fazla zorlanmasında rol oynadığı ve bakım verenlerin yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilenmesine yol açtığı düşünülebilir. Bakımda yardım alamayan bireyler arkadaşları ile zaman geçirme, akraba ziyaretlerine gitme gibi sosyal ilişkilerini pekiştiren aktivitelerden uzak kalabilmekte, anksiyete ve stres yaşayabilmektedirler.

Bakım için diğer aile üyelerinden yardım alan ve alamayanların BVYÖ ile DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuştur. Akrabalardan yardım alanların BVYÖ puan ortalamaları akrabalardan yardım alamayanlardan daha düşük, DSÖYKÖ-KF puan ortalaması ise daha yüksek bulunmuştur. Bireyin bakımında komşu/arkadaş yardımı alanların BVYÖ puan ortalamaları komşu/arkadaş yardımı alamayanlardan daha yüksek, DSÖYKÖ-KF ile DSÖYKÖ-KF RA ve FA alt ölçekleri puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuştur. Bireyin bakımında yardım alan aile üyelerinin yalnızca %6,1'i bakıcı yardımı aldığını belirtmiştir. Bakıcı yardımı alanların BVYÖ, DSÖYKÖ-KF ve DSÖYKÖ-KF UÇA alt ölçek puan ortalamaları bakıcı

yardımı alamayanlardan daha yüksek bulunmuştur. Devletten bakım maaşı yardımı alanların BVYÖ puan ortalamaları, bu yardımı alamayanlardan daha yüksek, DSÖYKÖ-KF ve DSÖYKÖ-KF RA, ÇA ve FA alt ölçekleri puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuştur. Bakım yardımı, maddi yardım ve duygusal desteği birlikte alanların BVYÖ puan ortalamaları, diğer yardımları tek tek ya da birlikte alanlardan daha yüksek bulunmuştur. Yalnızca maddi yardım alanların DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları en düşük bulunmuştur. Yalnızca bakım yardımı alanların DSÖYKÖ-KF SA alt ölçeği puan ortalamaları, maddi yardım ve bakım yardımını birlikte alanlardan yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda bakımda yardım alan aile üyeleri maddi destek, bakım desteği, bilgi desteği, duygusal destekten herhangi birini ya da birden fazlasını birlikte aldıklarını belirtmiş ve çoğunluğunun bakım yardımı aldığı saptanmıştır. Bakım yardımı alan aile üyeleri bireyin bakımında; aile üyesi, akraba, komşu/arkadaş, bakıcı yardımı ve devletten bakım maaşı yardımı aldıklarını belirtmişlerdir. En fazla yardımı diğer aile üyelerinden alınan yardım oluşturmuş ve en fazla bakım yardımı yapıldığı saptanmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda da bizim çalışma bulgularımıza benzer olarak, bakım verenlerin çoğunun hasta bakımında destek aldığı (199,247,249), bakımda destek alan bakım verenlerin yarıdan fazlasının (%53,8) aile üyelerinden destek aldığı saptanmıştır (249). Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin ihtiyaçlarının incelendiği bir çalışmada ise, bizim çalışma bulgularımızın tersine ailenin diğer üyelerinden yardım olma olasılığının az veya yok olduğu saptanmıştır (268). Dewey ve ark. (269) tarafından yapılan bir çalışmada ise bizim çalışma bulgularımıza paralel olarak inme geçirmiş hastalara birincil bakım verenlerin çoğunun akraba ve arkadaşlarından fiziksel yardım aldıkları saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada bizim çalışma bulgularımızdan farklı olarak bakım verenlerin yakın aile (eş ve çocuklar), akraba ve arkadaşlardan en sık olarak duygusal destek, maddi destek ve sosyal arkadaşlık destekleri aldıkları (203), başka bir çalışmada ise bakım verene yardımcı olan kişilerin en çok parasal yardımda buldukları belirlenmiştir (247). Bazı çalışmalarda duygusal desteğin önemli bir bakıcı ihtiyacı olduğunu belirlenmiştir (270,271). Yapılan diğer çalışmalarda ücretli bir bakıcıdan yardım alma sıklığı %8-46,2 olarak bulunmuştur (199, 249).

Bakım verme işlevi için hem diğer aile üyelerinden yardım alanlar hem de alamayanlar bakım verme yükü çekeabilmekte ve yaşam kaliteleri düşebilmektedir. Buna sebep olarak diğer aile üyelerinin yaptığı yardımının yetersiz kalması gösterilebilir.

Diğer yandan akraba yardımı alanların daha az bakım verme yükü hissetmesinin nedenleri arasında, gelin, torun, yeğen gibi akrabaların dönüşümlü olarak bakım yardımına gelmesi ve dolayısıyla az da olsa bakım yükünü hafifletmesi gösterilebilir. Bakım veren aile üyelerinden komşu/arkadaş yardımı alanların daha fazla bakım verme yükü hissetmesinin nedenleri arasında; diğer aile üyelerinden, akrabalardan ya da başka kaynaklardan yardım alamıyor olabilmeleri, bakım verdikleri bireylerin her türlü günlük aktiviteleri yerine getirmede tam bağımlı olabilmesi gösterilebilir. Ayrıca bu bireylerin ruhsal ve fiziksel sağlıklarının da olumsuz etkilendiği ve yaşam kalitelerinin düşük olduğu söylenebilir. Ücretli bakıcıların, ekonomik yük oluşturarak bakım verme yükünü arttırabildiği düşünülmektedir. Diğer yandan bakım veren birey, çeşitli sebeplerden (ileri yaşta olma, kronik hastalığı bulunma, çalışıyor olma, bakım dışı sorumluluklarını yerin getirememesi vb.) bakım yükünü fazla hissetmesi nedeniyle bakıcı desteği almış olabilmektedir. Bakıcı yardımı alanların, kendilerini rahatlatmak için daha fazla zaman ayırabildikleri düşünülmektedir. Bakıcı tutacak durumu olan bireylerin, başkalarıyla olan ilişkilerinde daha az baskı hissettiği söylenebilir. Bakım verenlerin devletten bakım maaşı alabilmeleri için, bakım verdikleri bireylerin ileri derecede fiziksel yetersizlikleri olması ve bakım verenlerin düşük gelir düzeyine sahip olmaları şartları aranmaktadır. Bu yardımı alan bireyler ayrıca düşük gelir düzeyine bağlı kötü çevre şartlarına sahip evlerde oturabilmektedirler. Tüm bu nedenlere ve mevcut sağlık sorunlarına bağlı olarak bakım verenlerin fiziksel ve ruhsal sağlıkları bakım işlevlerini yerine getirirken olumsuz etkilenebilmektedir. Bu durum, maaş yardımı alan bakım verenlerin bakım verme yükü çekmelerinin ve yaşam kalitelerinin daha düşük olmasının nedenini açıklayabilmektedir. Yalnızca maddi yardım alanların yaşam kalitelerinin diğer yardımları alamadıkları için daha düşük olduğu söylenebilir. Bakım yardımı, maddi yardım ve duygusal desteği birlikte alanların ise daha fazla bakım verme yükü hissetmesinin, bu yardımlara ihtiyaç duymalarına neden olan bakım dışı sebeplerin de etkisinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Aldığı yardımı “yetersiz” bulanların BVYÖ puan ortalamaları, aldığı yardımı “yeterli” bulanlardan daha yüksek bulunmuştur. Aldığı yardımı “yetersiz” bulanların DSÖYKÖ-KF ile DSÖYKÖ-KF RA ve ÇA alt ölçekleri puan ortalamaları aldığı yardımı “kısmen yeterli” bulanlardan daha düşük bulunmuştur.

Aldığı yardımı yetersiz bulanların daha fazla bakım verme yükü hissettiği, ruhsal sağlıklarının daha fazla etkilendiği ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu düşünülmektedir. Bakım verme ile ilgili yardıma ihtiyaç duyulması, bireyin bu ihtiyacın karşılanmadığı durumlarda zorluklarla karşılaşılacağını gösterebilmektedir. Yardıma ihtiyaç duyan bakım verenlerin özellikle bakım yardımı, maddi yardım ve psikolojik yardım beklentisi içinde oldukları düşünülürse, bu ihtiyaçları karşılanmadığı durumlarda bakım verenler bakım verme yükü hissedebilmekte, yaşamdan aldıkları doyum azalabilmekte ve ruhsal sağlıkları olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Diğer yandan destek alındığı halde bakımda güçlük yaşanması, alınan desteklerin yetersiz olduğunu desteklemektedir. Ayrıca aldığı yardımı “yetersiz“ bulanların yaşadıkları fiziksel çevre şartlarından memnun olmama sebepleri, daha çok “düşük gelir düzeyine” sahip kimseler olmalarından kaynaklanabilmektedir.

Bakım verdiği bireylerin beslenmesi, giyinmesi ya da hareket ettirilmesi konusunda zorlananların BVYÖ puan ortalamaları, bu konuda zorlanmayanlardan daha yüksek, DSÖYKÖ-KF ve DSÖYKÖ-KF RA, ÇA ve FA alt ölçek puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuştur. Bakım verdiği bireyi hareket ettirme konusunda zorlanan aile üyelerinin DSÖYKÖ-KF UÇA alt ölçek puan ortalamaları, bu konuda zorlanmayanlardan daha yüksek bulunmuştur.

Bakım verilen bireyin beslenme, giyinme ya da hareket ettirilme ihtiyacının karşılanma zorunluluğu, bireyin diğer günlük ihtiyaçlarını da kendi kendine karşılayamayacak kadar bağımlı olduğunu göstermektedir. Bakım gereksinimi için başkasının yardımına ihtiyaç duyan tam bağımlı bireyler, kendi bakımlarına hiçbir şekilde katılmadıkları için tüm yük bakım veren kişiye kalabilmektedir. Dolayısıyla bakım veren bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıkları, bakım işlevlerine ve diğer mevcut sorunlarına bağlı olarak olumsuz etkilenebilmektedir. Bakım verenlerin çoğunluğunun düşük gelir düzeyine sahip olduğu, aldığı yardımları kısmen yeterli bulduğu ve genel sağlık durumunu da orta olarak ifade ettikleri düşünülürse, yaşamdan yeterli doyum alamama nedenleri anlaşılabilir. Bakım verdiği bireyi hareket ettirme zorluğu yaşayan bakım verenlerin ulusal çevre alanı ölçek puanlarının yüksek olması, baskı ve kontrollerle ilgili zorlukları bakım sırasında bireyi hareket ettirmede zorluk çekmeyen bakım verenler kadar fazla yaşamadıklarını göstermektedir.

Bakım verdiği bireye banyo yaptırılması ya da pozisyon değişiminin sağlanması konularında zorlanan aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları, belirtilen konularda zorlanmayan aile üyelerinden daha yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuştur. Bakım verdiği bireye banyo yaptırılması konusunda zorlanan aile üyelerinin DSÖYKÖ-KF RA alt ölçek puan ortalamaları, bu konuda zorlanmayanlardan daha düşük bulunmuştur. Bakım verdiği bireyin pozisyon değişimini sağlama konusunda zorlanan aile üyelerinin DSÖYKÖ-KF ÇA ve FA alt ölçek puan ortalamaları ise, pozisyon değişimini sağlama konusunda zorlanmayanlardan daha düşük bulunmuştur.

Bakım verdiği bireyin banyo gereksinimini ya da pozisyon değişimini sağlayan aile üyeleri gün boyunca bireyin diğer bakım ihtiyaçlarını da yerine getirebilmektedirler. Banyo gereksinimini karşılayan bakım verenlerin ruhsal sağlıklarının olumsuz etkilenmesinin nedeni olarak, bireylerin bu işlem sırasında kendilerine yardımcı olabilecek kaynaklara ulaşamamaları ve kendilerini kısıtlanmış hissedebilmeleri düşünölmektedir. Bakım verenlerin hasta bireyin pozisyon değişimini sağlama işlevleri fiziksel olarak zorlamalarına, günlük işlerini ve bakım işlevlerini yerine getirirken yorulmalarına ve iş görme kapasitelerinin azalmasına yol açabilmektedir. Bu sorunların bakım verenlerin yaşam kalitelerinin düşük olmasına yol açabildiği düşünölmektedir.

Bakım verdiği bireyin boşaltım gereksinimini karşılamada zorlanan aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları, bireyin boşaltım gereksinimini karşılamada zorlanmayan aile üyelerinden daha yüksek, DSÖYKÖ-KF ve bu formun RA ve FA alt ölçekleri puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuştur.

Bireyin boşaltım gereksiniminin giderilmesinde başkasının yardımına ihtiyaç duyması, bireyin bağımlı olduğunu göstermektedir. Bağımlılık düzeyi fazla olan bireylere bakım verenler, bakım işlevi nedeniyle günlük yaşamını sürdürmek için yeterli gücü bulamamakta, sıkıntı ve stres yaşayabilmektedirler. Bakım verme yükü bireylerin yaşam kalitesini düşürebilmektedir.

Bakım verdiği bireyle iletişim kurmakta zorlanan aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları, bireyle iletişim kurmakta zorlanmayan aile üyelerinden daha yüksek, DSÖYKÖ-KF ve DSÖYÖ-KF RA, ÇA, FA ve SA alt ölçekleri puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuştur.

İletişim konusunda zorlanan bakım verenler, inmenin yol açtığı nörolojik ve fiziksel semptomlardan daha fazla etkilenen bireylere bakım verebilmektedirler. Bakım verenlerin, bakım verme işlevi nedeniyle günlük uğraşlarını yürütebilme becerileri azalabilmekte, fiziksel ve ruhsal sağlıkları ile sosyal ilişkileri olumsuz yönde etkilenebilmektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerin, bakım verdikleri inme hastalarının bakım ihtiyaçlarını yerine getirirken zorlandıkları, yani bakım verme yükü hissettikleri saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada, bakım verenlerin çoğunun hastasına bakmaya başladıktan sonra bakımda sorun yaşadığı saptanmış, yaşanan sorunlar hasta bireyin öz bakımını sağlama, davranış değişikliğini yönetme, gereksinimini belirleme, yanında kalma şeklinde bildirilmiştir (249). Yapılan başka bir çalışmada bizim çalışma bulgularımıza paralel olarak hastaların günlük yaşam aktiviteleri ve davranış değişikliği sorunlarının bakım verenlerin zorlanmalarına neden olduğu saptanmıştır (272). Terminal dönemdeki kanser hastalarına bakım deneyiminin incelendiği bir çalışmada ise, bizim çalışma bulgularımızın tersine bakım verenlerin bakım sunmayı bir yük olarak algılamadıkları ve sevdikleri kişiye önemli bir şey yapmakta olduklarını hissettikleri, bu nedenle de her türlü güçlüğü rağmen bakım işini yük olarak görmedikleri saptanmıştır (273). Sit ve ark. (203) tarafından yapılan bir çalışmada inme hastalarına bakım verenler, bakım verme işinin yorgunluk ve strese sebep olmasını ifade etmelerine karşın, inme hastası akrabalarına bakım verme rolünü zorunluluk ve sorumluluk olduğunu kabul ettiklerini belirtmişlerdir.

Kronik hastalığa sahip bağımlı bir bireye bakım verme işlevinin yol açtığı fiziksel, ruhsal ya da sosyal sorunlar, bakım verenlerin bakım verme yüklerini arttırabilmekte ve yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebilmektedir.

Bakım verenlerin %42,3'ünün bakım verme işlevi nedeniyle aile içi ilişkilerinin etkilendiği saptanmıştır. Bakım nedeniyle aile içi ilişkilerinin etkilendiğini belirten aile üyelerinin BVYÖ puan ortalamaları, bakım verme işlevi nedeniyle aile içi ilişkilerinin etkilenmediğini belirtenlerden daha yüksek, DSÖYKÖ-KF ve DSÖYKÖ-KF RA, ÇA ve UÇA alt ölçekleri puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuştur.

Çalışmamızda aile içi ilişkilerinin etkilendiğini ifade eden bakım verenler; aile içinde stresli ilişkiler, eş ile tartışma, eşinden ayrılma, eş ve çocuklara yeterince zaman ayıramama şeklinde sorunlar bildirmişlerdir. Yapılan diğer çalışmalarda da bizim

çalışma bulgularımızla paralel olarak bakım verenlerin aile içi ilişkilerde güçlük, eşinden boşanma, aile içi ilişkilerde ve ev yaşantısında değişim yaşama, aile içi ilişkilerde gerginlik oranında artma, ev ile daha az ilgilenme, çocuklara verdiği bakım süresinde azalma, çocuğundan ayrılma, inme hastalarının ihtiyaçlarıyla ailedeki diğer bireylerin ihtiyaçları arasında denge kurmakta zorlanma şeklinde sorunlar yaşandığı saptanmıştır (199,203,249). Yapılan bir çalışmada bakım verenin bir başkasına (kendi baktığı hastanın haricinde) bakma durumu ile ailede güçlük yaşaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (249).

Bakım veren bireyler gün içindeki zamanlarının büyük bir kısmını bakım verme sorumluluklarını yerine getirerek geçirmekte, bakım verme dışında kalan zamanlarında ise ev işlerini yapmak zorunda kalmaktadırlar. Dolayısıyla gün içinde çocuklarına ya da diğer aile üyelerine yeterince zaman ayıramayabilmekte, ruhsal açıdan olumsuz etkilenebilmektedirler. Ayrıca bakım veren bazı aile üyeleri eş ve akraba gibi kendilerine yakın olan kişilerle olan ilişkilerinde baskı ve kontrollerle ilgili zorluklar yaşayabilmektedirler. Bakım verenlerin ekonomik durumlarının hastalıktan etkilenebilmesi de ailede güçlük yaşama durumuna yol açabilmektedir (249).

Çalışmamızda bakım veren aile üyelerinin %96,2'si hasta bakımı nedeniyle sosyal ilişkilerinin etkilendiğini belirtmiştir. Bakım verme rolü nedeniyle sosyal ilişkileri etkilenen aile üyelerinin BVYÖ puanı ortalamaları, bakım verme işlevi nedeniyle sosyal ilişkileri etkilenmeyenlerden daha yüksek, DSÖYKÖ-KF ve DSÖYKÖ-KF UÇA ölçeği puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuştur.

Çalışmamızda sosyal ilişkileri etkilenenlerin %48,5'i "sosyal hayatım bitti", "hiç dışarı çıkamıyorum", "dışarı çıktığımda aklım hep evde kalıyor, hemen eve dönüyorum", "mahkum gibiyim", "akraba ziyaretleri bitti" ifadelerinden birini ya da ikisini kullanmışlardır. Sosyal ilişkileri etkilenenlerin %32,3'ü, sosyal ilişkilerinin azaldığını, akraba/arkadaşlarla daha az görüştiklerini belirtmişlerdir. Sosyal ilişkileri etkilenenlerin %15,4'ü ise eskisi kadar sık dışarı çıkamadığını ve eskisi kadar gezemediğini ifade etmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda da bizim çalışma bulgularımıza benzer şekilde, bakım verenlerin günlük yaşantılarının etkilendiği, sosyal iletişime engel olma ve ev içi organizasyon yapmada güçlük yaşandığı, gün içinde dışarı çıkma ile kendine zaman ayırma ve öz bakımını yerine getirme, alışveriş yapma ve tatile çıkma konularında etkilenme olduğu, komşuluk ilişkilerinde ve insani ilişkilerde azalma

yaşandığı, eş-dost ziyaretleri, eğlence aktivitelerine ayırdıkları zamanın azaldığı ve günlük işlerine ayırdıkları zamanlarının azaldığı, bazı bakım verenlerin sınırlılık/sınırlandırılmışlık hissi yaşadıkları saptanmıştır (190,199,203,249).

Bakım verenlerin bakım için ayırdıkları sürenin fazla olmasının, kendilerine ve sosyal ilişkilerine yeterince zaman ayıramamalarına neden olduğu düşünülmektedir. Bakım verme işlevinin bakım veren bireyin sosyal hayatını ve ilişkilerini olumsuz yönde etkilediği söylenebilir. Bu görüşü destekler şekilde çalışmamızda bakım verenlerin %96'2'si bakım verme nedeniyle sosyal ilişkilerinin etkilendiğini ifade etmişlerdir. Sosyal ilişkilerinin etkilendiğini belirtenlerin kendilerine eş-akraba-iş arkadaşı gibi kendilerine yakın kişilerle olan ilişkilerinde baskı ve kontrole ilgili zorlukları daha fazla yaşadıkları söylenebilir. Bakım verenlerden bazıları, sosyal ilişkilerinde ve aktivitelerinde herhangi bir değişim yaşamamalarının sebebini, daha önce de çok sık sosyal ilişkilerinin ya da aktivitelerinin olmayışına bağlamışlardır. Uğur ve Fadiloğlu (199)'nun belirttiğine göre, Sayle-Cross yaptığı bir araştırmada, bakım verenlerin arkadaşlarıyla buluşmak gibi yapmayı arzu ettikleri şeyleri bastırmaya çalışmalarının ve gittikçe artan bakım yüklerinin onları sinirlendirdiğini belirtmiştir.

Bakım verme nedeniyle iş yaşamının etkilendiğini belirtenlerin BVYÖ puan ortalamaları, iş yaşamının etkilendiğini belirtenlerden yüksek, DSÖYKÖ-KF puan ortalamaları ise düşük bulunmuştur.

Araştırmamızda, “çalışan” bakım veren aile üyelerinin %78,9'u bakım verme nedeniyle iş yaşamlarının etkilendiğini belirtmiştir. İş yaşamı etkilenenler; işe geç gitme/işten erken dönme, iş saatlerinin etkilenebilmesi, bakım nedeniyle işe gitmediği dönemler olması, eskisi kadar sık işe gidememe, işlerinin bölünmesi, işini erteleme/durdurma, isteyken aklının sürekli evde olması şeklinde etkilenmeler bildirmişlerdir. Yapılan diğer çalışmalarda da bakım verenlerin iş yaşamlarının etkilendiği, bu değişimin işinden sık sık izin alma, işiyle daha az ilgilenme, bakım vermenin iş yapmaya engel olma, bakım sunmaya ayrılan saatlerin sayısı yüzünden programda değişiklikler yapmak zorunda kalma, geçici ya da tamamen çalışmayı bırakma şeklinde olduğu saptanmıştır (199,249,274).

Bakım verme yükü nedeniyle bakım verenlerin iş hayatının olumsuz yönde etkilendiği (işini bırakma ya da erteleme durumu) ve yaşamdan aldıkları doyumun azaldığı söylenebilir. Hem sosyal hem de ekonomik kayıplara yol açabileceğinden, işi

bırakma durumunun bakım verenin fiziksel ve ruhsal yükünü arttırıp, yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği düşünölmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlar aşağıda verilmiştir:

- Araştırma kapsamına alınan bakım veren aile üyelerinin yaş ortalamaları $46,88 \pm 12,60$ 'dir. Çoğunluğu evli ve çalışmayan bireyler olan bakım veren aile üyelerinin, eğitim ve gelir düzeyleri düşük bulunmuştur.
- Eğitim seviyesi düşük olan bakım veren aile üyelerinin daha fazla bakım verme yükü hissettikleri ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Geliri giderinden az olan bakım veren aile üyelerinin ise yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır.
- Çoğunluğunu kadınların oluşturduğu bakım veren aile üyelerinin, kendilerine yakın kişilerle olan ilişkilerinde baskı ve kontrollerle ilgili zorlukları, erkeklere göre daha fazla yaşadıkları saptanmıştır.
- Bakım veren aile üyelerinin %48,5'inin kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığı olan aile üyelerinin, kronik hastalığı olmayanlara göre daha fazla bakım verme yükü çektiği ve yaşamdan daha az doyum aldığı saptanmıştır.
- Kronik hastalığına bağlı özel diyet uygulamak veya yaşam şekli değişikliği yapmak zorunda kalan bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitelerinin, kronik hastalığına bağlı özel diyet uygulamak veya yaşam şekli değişikliği yapmak zorunda kalmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.
- Bakım veren aile üyelerinin %26,9'unun genel sağlık durumlarını "iyi" olarak algıladıkları belirlenmiştir. Sağlığını "iyi" olarak algılayan bakım veren aile üyelerinin, sağlığını "orta" ya da "kötü" olarak algılayanlara göre daha az bakım verme yükü hissettikleri ve daha yüksek yaşam kalitesine sahip oldukları saptanmıştır.
- Bakım verilen inme tanısı almış bireylerin yaş ortalamaları 73,6 olup, %60'ı tam bağımlıdır. Bakım veren aile üyelerinin %61,5'inin bakım verdiği bireyin beslenmesi, %84,6'sının giyinmesi, %87,7'sinin hareket ettirilmesi, %93,1'inin banyo yaptırılması, %96,2'sinin pozisyon değişiminin sağlanması, %56,2'sinin

bireyin boşaltım gereksiniminin karşılanması ve %56,2'sinin ise bakım verdiği birey ile iletişim kurmada güçlük yaşadıkları belirlenmiştir.

- Bakım verilen inme tanısı almış bireylerin bağımlılık düzeyleri azaldıkça, onlara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin azaldığı ve yaşam kalitelerinin arttığı saptanmıştır.
- Bakım veren aile üyelerinin %75,4'ünün inme tanısı almış birey ile birlikte yaşadığı belirlenmiştir. İnme tanısı almış birey ile birlikte yaşayanların daha fazla bakım verme yükü hissettikleri ve daha düşük yaşam kalitelerine sahip oldukları saptanmıştır.
- Bakım veren aile üyelerinin %36,9'unun bakım verdiği bireylerin bakımı konusunda yardım alamadıkları, bakımda yardım kaynağı bulunanların %32,9'unun ise aldığı yardımı yetersiz bulduğu belirlenmiştir.
- Bireyin bakımında yardım alamayan ya da aldığı yardımı “yetersiz” bulan aile üyelerinin daha fazla bakım verme yükü hissettiği ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır.
- Bakım veren aile üyelerinin %42,3'ünün hasta bakımı nedeniyle aile içi ilişkilerinin etkilendiği belirlenmiştir. Aile içi ilişkilerinin etkilendiğini belirtenlerin, aile içi ilişkilerinin etkilendiğini belirtenlere göre daha fazla bakım verme yükü hissettikleri ve yaşamdan daha az doyum aldıkları saptanmıştır.
- Bakım verme yükü arttıkça, bakım verenlerin yaşam kalitelerinin düştüğü saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükleri ve yaşam kalitelerinin değerlendirmelerinin belirli aralıklarla tekrarlanması,
- İnme tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerinin, bakım sırasında yaşayabilecekleri zorluklar konusunda bilgilendirilmeleri,
- İnme tanısı almış bireylere bakım veren aile üyelerine, bakım verme işlevlerini yerine getirirken karşılaşılabilecekleri zorluklarla baş edebilmeleri konusunda eğitim verilmesi,

- İnce tanısı almış tam bağımlı bireylere bakım verme konusunda, bakım veren aile üyelerinin maddi destek alabilecekleri kaynaklara yönlendirilmelerinin sağlanması,
- Bakım veren aile üyelerinin kendi sağlıklarını ihmal etmemeleri konusunda desteklenmeleri ve sağlık merkezlerine yönlendirilmeleri,
- İnce tanısı almış tam bağımlı bireylere bakım verme konusunda, bakım veren aile üyelerine yeterli psikolojik destek sağlanması, bakım verenlerin bakım konusunda danışabilecekleri bilgi merkezlerinin artırılması, sahip oldukları haklardan haberdar olmalarının sağlanması, evde bakım hizmetlerinden yararlanmaları konusunda yönlendirilmesi,
- İnce tanısı almış bireylerin bakım verme yükünün hafifletilmesi ve yaşam kalitelerinin artırılması amacı ile bilgi verici ve destekleyici danışmanlık hizmetlerinin yürütülmesi ve destek gruplarının oluşturulması, haftalık toplantı programları yapılarak bireylerin deneyimlerini paylaşmalarının sağlanması.

7. KAYNAKLAR

1. **Bilir N.** Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. *Toplum Hekimliği Bülteni*, **2006**; 25(3):1-6.
2. **Hacıhasanoğlu R, Karakurt P, Yıldırım A, Uslu S.** Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon. *TAF Prev Med Bull*, **2010**; 9(3):209-216.
3. World Health Statistics 2008. Erişim: <http://www.who.int/whosis/whostat/2008/en/index.html>. Erişim tarihi: 01.04.11.
4. Akbulut Y. Kronik hastalıklarda hemşirelik yönetimi. Erişim: http://www.manisadh.gov.tr/fayda/05_17_2010_11_56_12.pps. Erişim tarihi: 14.02.2011.
5. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Kronik Hastalıklar Raporu-2006. Erişim: <http://www.hekimce.com/index.php?kiid=3147>. Erişim tarihi: 20.04.2011.
6. İrgil E. Kronik hastalıklar epidemiyolojisi. Erişim:http://halk-sagligi.uludag.edu.tr/emel_irgil_3011/kronik_Hast_Epidemiyolojisi.pdf. Erişim tarihi: 02.07.09.
7. Erdal R. Türkiye’de kronik hastalıkların yükü. Erişim: <http://tahad.org/sunumlar/Turkiyede%20kronik%20hastalik%20yuku.pdf>. Erişim tarihi: 02.05.2011.
8. Akgün S. Türkiye’de çevresel hastalık yükü. Erişim:<http://cevresagligi.org/cevre-sagligi/kutuphane/ii-ulusal-cevre-hekimligi-kongresi/trkiyede-evresel-hastalk-yk.html>.
9. WHO, The World Health Report: 2003 - Shaping the future. World Health Organization, Geneva 2003, p3-40.
10. Sağlık Bakanlığı, RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ulusal hastalık yükü ve maliyet etkililik çalışması, “Hastalık Yükü Final Raporu”, 2005, Ankara. Erişim: http://www.tusak.saglik.gov.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=33&Itemid=1 Erişim tarihi: 02.07.2010.
11. Global burden of neurological disorders: estimates and projections (Chapter 2) Erişim: http://www.who.int/mental_health/neurology/neurological_disorders_report_web.pdf. Erişim tarihi: 01.07.2011.
12. Truelsen T, Begs S, Mathers C. The global burden of cerebrovascular disease Erişim: http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_cerebrovascular_disease_stroke.pdf. Erişim tarihi: 01.07.2011
13. **Broderick J, Brott T, Kothari R, Miller R, Khoury J, Pancioli A, Gebel J, Mills D, Minneci L, Shukla R.** The Greater Cincinnati / Northern Kentucky Stroke Study. *Stroke*, **1998**; 29(2):415-21.

- 14. Sacco RL, Bodan-Albala B, Gan R, Chen X, Kargman DE, Shea S, Paik MC, Hauser WA.** Stroke incidence among White, Black, and Hispanic residents of an urban community: the Northern Manhattan Stroke Study. *American Journal of Epidemiology*, **1998**;147(3):259-68.
- 15.** American Heart Association. 2001 Heart and Stroke Statistical Update. Dallas, Texas: American Heart Association, 2000.
- 16.** Morris DL, Schroeder EB. Stroke epidemiology. Erişim: <http://www.uic.edu/com/ferne/pdf/strokeepi0501.pdf>. Erişim tarihi:01.07.2011.
- 17. Rosamond WD, Folsom AR, Chambless LE, Wang CH, McGovern PG, Howard G, Copper LS, Shahar E.** Stroke incidence and survival among middle-aged adults: 9-year follow-up of the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) cohort. *Stroke*, **1999**; 30(4): 736-43.
- 18. T.C. S. B. Sağlık İstatistikleri, 2005.**
- 19.** Ergül, H. Serebrovasküler hastalıklar. Erişim: <http://www.hakanergul.com/blog/?cat=115>. Erişim tarihi:02.07.09.
- 20. Mackowiak-Cordoliani MA, Bombois S, Memin A, Hénon H, Pasquier F.** Poststroke dementia in the elderly. *Drugs Aging*, **2005**; 22(6):483-93.
- 21. Leys D, Hénon H, Mackowiak-Cordoliani MA, Pasquier F.** Poststroke dementia. *Lancet Neurol*, **2005**;4(11): 752-9.
- 22. Malak A, Dicle A.** Beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü ve etkileyen faktörler. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, **2008**; 18(2):118-21.
- 23. Erdem M.** Yaşlıya bakım verme. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2005**; 8(3):101-6.
- 24. Yılmaz A, Turan E.** Alzheimer hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik, tükenmişliğe neden olan faktörler ve başetme yolları. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, **2007**; 27(3):445-54.
- 25. White CL, Poissant L, Cote-Leblanc G, Wood-Dauphinee S.** Long-term caregiving after stroke: the impact on caregivers' quality of life. *J Neurosci Nurs.*, **2006**;38(5):354-60.
- 26. Chan CW, Chang AM.** Stress associated with tasks for family caregivers of patients with cancer in Hong Kong. *Cancer Nurs.*, **1999**;22(4):260-5.
- 27. Aydemir Ç, Kasım İ, Cebeci S, Göka E, Tüzer V.** Kronik böbrek yetmezliği hastalarının yakınlarında yaşam kalitesi ve psikiyatrik semptomlar. *Kriz Dergisi*, **2002**; 10(2):29-39.

- 28. Kasuya RT, Polgar-Bailay P, Takeuchi R.** Caregiver burden and burnout: a guide for primary care physicians. *Postgraduate Medicine*, **2000**; 108(7): 119-23.
- 29. Feldman FH, Waliser MN, Gould DA, Levine C.** When the caregivers needs care: the plight of vulnerable caregivers. *American Journal of Public Health*, **2002**; 92(3): 409–13.
- 30. Güven S, Hazer O.** Ülkemizde evde bakımın aile ve yaşlılık açısından önemi ve ev ekonomistlerinin yeri. *Ev Ekonomisi Dergisi*, **2000**;6(7): 65-70.
- 31. Karahan A, Güven S.** Yaşlılıkta evde bakım. *Geriatry*, **2002**;5(4):155-59.
- 32. Bluvol A, Ford-Gilboe M.** Hope, health work and quality of life in families of stroke survivors. *Journal of Advanced Nursing*, **2004**;48(4): 322–32.
- 33. Clarke P, Black S, Badley E, Lawrence J, Williams J.** Handicap in stroke survivors. *Disabil Rehabil*, **1999**; 21(3):116-23.
- 34. Bugge C, Alexander H, Hagen S.** Stroke patients' informal caregivers. Patient, caregiver, and service factors that affect caregiver strain. *Stroke*, **1999**;30(8):1517-23.
- 35. Akdemir N, Birol L.** İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. 2. baskı. 2004.
- 36. Mac Walter RS.** The epidemiology of stroke-incidence&prevalence.
Erişim: <http://www.dundee.ac.uk/medther/StrokeSSM/StrokeIncidencePrevalencePlain/sld017.htm>.
Erişim tarihi: 21.05.2011.
- 37. Heper C.** İnme. Erişim: <http://www.kardiyo.net/kitap/inme.shtml>. Erişim tarihi: 21.05.2011.
- 38. Çoban O.** Beyin damar hastalıklarında tanımlar, sınıflama, epidemiyoloji ve risk faktörleri.
Erişim:<http://www.itfnoroloji.org/svh/bdhtanimlar.htm>. Erişim tarihi: 21.05.2011.
- 39. Special report from the National Institute of Neurological Disorders and Stroke.** Classification of cerebrovascular diseases III. *Stroke*, **1990**; 21(4):637-76.
- 40. American Heart Association.** Types of stroke.
Erişim:http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/TypesofStroke/Types-of-Stroke_UCM_308531_SubHomePage.jsp. Erişim tarihi: 14.07.2011.
- 41. Medline Plus.** Stroke. Erişim: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/stroke.html>. Erişim tarihi: 01.07.2011.
- 42. NHS Choices.** İnme. Erişim:
http://www.nhs.uk/translationturkish/Documents/Stroke_Turkish_FINAL.pdf. Erişim tarihi: 14.05.2011.

- 43. Kumral E, Özkaya B, Sağduyu A, Şirin H, Vardarlı E, Pehlivan M.** The Ege Stroke Registry. A hospital based study in the Aegian Region, İzmir, Turkey. Analysis of 2000 patients. *Cerebrovascular Diseases*, **1998**; 8 (5):278-88.
- 44. Kumral E.** İnme epidemiyolojisi. Serebrovasküler hastalıklar. 2. baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 2005: 39-56.
- 45. Thrift AG, Dewey HM, Macdonell RAL, McNeil JJ, Donan GA.** Incidence of the major stroke subtypes: initial findings from the North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMES_S). *Stroke*, **2001**;32(8):1732-8.
- 46. Carolei A, Marini C, Di Napoli M, Di Gianfilippo G, Santalucia P, Baldassarre M, De Matteis G, di Orio F.** High stroke incidence in the prospective community-based L'Aquila registry (1994-1998). First year's results. *Stroke*, **1997**;28(12):2500-6.
- 47. Ellekjaer H, Holmen J, Indredavik B, Terent A.** Epidemiology of stroke in innhered, Norway, 1994 to 1996. Incidence and 30-day case fatality rate. *Stroke*, **1997**;28(11):2180-4.
- 48. Nencini P, Inzitari D, Baruffi MC, Fratiglioni L, Gagliardi R, Benvenuti L, Buccheri AM, Cecchi L, Passigli A, Rosselli A.** Incidence of stroke in young adults in Florence, Italy. *Stroke*, **1988**; 19(8):977– 81.
- 49. Shinkowa A, Ueda K, Hasua Y.** Seasonal varitaion in stroke incidence in Hisayama, Japan. *Stroke*, **1990**; 21(9):1262– 7.
- 50. Turgut C.** İskemik inmede risk faktörleri ve toast sınıflaması.
Erişim:http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/noroloji/dr_cansever_turgut.pdf.
Erişim tarihi:20.01.2011.
- 51. Öztürk ZE.** Lk inme sonrası saptanan risk faktörlerinin morbidite ve mortalite üzerine etkisi. Erişim: http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/noroloji/dr_zeki_ozturk.pdf. Erişim tarihi: 09.04.2011.
- 52. Midi İ, Afşar N.** İnme risk faktörleri Erişim: http://www.klinikgelisim.org.tr/kg_10_1/1.pdf. Erişim tarihi: 19.02.2010.
- 53. Nakayama H, Jørgensen HS, Raaschou HO, Olsen TS.** The Influence of age on stroke outcome. *Stroke*, **1994**; 25(4): 808-13. Erişim: <http://stroke.ahajournals.org/cgi/reprint/25/4/808>.
- 54. Gorelick PB.** Cerebrovascular disease in African Americans. *Stroke*, **1998**;29(12): 2656–64.
- 55. Howard G, Anderson R, Sorlie P, Andrews V, Backlund E, Burke GL.** Ethnic differences in stroke mortality between non-Hispanic whites, Hispanic whites, and blacks: the National Longitudinal Mortality Study. *Stroke*, **1994**;25(11):2120-5.

- 56. Sheinart KF, Tuhim S, Horowitz DR, Weinberger J, Goldman M, Godbold JH.** Stroke recurrence is more frequent in Blacks and Hispanics. *Neuroepidemiology*, 1998;17(4):188–98.
- 57. Gillum RF.** Risk factors for stroke in blacks: a critical review. *Am J Epidemiol*, 1999;150(12):1266-74.
- 58. He J, Klag MJ, Wu Z, Whelton PK.** Stroke in the people's republic of China: I. geographic variations in incidence and risk factors. *Stroke*, 1995;26(12): 2222-7.
- 59. Kiely DK, Wolf PA, Cupples LA, Beiser AS, Myers RH.** Familial aggregation of stroke: the Framingham Study. *Stroke*, 1993;24(9):1366–71.
- 60. Utku U, Çelik Y.** İnmede etyoloji, sınıflandırma ve risk faktörleri. Serebrovasküler hastalıklar. 2. baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 2005: 57-71.
- 61. Liao D, Myers R, Hunt S, Shahar E, Paton C, Burke G, Province M, Heiss G.** Familial history of stroke and stroke risk: the Family Heart Study. *Stroke*, 1997;28(10):1908–12.
- 62. Brass LM, Isaacsohn JL, Merikangas KR, Robinette CD.** A study of twins and stroke. *Stroke*, 1992; 23(2):221–3.
- 63. Neal B, MacMahon S, Chapman N.** Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomised trials. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. *Lancet*, 2000;356(9246):1955-64.
- 64. Staessen JA, Fagard R, Thijs L, Celis H, Arabidze GG, Birkenhager WH, Bulpitt CJ, de Leeuw PW, Dollery CT, Fletcher AE, Forette F, Leonetti G, Nachev C, O'Brien ET, Rosenfeld J, Rodicio JL, Tuomilehto J, Zanchetti A.** Randomised double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension. The Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) Trial Investigators. *Lancet*, 1997;350(9080):757-64.
- 65. Gueyffier F, Bulpitt C, Boissel JP, Schron E, Ekblom T, Fagard R, Casiglia E, Kerlikowske K, Coope J.** Antihypertensive drugs in very old people: a subgroup meta-analysis of randomised controlled trials. INDANA Group. *Lancet*, 1999;353(9155):793-96.
- 66. Ay S, Doğan Koldaş Ş, Evcik D.** İnmeli hastalarda risk faktörleri ve fonksiyonel iyileşme üzerine etkileri. Erişim: www.yenitip.org/pdf/nmeliHastalarda_37_41.pdf. Erişim tarihi: 10.03.2011.
- 67. Goldstein LB, Adams R, Alberts MJ, et al.** 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*, 2006;37(6):1583-633.

- 68.** Demiralp E. Akut iskemik inme ile ortalama trombosit hacmi ilişkisi.
Erişim:http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/noroloji/dr_elif_demiralp.pdf.
Erişim tarihi: 20.03.2011.
- 69. Burcfield CM, Curb JD.** Glucose intolerance and 22 year stroke incidence. The Honolulu Heart program. *Stroke*, **1994**; 25(5):951-7.
- 70. Chimowitz MI, Mancini GB.** Asymptomatic coronary artery disease in patients with stroke. Prevalence, prognosis, diagnosis and treatment. *Stroke*, **1992**;23(3):433-6.
- 71. Chimowitz MI, Poole RM, Starling MR, Schwaiger M, Gross MD.** Frequency and severity of asymptomatic coronary disease in patients with different causes of stroke. *Stroke*, **1997**;28(5):941-5.
- 72. Sen S, Oppenheimer SM.** Cardiac disorders and stroke. *Curr Opin Neurol*, **1998**;11(1):51-6.
- 73. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB.** Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. *Stroke*, **1991**;22(8):983-8.
- 74. Hart RG, Halperin JL, Pearce LA, Anderson DC, Kronmal RA, McBride R, Nasco E, Sherman DG, Talbert RL, Marler JR.** Stroke prevention in atrial fibrillation investigators. Lessons from the stroke prevention in atrial fibrillation trials. *Ann Intern Med*, **2003**;138(10):831-8.
- 75. Go AS, Hylek EM, Chang Y, Phillips KA, Henault LE, Capra AM, Jensvold NG, Selby JV, Singer DE.** Anticoagulation therapy for stroke prevention in atrial fibrillation: how well do randomized trials translate into clinical practice? *JAMA*, **2003**;290(20):2685-92.
- 76. Clinical Investigation and Reports.** Effects of tissue plasminogen activator and a comparison of early invasive and conservative strategies in unstable angina and non-Q-wave myocardial infarction. Results of the TIMI IIIB Trial. Thrombolysis in Myocardial Ischemia. *Circulation*, **1994**; 89(4):1545-56.
- 77. Benfante R, Yano K, Hwang LJ, Curb JD, Kagan A, Ross W.** Elevated serum cholesterol is a risk factor for both coronary heart disease and thromboembolic stroke in Hawaiian Japanese men: implications of shared risk. *Stroke*, **1994**;25(4):814-20.
- 78. Leppala JM, Virtamo J, Fogelholm R, Albanes D, Heinonen OP.** Different risk factors for different stroke subtypes: association of blood pressure, cholesterol and antioxidants. *Stroke*, **1999**; 30(12): 2535-40.
- 79. Anonymous.** Cholesterol, diastolic blood pressure and stroke: 13,000 strokes in 450,000 people in 45 prospective cohorts: prospective studies collaboration. *Lancet*, **1995**; 346(8991-8992):1647-53.
- 80. Iso H, Jacobs DR Jr, Wentworth D, Neaton JD, Cohen JD.** Serum cholesterol levels and six-year mortality from stroke in 350,977 men screened for the multiple risk factor intervention trial. *N Engl J Med*, **1989**;320(14):904-10.

- 81. Asia Pacific Cohort Studies Collaboration.** Cholesterol, coronary heart disease and stroke in the Asia Pacific region. *International Journal of Epidemiology*, **2003**;32(4):563–72.
- 82. Bots M, Elwood P, Nikitin Y, Salonen J, Freire D, Inzitari D, Sivenius J, Benetou V, Tuomilehto J, Koudstaal P, Grobbee D.** Total and HDL cholesterol and risk of stroke. EUROSTROKE: a collaborative study among research centres in Europe. *J Epidemiol Community Health*, **2002**; 56(1):19–24.
- 83. Horenstein RB, Smith DE, Mosca L.** Cholesterol predicts stroke mortality in the Women’s Pooling Project. *Stroke*, **2002**;33(7):1863–8.
- 84. Oxfordshire Community Stroke Project.** Incidence of stroke in Oxfordshire: First year's experience of a community stroke register. *Br Med J*, **1983**; 287(6394):713-7.
- 85. Sacco RL, Benson RT, Kargman DE, Boden-Albala B, Tuck C, Lin IF, Cheng JF, Paik MC, Shea S, Berglund L.** High-density lipoprotein cholesterol and ischemic stroke in the elderly, the Northern Manhattan Stroke Study. *JAMA*, **2001**; 285(21):2729-35.
- 86. Silvestrini M, Troisi E, Matteis M, Cupini LM, Bernardi G.** Effect of smoking on cerebrovascular reactivity. *J Cereb Blood Flow Metab*, **1996**; 16(4): 746-9.
- 87. Kara H.** İnme geçiren olgularda akut konfüzyonel duruma girme sıklığı ve etkili faktörler. Uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi Nöroloji Anabilim Dalı, Adana, **2010**.
- 88. Çiğdem B.** Akut stroklu hastalarda otonom sinir sistemi fonksiyonunun immun yanıt ve prognoz ile ilişkisinin araştırılması. Uzmanlık tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Sivas, **2008**.
- 89. Yılmaz G.** İnmeli hastalarda gövde kaslarının izokinetik analizi ve fonksiyonel parametrelerle ilişkisi. Uzmanlık tezi, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Konya, **2008**.
- 90. Wolf PA, D'Agostino RB, Kannel WB, Bonita R, Belanger AJ.** Cigarette smoking as a risk factor for stroke: The Framingham Study. *JAMA*, **1988**;259(7):1025–9.
- 91. O'Leary DH, Polak JF, Kronmal RA, Kittner SJ, Bond MG, Wolfson SK Jr, Bommer W, Price TR, Gardin JM, Savage PJ.** Distribution and correlates of sonographically detected carotid artery disease in the Cardiovascular Health Study. The CHS Collaborative Research Group. *Stroke*, **1992**;23(12):1752-60.
- 92. Inzitari D, Eliasziw M, Gates P, Sharpe BL, Chan RK, Meldrum HE, Barnett HJ.** The causes and risk of stroke in patients with asymptomatic internal-carotid-artery stenosis. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators. *N Engl J Med*, **2000**; 342(23):1693–700.

- 93. Adams RJ, McKie VC, Carl EM, Nichols FT, Perry R, Brock K, McKie K, Figueroa R, Litaker M, Weiner S, Brambilla D.** Long-term stroke risk in children with sickle cell disease screened with transcranial Doppler. *Ann Neurol*, **1997**; 42(5): 699–704.
- 94. Ohene-Frempong K, Weiner SJ, Sleeper LA, Miller ST, Embury S, Moohr JW, Wethers DL, Pegelow CH, Gill FM.** Cerebrovascular accidents in sickle cell disease: rates and risk factors. *Blood*, **1998**; 91(1): 288–94.
- 95. Armstrong FD, Thompson RJ, Wang W, Zimmerman R, Pegelow CH, Miller S, Moser F, Bello J, Hurtig A, Vass K.** Cognitive functioning and brain magnetic resonance imaging in children with sickle cell disease. Neuropsychology Committee of the Cooperative Study of Sickle Cell Disease. *Pediatrics*. **1996**;97(6): 864–70.
- 96. Palomaki H, Kaste M.** Regular light to moderate intake of alcohol and the risk of ischemic stroke. Is there a beneficial effect? *Stroke*, **1993**;24(12):1828-32.
- 97. Camargo CA.** Moderate alcohol consumption and stroke. The epidemiologic evidence. *Stroke*, **1989**;20(12): 1611-26.
- 98. Hilbom M, Haapaniemi H, Juvela S.** Recent alcohol consumption, cigarette smoking and cerebral infarction in young adults. *Stroke*, **1995**; 26(1):40-5.
- 99. Gronbaek M, Deis A, Sorensen TI, Becker U, Schnohr P, Jensen G.** Mortality associated with moderate intakes of wine, beer or spirits. *BMJ* , **1995**; 310(6988): 1165–9.
- 100. Gezici T.** Akut iskemik inmede ve akut hemorajik inmede risk faktörü olarak homosistein. Erişim: http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/noroloji/dr_turkan_gezici.pdf. Erişim tarihi: 21.05.2011
- 101. Johnsen SP, Overvad K, Stripp C, Tjønneland A, Husted SE, Sorensen HT.** Intake of fruit and vegetables and the risk of ischemic stroke in a cohort of Danish men and women. *Am J Clin Nutr*, **2003**; 78(1):57–64.
- 102. Nagata C, Takatsuka N, Shimizu N, Shimizu H.** Sodium intake and risk of death from stroke in Japanese men and women. *Stroke*, **2004**;35(7):1543–7.
- 103. Ascherio A, Rimm EB, Hernan MA, Giovannucci EL, Kawachi I, Stampfer MJ, Willett WC.** Intake of potassium, magnesium, calcium and fiber and risk of stroke among US men. *Circulation*, **1998**;98(12): 1198–204.
- 104. Kiely DK, Wolf PA, Cupples LA, Beiser AS, Kannel WB.** Physical activity and stroke risk: the Framingham Study. *Am. J.Epidemiol*, **1994**;140(7):608-20.
- 105. Atasoy EB.** İnme tedavisinde Varfarin başlanan hastaların CYP2C9 genetik değişkenliği ve Varfarin tedavisi üzerine etkileri. Erişim: http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/noroloji/dr_banu_atasoy.pdf. Erişim tarihi: 10.05.2011.

- 106.** Uçan H, Gökçe MV. Egzersizin yağlara etkisi.
Erişim: http://saglik.tr.net/spor_ve_saglik_egzersiz_yaglar.shtml. Erişim tarihi: 03.11.09.
- 107. Varol S.** Akut iskemik inme ve metabolik sendrom birlikteliği.
Erişim: http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/noroloji/dr_sefer_varol.pdf. Erişim tarihi: 21.05.11.
- 108. Boushey CJ, Beresford SA, Omenn GS, Motulsky AG.** A quantitative assessment of plasma homocysteine as a risk factor for vascular disease. Probable benefits of increasing folic acid intakes. *JAMA*, **1995**;274(13):1049-57.
- 109. Amarenco P, Cohen A, Tzourio C, Bertrand B, Hommel M, Besson G, Chauvel C, Touboul PJ, Bousser MG.** Atherosclerotic Disease of the aortic arch and the risk of ischemic stroke. *N Eng J Med*, **1994**; 331 (22):1474-9.
- 110. Kelly MA, Gorelick PB, Mirza D.** The role of drugs in the etiology of stroke. *Clinical Neuropharmacology*, **1992**;15(4):249-75.
- 111. Petiti DB, Sidney S, Bernstein A, Wolf S, Quesenberry C, Ziel HK.** Stroke in users of low-dose oral contraceptives. *N Engl J Med*, **1996**; 335(1):8-15.
- 112. Schwartz S, Siscovick D, Longstreth WT, Psaty B, Beverly R, Raghunathan T, Lin D, Koepsell T.** Use of low dose oral contraceptives and stroke in young women. *Ann Intern Med*, **1997**; 127(8): 596-603.
- 113. Chan WS, Ray J, Wai EK, Ginsburg S, Hannah ME, Corey PN, Ginsberg JS.** Risk of stroke in women exposed to low-dose oral contraceptives: a critical evaluation of the evidence [published correction appears in *Arch Intern Med*. 2005;165:2040]. *Arch Intern Med*, **2004**;164(7):741-7.
- 114. Yamashita K, Ouchi K, Shirai M, Gondo T, Nakazawa T, Ito H.** Distribution of Chlamydia pneumoniae infection in the atherosclerotic carotid artery. *Stroke*, **1998**;29(4):773-8
- 115. Ridker PM, Buring JE, Shih J, Matias M, Hennekens CH.** Prospective study of C-Reactive Protein and the risk of the future cardiovascular events among healthy women. *Circulation*, **1998**; 98(8): 731-3.
- 116. Weimar C, Roth MP, Zillessen G, Glahn J, Wimmer ML, Busse O, Haberl RL, Diener HC.** Complications following acute ischemic stroke. *Eur Neurol*, **2002**;48(3):133-40.
- 117. The European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee.** İskemik inme ve geçici iskemik atağa yaklaşım rehberi 2008.
Erişim: http://www.eso-stroke.org/pdf/ESO08_Guidelines_Turkish.pdf. Erişim tarihi: 30.10.2009.
- 118. Kamphuisen PW, Agnelli G, Sebastianelli M.** Prevention of venous thromboembolism after acute ischemic stroke. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, **2005**;3(6):1187-94.

- 119. Taşcıoğlu F.** İnme rehabilitasyonu. *Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi*, **2005**;11(2):53-64.
- 120. Necioğlu Örken D, Kenangil G, Güner Ç, Çelik M, Forta H.** Primer intraserebral kanamalı hastalarda derin ven trombozu profilaksisinde heparin kullanımı. *Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi*, **2007**;13(2): 37-9.
- 121. Kelly J, Rudd A, Lewis R, Hunt BJ.** Venous thromboembolism after acute stroke. *Stroke*, **2001**;32(1):262-7.
- 122. Duncan PW, Zorowitz R, Bates B, Choi JY, Glasberg JJ, Graham GD, Katz RC, Lamberty K, Reker D.** Management of adult stroke rehabilitation care: a clinical practice guideline. *Stroke*, **2005**;36(9):100-43.
- 123. Reddy M, Gill SS, Rochon PA.** Preventing pressure ulcers: a systematic review. *JAMA*, **2006**;296(8):974-84.
- 124. Şen A, Ataklı D, Karşıdağ S, Ertan N, Arpacı B.** İnme sonrası erken nöbet gelişimi. Erişim:<http://onlinemakale.dusunenadamdergisi.org/pdf/dusunenadam/362010183118-2-3.pdf>. Erişim tarihi:10.07.2011.
- 125. Göksel BK, Karataş M, Tan M, Yıldırım T, Kızılkılıç O, Benli S, Yerdelen D.** İnme sonrası geç başlangıçlı nöbetler. *Journal of Neurological Sciences*, **2005**; 22(4):388-93.
- 126. Karaçayır SŞ, Balcı K, Asil T, Çelik Y.** Beyin damar hastalığı sonrası gelişen epileptik nöbetler. *Trakya Univ Tıp Fak Derg*, **2006**;23(3):127-34.
- 127. Sümer MM.** Serebrovasküler hastalık sonrası gelişen epileptik nöbetler. *Epilepsi*, **2000**; 6(2):110-5.
- 128. Gerberding JL.** Hospital-onset infections: a patient safety issue. *Ann Intern Med*, **2002**;137(8):665-70.
- 129. Eyigör S.** İnmeli hastada rehabilitasyon prensipleri, yaşam kalitesi, son durum değerlendirmesi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, **2007**; 53 (Özel sayı)1;19-25.
- 130. Mackintosh SF, Hill K, Dodd KJ, Goldie P, Culham E.** Falls and injury prevention should be part of every stroke rehabilitation plan. *Clin Rehabil*, **2005**;19(4): 441-51.
- 131. Pettersen R, Saxby BK, Wyller TB.** Poststroke urinary incontinence: one-year outcome and relationships with measures of attentiveness. *J Am Geriatr Soc* **2007**;55(10):1571-7.
- 132. Kuptniratsaikul V, Kovindha A, Suethanapornkul S, Manimmanakorn N, Archongka Y.** Complications during the rehabilitation period in Thai patients with stroke: a multicenter prospective study. *Am J Phys Med Rehabil*, **2009**;88(2):92-9

- 133. Akçalı A, Altındağ Ö, Aydeniz A, Koca İ, Gürsoy S.** İskemik inmeli hastalarda inkontinans, ihmal sendromu ve emosyonel durumun lateralizasyon ve fonksiyonel bağımsızlık düzeyi ile ilişkisi. *Gaziantep Tıp Dergisi*, **2010**;16(1):1-5.
- 134. Thomas LH, Barrett J, Cross S, French B, Leathley M, Sutton C, Watkins C.** Prevention and treatment of urinary incontinence after stroke in adults. *Stroke*, **2006**;37(3):929-30.
- 135. Baztan JJ, Domenech JR, González M.** New-onset fecal incontinence after stroke: risk factor or consequence of poor outcomes after rehabilitation? *Stroke*, **2003**;34(8):101-2.
- 136. Pettersen R.** Incontinence after stroke. *Tidsskr Nor Laegeforen*, **2007**;127(10):1383-6.
- 137. Kızıl R, Şenocak Ö, El Ö, Gözüüm M, Kutluk K, Öztürk V, Peker Ö.** Hemiplejik hastalarda omuz ağrısı sıklığı ve ilişkili faktörler. *Journal of Neurological Sciences [Turkish]*, **2009**;26(2):206-13.
- 138. Walsh K.** Management of shoulder pain in patients with stroke. *Postgrad Med J*, **2001**;77(912):645-9.
- 139. Gamble GE, Barberan E, Laasch HU, Bowsher D, Tyrrell PJ, Jones AK.** Poststroke shoulder pain: a prospective study of the association and risk factors in 152 patients from a consecutive cohort of 205 patients presenting with stroke. *Eur J Pain*, **2002**;6(6):467-74.
- 140. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R.** Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis and pulmonary complications. *Stroke*, **2005**;36(12):2756-63.
- 141. Barer DH.** The natural history and functional consequences of dysphagia after hemispheric stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*, **1989**;52(2):236-41.
- 142. Finestone HM, Greene-Finestone LS, Wilson ES, Teasell RW.** Prolonged length of stay and reduced functional improvement rate in malnourished stroke rehabilitation patients. *Arch Phys Med Rehabil*, **1996**;77(4):340-5.
- 143. Dávalos A, Ricart W, Gonzalez-Huix F, Soler S, Marrugat J, Molins A, Suner R, Genis D.** Effect of malnutrition after acute stroke on clinical outcome. *Stroke*, **1996**;27(6):1028-32.
- 144. Food trial collaboration.** Poor nutritional status on admission predicts poor outcomes after stroke: observational data from the FOOD trial. *Stroke*, **2003**;34(6):1450-6.
- 145. Finestone HM, Greene-Finestone LS, Wilson ES, Teasell RW.** Malnutrition in stroke patients on the rehabilitation service and at follow-up: prevalence and predictors. *Arch Phys Med Rehabil*, **1995**;76(4):310-6.
- 146. Selçuk B.** İnmede yutma bozuklukları. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, **2006**;52 (Özel Ek B):B38-44.

147. **Ward AB.** Long term modification of spasticity. *J Rehabil Med*, **2003**;35(41):60-5.
148. **Sommerfeld DK, Eek EU, Svensson AK, Holmqvist LW, von Arbin MH.** Spasticity after stroke: its occurrence and association with motor impairments and activity limitations. *Stroke*, **2004**;35(1):134-9.
149. **Watkins CL, Leathley M, Gregson J, Moore A, Smith T, Sharma A.** Prevalence of spasticity post stroke. *Clin Rehabil*, **2002**;16(5):515-22.
150. **Maviş İ. Doğramacı Ö. Diken İ.** Birincil bakıcıların ‘felçli ve afazili bireylerin’ sözel olmayan davranışlarına ilişkin görüşleri. *Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi*, **2005**; 11(3):97-106.
151. **Laska AC, Hellblom A, Murray V, Kahan T, Von Arbin M.** Aphasia in acute stroke and relation to outcome. *J Internal Med*, **2001**;249:413-22.
152. **Atamaz F.** İnmede konuşma bozuklukları ve rehabilitasyonu. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, **2007**; 53(1); 11-5.
153. **Kaya D.** Hastane organizasyonu ve inme ünitesi. *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics*, **2009**; 2(3):25-31.
154. **Langhorne P, Pollock A.** What are the components of effective stroke unit care? *Age Ageing*, **2002**; 31(5): 365–71.
155. **Rudd AG, Hoffman A, Irwin P, Lowe D, Pearson MG.** Stroke unit care and outcome: results from the 2001 national sentinel audit of stroke (England, Wales, and Northern Ireland). *Stroke*, **2005**;36(1):103-6.
156. **Evenson KR, Rosamond WD, Morris DL.** Prehospital and in-hospital delays in acute stroke care. *Neuroepidemiology*, **2001**;20(2):65-76.
157. **Keskin O, Kalemoglu M, Ulusoy RE.** A clinic investigation into prehospital and emergency department delays in acute stroke care. *Med Princ Pract*, **2005**;14(6):408-12.
158. **Chang KC, Tseng MC, Tan TY.** Prehospital delay after acute stroke in Kaohsiung, Taiwan. *Stroke*, **2004**;35(3):700-4.
159. **Mosley I, Nicol M, Donnan G, Patrick I, Kerr F, Dewey H.** The impact of ambulance practice on acute stroke care. *Stroke*, **2007**;38(10):2765-70.
160. **Wein TH, Staub L, Felberg R, Hickenbottom SL, Chan W, Grotta JC, Demchuk AM, Groff J, Bartholomew LK, Morgenstern LB.** Activation of emergency medical services for acute stroke in a nonurban population: the T.L.L. Temple Foundation Stroke Project. *Stroke*, **2000**;31(8):1925-8.

- 161. Rosamond WD, Evenson KR, Schroeder EB, Morris DL, Johnson AM, Brice JH.** Calling emergency medical services for acute stroke: a study of 9-1-1 tapes. *Prehosp Emerg Care*, **2005**;9(1):19-23.
- 162. Togay C.** Akut inmeye yaklaşım. *Yoğun Bakım Dergisi*, **2003**;3(4):225-35.
- 163. Şenocak Ö, El Ö, Söylev GÖ, Avcılar S, Peker Ö.** İnme sonrasında yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Journal of Neurological Sciences*, **2008**;25(3):169-75.
- 164. Erdemir F, Hakverdioğlu G, Yılmaz E, Ayrıl N.** Hemiplejili hastaların aile yakınlarının bakım verici rolünde zorlanma tanısı yönünden değerlendirilmesi. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri. Klinik uygulama, eğitim, araştırma ve yönetimde kullanımı. Ankara: Başkent Üniversitesi Basın Yayın ve Halkla İlişkiler Bürosu, **2003**:169-177.
- 165. Gündüz B, Atamaz F.** İnme ve hayat kalitesi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, **2006**;52(Özel Ek B):B45-9.
- 166. Tamam B, Taşdemir N, Tamam Y.** İnme sonrası demans: sıklığı ve risk faktörleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2008**;19(1):46-56.
- 167. Hajek VE, Gagnon S, Ruderman JE.** Cognitive and functional assessments of stroke patients: An analysis of their relation. *Arch Phys Med Rehabil*, **1997**;78(12):1331-7.
- 168. Khorshid L, Hakverdioğlu G.** Bir tarafı ihmal etme. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2007**;10(3):76-84.
- 169. Engelter ST, Gostynski M, Papa S, Frei M, Born C, Ajdacic-Gross V, Gutzwiller F, Lyrer PA.** Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke: incidence, severity, fluency, etiology, and thrombolysis. *Stroke*, **2006**;37(6):1379-84.
- 170. Bergés IM, Ottenbacher KJ, Kuo YF, Smith PM, Smith D, Ostir GV.** Satisfaction with quality of life poststroke: Effect of sex differences in pain response. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, **2007**; 88(4):413-7.
- 171. Zorowitz RD, Smout RJ, Gassaway JA, Horn SD.** Usage of pain medications during stroke rehabilitation: the Post-Stroke Rehabilitation Outcomes Project (PSROP). *Top Stroke Rehabil*, **2005**;12(4):37-49.
- 172. Langhorne P, Stott DJ, Robertson L, MacDonald J, Jones L, McAlpine C, Dick F, Taylor GS, Murray G.** Medical complications after stroke: a multicenter study. *Stroke*, **2000**;31(6):1223-9.
- 173. Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Özer ZC.** Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi*. **2011**; 38(1): 57-65

- 174. Eskiuyurt N, Yalman A, Vural M, Kızıltaş H, Bölükbaş N, Çeşme F.** İnmeli olguların özellikleri ve fonksiyonel durum sonuçları. **2005; İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 2005; 68(3):71-7.**
- 175. Soyuer F, Özarslan M, Soyuer A.** İskemik inme: nörolojik kayıp ve özürllük. *Erciyes Tıp Dergisi, 2004; 26(1): 19-24.*
- 176. Patel MD, Tilling K, Lawrence E, Rudd AG, Wolfe CD, McKeivitt C.** Relationships between long-term stroke disability, handicap and health-related quality of life. *Age Ageing, 2006; 35(3):273-9.*
- 177. Buzlu S.** İnmeli hastanın ve ailenin yaşadığı psikososyal sorunlar ve hemşirelik yaklaşımları. Erişim:<http://www.noroloji.org.tr/sunuMerkezi/wwwroot/?s=2325295A3C3E3E3624>. Erişim tarihi: 03.04.2011.
- 178. Soyuer F, Erdoğan F, Öztürk A.** İnme sonrası depresyon kognitif bozuklukla ilişkilidir. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2008;15(4):271-4.*
- 179. Dilek A, Karataş M, Erkan H, Çetin N, Akman MN.** İnme sonrası gelişen depresyonun fonksiyonel bozukluk ve rehabilitasyon sonuçlarına etkileri. Erişim: <http://www.ftrdergisi.com/yazilar.asp?yaziid=376&sayiid=>. Erişim tarihi: 03.04.2011.
- 180. Khorshid L, Gürol Arslan G.** Hemşirelik ve sosyal desteğin önemi. *Dirim, 2006; 81(1):182-8.*
- 181. Dayapoğlu N, Tan M.** İnmeli hastaların aileden algıladıkları sosyal destek. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2009;12(4):41-8.*
- 182. Safaz İ, Tok F, Türk H, Cicos P, Alaca R.** İnmeli hastalarda çevresel engeller ve toplumsal entegrasyon. *J PMR Sci, 2009;12(2): 81-4.*
- 183. National Institute on Disability and Rehabilitation Research (NIDRR). Long Range Plan for Fiscal Years 1999-2003.** Erişim:www2.ed.gov/rschstat/research/pubs/nidrr-lrp-99-03-exec-sum.doc. Erişim tarihi: 03.04.2011.
- 184. Han B, Haley WE.** Family caregiving for patients with stroke. *Stroke, 1999;30(7):1478-85.*
- 185. Türk Kardiyoloji Basın Bülteni.** Erişim:<http://www.msd-turkey.com/content/corporate/press/releases/pr4.doc>. Erişim tarihi: 03.04.2011.
- 186. Ovayolu N, Uçan Ö, Pehlivan S, Yıldızgördü E.** Hemodiyaliz hastalarının tedaviye ve diyetle uyumları ile bazı kan değerleri arasındaki ilişki. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007; 2(4): 93-100.*
- 187. Tüzer V.** Kronik hastalıklar ve yeti yitiminde sistemik aile yaklaşımı. *Klinik Psikiyatri, 2001;4(3):193-202.*

- 188. Kuşçu K, Uzun Dural U.** Sağlık süreçleri ve bakım vericilik deneyimi: konsültasyon liyezon psikiyatrisi perspektifinde bir değerlendirme. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sc*, **2006**; 2(47):108-12.
- 189. İnci FH.** Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. Yüksek lisans tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli, **2006**.
- 190. Akça Kılıç N, Taşcı S.** 65 yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **2005**;14 (Ek Sayı) 30-6.
- 191. Steiner V, Pierce L, Drahuschak S, Nofziger E, Buchman D, Szirony T.** Emotional support, physical help and health of caregivers of stroke survivors. *J Neurosci Nurs.*, **2008**; 40(1):48-54.
- 192. Carnwath C, Johnson DA.** Psychiatric morbidity among spouses of patients with stroke. *BMJ*, **1987**; 294 (6569):409-11.
- 193. Glass TA, Matchar DB, Belyea M, Feussner J.** Impact of social support on outcome in first stroke. *Stroke*, **1993**;24(1): 64-70.
- 194. Scholte op Reimer, de Haan RJ, Pijnenborg, Limburg M, van den Bos GAM.** Assessment of burden in partners of stroke patients with sense of competence questionnaire. *Stroke*, **1998**;29(2):373-9.
- 195. Krepsi Y, Zarko BS.** İskemik beyin damar hastalıklarında tanı ve tedavi yaklaşımları. Erişim: <http://www.itfnoroloji.org/svh/inmetedavi.htm>. Erişim tarihi:03.04.2011.
- 196. Ulusal Kalp Sağlığı Politikası.** Erişim: http://www.tkd-online.org/UKSP/UKSP_Bolum03.pdf. Erişim tarihi: 03.04.2011.
- 197. Hudson J, Ross C, Taylor K.** Joining Forces to Deliver Improved Stroke Care - Full Report Erişim: http://www.nao.org.uk/publications/0506/reducing_brain_damage.aspx. Erişim tarihi: 01.07.2011
- 198. Stone R, Cafferata GL, Sangl J.** Caregivers of the frail elderly: a national profile. *The Gerontologist*, **1987**; 27(5):616-26.
- 199. Uğur Ö.** Onkoloji hastasına evde bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. Doktora tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2006**.
- 200. Emanuel EJ, Fairclough DL, Slustman J, Alpert H, Baldwin D, Emanuel LL.** Assistance from family members, friends, paid care givers and volunteers in the care of terminally ill patients. *N Engl J Med*, **1999**;341(13):956-63.
- 201. Brewer L.** Gender socialization and the cultural construction of elder caregivers. Erişim: <http://www.accessmylibrary.com/article-1G1-77701978/gender-socialization-and-cultural.html>. Erişim tarihi: 03.04.2011.

- 202. Nkongho NO, Archbold PG.** Reasons for caregiving in African American families. *J Cultural Diversity*, **1995**;2(4):116-23.
- 203. Sit JW, Wong TK, Clinton M, Li LS, Fong YM.** Stroke care in the home: the impact of social support on the general health of family caregivers. *J Clin Nurs*, **2004**;13(7):816-24.
- 204. Arno PS, Levine C, Memmott MM.** The economic value of informal caregiving. *Health Aff.*, **1999**;18(2):182-8.
- 205. King R, Carlson C, Shade-Zeldow Y, Bares K, Roth E, Heinemann A.** Transition to home care after stroke: depression, physical health, and adaptive processes in support persons. *Research in Health and Nursing*, **2001**;24(4) 307–23.
- 206. De Frias CM, Tuokko H& Rosenberg T.** Caregiver physical and mental health predicts reactions to caregiving. *Aging Ment Health*, **2005**;9(4):331-6.
- 207. Kim Y, Duberstein PR, Sorenson S, Larson MR.** Levels of depressive symptoms in spouses of people with lung cancer: Effects of personality, social support and caregiving burden. *Psychosomatics*, **2005**;46(2):123-30.
- 208. Pitceathly C, Maguire P.** The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: A review. *Euro J Cancer*, **2003**;39(11):1517-24.
- 209. Kurtz ME, Kurtz JC, Given CV, Given BA.** Depression and physical health among family caregivers of geriatric patients with cancer-a longitudinal view. *Med Sci Monit*, **2004**;10(8):447-56.
- 210. Öztunca İ, Şahin Z, Temurlenk h, Bulut N, Akan D, Algier L, Abbasoğlu A, Yılmaz E.** Serebrovasküler olay geçirmiş olan hastalarda kullanılan hemşirelik tanıları ve hemşirelik girişimleri. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri. Klinik uygulama, eğitim, araştırma ve yönetimde kullanımı. Ankara: Başkent Üniversitesi Basın Yayın ve Halkla İlişkiler Bürosu; 2003;257-264.
- 211. Chow SK, Wong FK, Poon CY.** Coping and caring: support for family caregivers of stroke survivors. *J Clin Nurs*, **2007**;16(7B):133-43.
- 212. Anderson CS, Linto J, Stewart-Wynne EG.** A population-based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors. *Stroke*, **1995**;26(5):843-9.
- 213. Scholte op Reimer WJ, de Haan RJ, Rijnders PT, Limburg M, van den Bos GA.**The Burden of Caregiving in Partners of Long-Term Stroke Survivors. *Stroke*, 1998;29(8):1605-11.
- 214. Kotila M, Numminen H, Waltime O et al.** Depression after stroke: Results of the Finnstroke Study. *Stroke*, **1998**;29(2): 368-372.
- 215. Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tesbiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik.** Erişim: <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/27121.html>. Erişim tarihi:01.07.2011.

216. Kurt E. Türkiye’de psikiyatrik rehabilitasyonla ilgili yasal düzenlemeler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2008**; 9(ek sayı.1):51-7.

217. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik.

Erişim: <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/23113.html>. Erişim tarihi:01.07.2011.

218. Güler D. Mastalji, yaşam kalitesi ve depresyon.

Erişim: http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/aile_hekimligi/dr_diler_guler.pdf. Erişim tarihi: 15.04.2011.

219. Arslan Ş, Gökçe Kutsal Y. Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirimi. *Geriatri*, **1999**;2(4):173-8.

220. Fırat R. Yaşam kalitesi mi, yaşam standardı mı?.

Erişim: <http://www.koprudergisi.com/index.asp?Bolum=EskiSayilar&Goster=Yazi&YaziNo=679>. Erişim tarihi: 25.03.2011.

221. Koltarla S. Sağlık personelinin yaşam kalitesinin araştırılması.

Erişim: http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/aile_hekimligi/dr_sema_koltarla.pdf. Erişim tarihi: 15.10.2011.

222. Kayıhan H Yaşam kalitesi.

Erişim: http://www.yaslilikrehberi.org.tr/UserFiles/File/495_YASAM_KALITESI.doc. Erişim tarihi: 14.02.2011.

223. Musaoğlu Z. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim elemanlarının sağlıkla ilintili yaşam kalitesi. Uzmanlık tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne, **2008**.

224. Aksu MT. Kronik hastalığı olan çocukların annelerinin sosyodemografik özellikleri depresyon, anksiyete, problem çözme yeteneği ve yaşam kaliteleri açısından değerlendirilmesi. Erişim:http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/aile_hekimligi/dr_munciye_tuna_aksu.pdf. Erişim tarihi: 20.05.2011.

225. Kılıçarslan S. Edirne şehir merkezinde’ki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri. Uzmanlık tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne, **2008**.

226. Carod-Artal J, Egido JA, González JL, Varela de Seijas E. Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke experience of a stroke unit. *Stroke*, **2000**;31(12):2995-3000.

227. Gokkaya NKO, Aras MD, Cakci A. Health-related quality of life of Turkish stroke survivors. *International Journal of Rehabilitation Research*, **2005**; 28(3):229–35.

228. Kong KH, Yang SY. Health-related quality of life among chronic stroke survivors attending a rehabilitation clinic. *Singapore Med J*, **2006**; 47(3): 213-8

- 229. Paul SL, Sturm JW, Dewey HM, Donnan GA, Macdonell RAL, Thrift AG.** Long term outcome in the North East Melbourne stroke incidence study: predictors of quality of life at 5 years after stroke. *Stroke*, **2005**;36(10):2082-6.
- 230. Periard ME, Ames BD.** Lifestyly changes and coping patterns among caregivers of stroke survivors. *Public Health Nursing*, **1993**;10(4):252-6.
- 231. Karakurt P, Kaşıkçı M.** İnmeli bir olgunun yaşam modeline göre incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2008**;11(1):76-84.
- 232. Ko CM, Malcarne VL, Varni JW, Roesch SC, Banthia R, Greenbergs HL, Sadler GR.** Problem-solving and distress in prostate cancer patients and their spousal caregivers. *Support Care Cancer*, **2005**; 13(6): 367-74.
- 233. Campbell LC, Keefe FJ, McKee DC, et al.** Prostate cancer in African Americans: Relationship between patient and partner self-efficacy to quality of life. *J Pain Symptom Manage*, **2004**;28(5):433-44.
- 234. Erdem N, Ergüney S.** Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2005**; 8(3).
- 235. Üstün ME, Karadeniz G.** Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının önemi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2006**;1(1):33-43.
- 236. Tel H, Tel H, Sabancıoğulları S.** Evde ve kurumda yaşayan 60 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme ve yalnızlık yaşama durumu. *Türk Geriatri Dergisi*, **2006**; 9(1):34-40.
- 237. Er F, Mollaoğlu M.** Disability and activities of daily living in the patients with multiple sclerosis. *Journal of Neurological Sciences*, 2011;28(2):190-203.
- 238. Küçükdeveci AA, Yavuzer G, Tennant A, Süldür N, Sonel B, Arasil T.** Adaptation of modified Barthel Index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. *Scand J Rehabil Med.*, **2000**;32(2):87-92.
- 239. Eser YS, Fidaner H, Fidaner C, Elbi H, Eser E ve Göker E.** Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-Bref. *3P (Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji) Dergisi*, **1999**; 7(ek2): 5-13.
- 240. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Yalçın Eser S, Elbi H ve Göker E.** “WHOQOL-100 ve WHOQOL-Bref’in psikometrik özellikleri” *3P (Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji) Dergisi*, **1999**; 7(ek2): 23-40.
- 241. Özge A, İnce B, Somay G, Çakmak SE, Uludüz D, Bulkan M, Taşdelen B, Kaleağası H.** The caregiver burden and stroke prognosis. *Journal of Neurological Sciences [Turkish]*, **2009**; 26:(2)19:139-152.

- 242. McCullagh E, Brigstocke G, Donaldson N, Kalra L.** Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke*, **2005**;36(10):2181-6.
- 243. Şahin ZA, Polat H, Ergüney S.** Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2009**; 12(2):1-9.
- 244. Park YH.** Day healthcare services for family caregivers of older people with stroke: needs and satisfaction. *J Adv Nurs*, **2008**;61(6):619-30.
- 245. Huang CY, Sousa VD, Perng SJ, Hwang MY, Tsai CC, Huang MH, Yao SY.** Stressors, social support, depressive symptoms and general health status of Taiwanese caregivers of persons with stroke or Alzheimer's disease. *J Clin Nurs*, **2009**;18(4):502-11.
- 246. Mak AK, Mackenzie A, Lui MH.** Changing needs of Chinese family caregivers of stroke survivors. *J Clin Nurs*, **2007**;16(5):971-9.
- 247. Yaşar F.** Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin primer bakım vericilerinin gereksinimleri, bakım verme yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2008**.
- 248. Demir B.** Bilinçsiz hasta yakınlarının depresyon durumunun belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli, **2006**.
- 249. Akyar İ.** Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2006**.
- 250. McGarry J, Arthur A.** Informal caring in late life: A qualitative study of the experiences of older carers. *Journal of Advanced Nursing*, **2001**;33(2):182-9.
- 251. Muller MJ, Klein M, Taphoorn MJ, Van der Ploeg HM, Aaronson NK.** The quality of life of the partners of patients with low-grade glioma. International Society for Quality of Life Research Conference, **2002**.
- 252. Gündüz B, Erhan B.** Quality of life of stroke patients' spouses living in the community in Turkey: controlled study with Short Form-36 Questionnaire. *Journal of Neurological Sciences [Turkish]*, **2008**; 25;(4):226-34.
- 253. Choi-Kwon S, Kim HS, Kwon SU, Kim JS.** Factors affecting the burden on caregivers of stroke survivors in South Korea. *Arch Phys Med Rehabil*, **2005**;86(5):1043-8.
- 254. Shyu YI, Chen MC, Chen ST, Wang HP, Shao JH.** A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. *J Clin Nurs*, **2008**;17(18):2497-508.

- 255. Clark PC, Dunbar SB, Shields CG, Viswanathan B, Aycock DM, Wolf SL.** Influence of stroke survivor characteristics and family conflict surrounding recovery on caregivers' mental and physical health. *Nurs Res*, **2004**;53(6):406-13.
- 256. Montgomery JRV, Gonyea JG, Hooyman NR.** Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, **1985**; 34(1):19-26.
- 257. Monahan DJ, Hookers K.** Health of spouse caregivers of dementia patients: The role of personality and social support. *Social Work*, **1995**;40(3):305-14.
- 258. Lalonde L, Clarke AE, Joseph L, Mackenzie T, Grover SA.** Comparing the psychometric properties of preference-based and nonpreference-based health-related quality of life in coronary heart disease. Canadian Collaborative Cardiac Assessment Group. *Qual Life Res*, **1999**;8(5):399-409.
- 259. Li TC, Lee YD, Lin CC, Amidon RL.** Quality of life of primary caregivers of elderly with cerebrovascular disease or diabetes hospitalized for acute care: assessment of well-being and functioning using the SF-36 health questionnaire. *Qual Life Res*, **2004**;13(6):1081-8.
- 260. Schlenk EA, Erlen JA, Dunbar-Jacob J, McDowell J, Engberg S, Sereika SM, Rohay JM, Bernier MJ.** Health-related quality of life in chronic disorders: a comparison across studies using the MOS SF-36. *Qual Life Res*, **1998**;7(1):57-65.
- 261. Arnold R, Ranchor AV, Sanderman R, Kempen GI, Ormel J, Suurmeijer TP.** The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Qual Life Res*, **2004**;13(5):883-96.
- 262. Bakoğlu E, Yetkin, A.** Hipertansiyonlu hastaların öz bakım gücünün değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2000**;4(1):41-9.
- 263. Williams GH.** Assessing patient wellness; new perspectives on quality of life and compliance. *American Journal of Hypertension*, **1998**; 11(11 Pt 2):186-91
- 264. Hunt SM.** Quality of life claims in trials of anti-hypertensive therapy. *Quality Of Life Research*, **1997**;6(2):185-91.
- 265. Tsai JC, Yang HY, Wang WH, Hsieh MH, Chen PT, Kao CC, Kao PF, Wang CH, Chan P.** The beneficial effect of regular endurance exercise training on blood pressure and quality of life in patients with hypertension. *Clinical & Experimental Hypertension*, **2004**;26(3):255-65.
- 266. Takahashi M, Tanaka K, Miyaoka H.** Depression and associated factors of informal caregivers versus professional caregivers of demented patients. *Psychiatry Clin Neurosci*, **2005**;59(4):473-80.
- 267. Pasacreata JV, Barg F, Nuamah I, McCorkle R.** Participant characteristics before and 4 months after attendance at a family caregiver cancer education program. *Cancer Nurs*, **2000**;23(4):295-303.

- 268. Laizner AM, Yost LM, Barg FK, McCorkle R.** Needs of family caregivers of persons with cancer: a review. *Semin Oncol Nurs*, **1993**;9(2):114-20.
- 269. Dewey H, Thrift A, Mihalopoulos C, Carter R, Macdonell R, McNeil J, et al.** Informal care for stroke survivors: Results from the North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). *Stroke*, **2002**;33(4):1028-33.
- 270. Bakas T, Austin JK, Okonkwo KF, Lewis RR, Chadwick L.** Needs, concerns, strategies, and advice of stroke caregivers the first 6 months after discharge. *Journal of Neuroscience Nursing*, **2002**;34(5):242-51.
- 271. Kerr S, Smith L.** Stroke: An exploration of the experience of informal caregiving. *Clinical Rehabilitation*, **2001**;15(4):428-36.
- 272. Kumamoto K, Arai Y.** Validation of 'personal strain' and 'role strain': subscales of the short version of the Japanese version of the Zarit Burden Interview (J-ZBI_8). *Psychiatry Clin Neurosci*, **2004**;58(6):606-10.
- 273. Mok E, Chan F, Chan V, Yeung E.** Family experience caring for terminally III patients with cancer in Hong Kong. *Cancer Nurs*, **2003**;26(4):267-75.
- 274. Schott-Baer D.** Dependent care, caregiver burden and self-care agency of spouse caregivers. *Cancer Nurs*, **1993**;16(3):230-6.

EKLER

EK – 1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

İNME TANISI ALMIŞ HASTALARA BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN BAKIM YÜKÜ İLE YAŞAM KALİTELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİYİ BELİRLEMeye YÖNELİK KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Aşağıda inme geçiren bireylere bakım veren aile üyelerine yönelik tanıtıcı sorular ile bakım verdiği bireye ve bireyin bakımına ilişkin sorular bulunmaktadır. Anket üzerinde kimlik belirtmeniz gerekmemektedir.

Protokol Numarası:

A) Bakım Veren Sosyo-Demografik Özellikleri

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:

Kadın Erkek

3. Medeni durumunuz:

Evli Bekar Dul / Boşanmış

4. Çocuk sayınız:

Yok 1-2 3-4 5 ve üstü

5. Eğitim durumunuz:

Okuryazar değil Okuryazar İlkokul Ortaokul Lise

Fakülte / Yüksekokul

6. Çalışma durumunuz:

Çalışıyorum Çalışmıyorum

7. Çalışıyorsanız işiniz / mesleğiniz:

8. Çalışma saatleriniz:

9. Size göre gelir durumunuz:

Gelir giderden fazla Gelir ve gider eşit Gelir giderden az

B) Bakım Verenin Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler

10. Kronik hastalığınız:

Yok
 Var (Belirtiniz.....)

11. Sürekli kullandığınız ilaç/ilaçlarınız:

Yok
 Var

12. Hastalığınız nedeniyle uymak zorunda olduğunuz özel diyetiniz:

Yok
 Var (Belirtiniz.....)

13. Hastalığınız nedeniyle yapmanız gereken yaşam şekli değişiklikleri:

Yok
 Var (Belirtiniz.....)

14. Genel olarak sağlığını algılama durumunuz:

Çok iyi İyi Kötü Çok kötü

C) İnme Tanısı Almış Hastaya İlişkin Özellikler

15. Hastanın yaşı:

16. İnme tanısını aldığı süre:

17. Bireyde görülen hastalık belirtileri:

Baş ağrısı
 Baş dönmesi
 Yüz, kol veya bacakta özellikle vücudun bir tarafında güçsüzlük uyuşma veya karıncalanma
 Yürüme zorluğu
 Denge kaybı

- Kolları ve bacakları hareket ettirmede zorluk
- Yutma güçlüğü
- Konuşamama
- Konuşma zorluğu
- Anlama zorluğu
- Bir veya iki gözde görme sorunu veya çift görme
- Bilinç bulanıklığı veya kişilik değişiklikleri

18. Hastanın bağımlılık düzeyi:

- Bağımsız Yarı bağımlı Tam bağımlı

D. Bakım Veren Aile Üyelerinin İnme Tanısı Almış Hastanın Bakımına İlişkin Özellikleri

19. Hastaya yakınlık dereceniz:

- Eş Çocuk Akraba Diğer (belirtiniz.....)

20. Hastayla birlikte yaşama durumunuz:

- Hastayla birlikte yaşıyorum Hastayla birlikte yaşamıyorum

21. Daha önce hasta bakımına ilişkin deneyiminiz:

- Yok
 Var (Belirtiniz.....)

22. Bakımından sorumlu olduğunuz bireye bakım verdiğiniz süre:

23. Bireyin bakımında yardım aldığınız kaynaklar:

- Yok
 Aile üyeleri
 Akrabalar
 Komşu
 Diğer (Açıklayınız.....)

24. Bakımda yardım alıyorsanız alınan yardımın türü:

- Bilgi desteği
 Maddi yardım

- Bakım desteği
 Psikolojik/duygusal destek

25. Aldığınız destek ya da yardımın size göre yeterlilik düzeyi:

- Yeterli
 Kısmen yeterli
 Yetersiz

26. Bireyin bakımında zorlandığınız alanlar:

- Beslenme
 Giyinme
 Hareket ettirme
 Banyo
 Pozisyon değiştirme
 İletişim
 Diğer (Açıklayınız.....)

E. Bakım Veren Aile Üyelerinin Hasta Bakımı Nedeniyle Yaşamlarında Etkilenen Alanlar

- 27. Aile içi ilişkiler:** Etkilenmedi
 Etkilendi

(Açıklayınız.....)

- Sosyal ilişkiler: Etkilenmedi
 Etkilendi

(Açıklayınız.....)

- İş yaşamı: Etkilenmedi
 Etkilendi

(Açıklayınız.....)

**EK – 2: LAWTON VE BRODY’NİN ENSTRÜMENTAL GÜNLÜK YAŞAM
AKTİVİTELERİ İNDEKSİ**

Aşağıda bakım verdiğiniz bireyin günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi ile ilgili ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve bakım verdiğiniz yakınına yönelik en uygun olan alanı işaretleyiniz. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse karar verebilmek için size en yakın gelen alanı işaretleyiniz. Bakım verdiğiniz yakınınızın günlük yaşam aktivitelerini en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki alana (√) işareti koyunuz.

Hastanın Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımlılık Düzeyi			
Günlük Yaşam Aktivitesi	Bağımsız	Kısmen Bağımlı	Bağımlı
Telefonu kullanabilme			
Yürüme mesafesi dışındaki yerlere gidebilme			
Alışverişe gidebilme			
Kendi öğünlerini hazırlayabilme			
Kendi ev işlerini yapabilme			
Kendi çamaşırını yıkayabilme			
Kendi ilaçlarını alabilme			
Mali durumunu idare edebilme			

EK – 3: BARTHEL İNDEKSİ

Aşağıda bakım verilen bireylerin günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve bakım verdiğiniz yakınınıza yönelik en uygun olan şıkkı işaretleyiniz. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse karar verebilmek için size en yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Bakım verdiğiniz yakınınızın günlük yaşam aktivitelerini en iyi ifade eden açıklamanın yanındaki kısma (√) işareti koyunuz.

Bağırsaklar (son 1 hafta)

- 0 () Dışkı kaçırmaya (ya da lavman gereksinimi)
- 1 () Ara sıra dışkı kaçırmaya (haftada bir)
- 2 () Normal dışkılama

Mesane (son 1 hafta)

- 0 () İdrar kaçırmaya ya da kateter varlığı
- 1 () Ara sıra idrar kaçırmaya (24 saatte en çok bir kez)
- 2 () Normal idrar yapabilir (kateterini tamamen kontrol edebilen kateterli hastanın normal idrar yapabildiği kabul edilir)

Bakım (son 24-48 saat)

- 0 () Kişisel bakım için yardıma gereksinim duyar
- 1 () Bağımsız (yüz, saç, diş bakımı, traş, vb.)

Tuvalet kullanımı

- 0 () Bağımlı
- 1 () Yardım gerekir (aşağıda parantez içinde sayılanlardan bazılarını yapabilir)
- 2 () Bağımsız (tuvalete ulaşma, oturup kalkma, soyunma, temizlenme ve giyinme dahil)

Beslenme

- 0 () Kendi başına yemek yiyemez
- 1 () Kendisi yer, ancak kesme, yağ sürme gibi işlemlerde yardım gerekir
- 2 () Bağımsız (sert yemekler de dahil)

Transfer (yataktan sandalyeye ve tekrar sandalyeden yatağa)

- 0 () Yapamaz, oturma dengesi yok (kaldırmak için iki kişi gerekir)
- 1 () Büyük oranda yardım gerekir; kuvvetli ya da eğitilmiş bir iki kişinin fiziksel yardımı ile oturabilir
- 2 () Küçük oranda (sözlü ya da fiziksel) yardım gerekir, bir kişinin denetim ya da yardımı yeterli olur
- 3 () Bağımsız

Hareket

- 0 () Hareketsiz
- 1 () Tekerlekli sandalye ile bağımsız (köşeler dahil)
- 2 () Bir kişinin yardımı ile yürüyebilir (sözlü ya da fiziksel)
- 3 () Bağımsız

Giyinme

- 0 () Bağımlı
- 1 () Yardıma gereksinim duyar, ancak yarısını yardımsız yapabilir
- 2 () Bağımsız (tüm giysileri seçebilmeli ve üstüne giyebilmeli; düğme, fermuar, bağlar vs. dahil)

Merdiven

- 0 () Çıkamaz
- 1 () Sözlü, fiziksel yardıma gereksinim duyar
- 2 () Bağımsız (araç yardımı alabilir, örn: baston)

Banyo

- 0 () Bağımlı
- 1 () Bağımsız / gözlem olmaksızın banyoya girip çıkabilir, kendisi yıkanır

**EK – 4: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form
(World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQOL-BREF)**

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. **Lütfen bütün soruları cevaplayınız.** Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, **lütfen size en uygun görünen cevabı** seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz. Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1.	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2.	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

		Hemen hemen hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3.	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4.	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5.	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6.	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5
		Hemen hemen hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7.	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8.	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9.	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamam en
10.	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz var mı?	1	2	3	4	5
11.	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5

12.	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13.	Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14.	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde **iyi ya da doyurucu** bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15.	Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16.	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17.	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18.	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19.	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

20.	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21.	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
22.	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23.	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24.	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25.	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
26.	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5
		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
27.	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

EK – 5:**BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ**

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Lütfen her soruyu okuyunuz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
2. Yakınına harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
3. Yakınına bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?	0	1	2	3	4

5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
7. Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?	0	1	2	3	4
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşamadığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
12. Yakınına bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4

13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
16. Yakınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
17. Yakınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının	0	1	2	3	4

üstlenmesini ister miydiniz?					
19. Yakınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?	0	1	2	3	4
20. Yakınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
21. Yakınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
22. Yakınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?	0	1	2	3	4

EK – 6. MERSİN 1 No’lu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı

MERSİN 1 NO'LU KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 2009/24

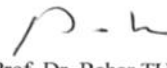
Cb /10/2009

Konu : Etik Kurul Başvurusu

Sayın Doç. Dr. Sabire YURTSEVER
Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Öğretim Üyesi

Sorumluluğunuzda yapılması tasarlanan "İnme Tanısı Almış Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükü İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki" adlı araştırma için Kurulumuz'a yapmış olduğunuz başvuru araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ilişkin 30/09/2009 tarihli ve 2009/15 sayılı Etik Kurul Kararı ile Etik Kurul Değerlendirme Formu ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi arz/rica ederim.


Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Etik Kurul Başkanı

EKLER:

- 1- Etik Kurul Kararı (1 sayfa)
- 2- Etik Kurul Değerlendirme Formu (2 sayfa)

MERSİN 1 NO'LU KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KURUL KARARLARI

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
30/09/2009	04	2009/15

Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Doç. Dr. Sabire YURTSEVER'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan "İnme Tanısı Almış Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükü İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki" adlı araştırma için hazırlanmış olan Uzmanlık Tezleri ve/veya Akademik Amaçlı Yapılacak olan İlaç Dışı Klinik Araştırmalar için Başvuru Formu ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve Kurulumuz kararının başvuru sahibine iletilmesine toplantıya katılan Etik Kurul Üyeleri'nin oy birliği ile karar verilmiştir.

İmza
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan

İmza
Prof. Dr. Gürbüz POLAT
Başkan Yrd.

İmza
Doç. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ
Üye

İmza
Doç. Dr. Bahar ULUBAŞ
Üye

İmza
Doç. Dr. Mehmet İsmail YAĞCI
Üye

(Katılmadı)
Doç. Dr. Handan BİRBİÇER
Üye

İmza
Yrd. Doç. Dr. Gülay BÖREKÇİ
Üye

İmza
Yrd. Doç. Dr. Funda Gülay KADIOĞLU
Üye

İmza
Yrd. Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN
Üye

İmza
Yrd. Doç. Dr. Nimet BÖLGEN
Üye

İmza
Uzm. Dr. Melek AYAN
Üye

İmza
Uzm. Dr. Havva KUBAT ÖZEL
Üye

İmza
Av. Habibe ÖZER
Üye

Fatma KAPAR
Etik Kurul Sekreteri

ASLI GİBİDİR

KLİNİK ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

ETİK KURULUN ADI	MERSİN 1 NO'LU KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi, İhsaniye Mah., 4903 Sok., No: 3, Necdet Ülger Binası, 3. Kat, 33079, Mersin
TELEFON	0 324 3374300 / 1195
FAKS	0 324 3374305
E-POSTA	etikkurul@mersin.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İnme Tanısı Almış Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükü İle Yaşam Kalitesi Aarsındaki İlişki			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU				
	EUDRACT NUMARASI				
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Sabire YURTSEVER			
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu			
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI				
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Mersin Devlet Hastanesi Mersin Toros Devlet Hastanesi Mersin Özel Diyabet Hastanesi			
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ	Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Dahiliye I Servisi ile Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi Mersin Devlet Hastanesi Mersin Toros Devlet Hastanesi			
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	Mersin 1 No'lu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu			
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ				
	UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
FAZ 2		<input type="checkbox"/>			
FAZ 3		<input type="checkbox"/>			
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
BE/BY		<input type="checkbox"/>			
DİĞER		<input type="checkbox"/>	Diğer ise belirtiniz:		
ILAÇ DIŞI ARAŞTIRMA		<input type="checkbox"/>	Belirtiniz: Anket çalışması		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>	Giderler araştırmacı tarafından karşılanacaktır.
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>	
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>	
	İLAN	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
DİĞER	<input checked="" type="checkbox"/>	Uzmanlık Tezleri ve/veya Akademik Amaçlı Yapılacak olan İlaç Dışı Klinik Araştırmalar için Başvuru Formu	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 15	Tarih: 30.09.2009
	Doç. Dr. Sabire YURTSEVER'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına / bulunmadığına ve Kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından Sağlık Bakanlığı'na arzına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik , İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, ve Etik Kurul SOP
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN	
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN	Eczacılık	MEÜ Eczacılık Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Gürbüz POLAT	Biyokimya	MEÜ Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	MEÜ Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Bahar ULUBAŞ	Göğüs Hastalıkları	MEÜ Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mehmet İsmail YAĞCI	Sağlık Mesleği Mensubu Olmayan	MEÜ İşletme Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Handan BİRBİÇER	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	MEÜ Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Gülay BÖREKÇİ	Mikrobiyoloji	MEÜ Sağlık Yüksek Okulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Funda Gülay KADIOĞLU	Deontoloji	ÇÜ Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN	Biyostatistik	MEÜ Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Nimet BÖLGEN	Biyomedikal Mühendis	MEÜ Mühendislik Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Melek AYAN	Mikrobiyoloji	Mersin Devlet Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Havva KUBAT ÖZEL	Farmakoloji	Mersin Devlet Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Habibe ÖZER	Hukuk	MEÜ Hukuk Müş.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
			E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
			E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

EK- 7. Araştırmanın Yapılabilmesine Yönelik İzin Yazıları



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : B.30.2.MEÜ.0.42.00.00/1546
Konu : Uygulama izni hk.

Mersin 02/12/2009

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

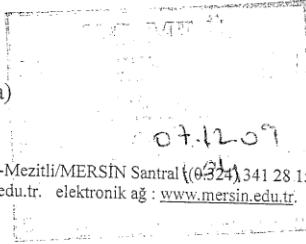
İLGİ : 12/10/2009 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.A1.19.00/94 sayılı yazımız.

Anabilim Dalımız yüksek lisans öğrencisi Simge **KALAV**' ın "İnme Tanısı Almış Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki " konulu tezinin anket uygulaması hakkındaki; Mersin Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünden alınan 02/11/2009 tarih ve B.10.4.İSM.4.33.00.09/33879 sayılı yazı ve eki ilişikte gönderilmiştir. Gereğini arz ve rica ederim.

Prof.Dr.Ülkü ÇÖMELEKOĞLU
Enstitü Müdürü

EKLER

Ek-1 Yazı (1 adet-2 sayfa)



ME.Ü.Yenişehir Kampusu 33169-Mezitli/MERSİN Santral (0.324) 341 28 15-1901, 1902 Fax : (0.324) 341 24 08
e-posta : saglikbilimleri@mersin.edu.tr elektronik ağ : www.mersin.edu.tr

T.C.
MERSİN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.10.4 İSM.4.33.00.09 /
Konu : Anket Uygulaması.

02 KAS 2009

33878

VALİLİK MAKAMINA
MERSİN

Mersin Üniversitesi Rektörlüğünün 21.10.2009 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.70.03.00-1156-16072 sayılı yazıları ile;

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencilerinden Simge KALAV'ın "İnme Tanısı Almış Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yüğü ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki" konulu tezini 30 Ekim 2009-30 Şubat 2010 tarihleri arasında Mersin Devlet Hastanesi ve Toros Devlet Hastanesi Nöroloji servislerinde anket uygulamasını iş akışını engellemeyecek şekilde uygun görülen saatlerde yapması, çalışma sonuç raporunun bir suretinin Müdürlüğümüze gönderilmesi kaydıyla uygun görülmüştür.

Olurlarınıza arz ederim.

Dr.Kadir Çağlar CATAK
İl Sağlık Müdürü

*Danışman ve Öğrenciye
Noktalama
f.y*

OLUR
30.10.2009

A.Hikmet SAHİN
Vali a.
Vali Yardımcısı

T.C.
MERSİN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.10.4 İSM.4.33.00.09 /

Konu : Anket Uygulaması - 33879

MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
MERSİN

İLGİ: 21.10.2009 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.70.03.00-1156-16072 sayılı yazınız.

İlgi yazınızla belirttiğiniz kurumlarımızda “İnme Tanısı Almış Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki” konulu tezinin anket uygulamasının uygun görüldüğüne dair alınan Valilik Onayı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

A.Hikmet ŞAHİN
Vali a.
Vali Yardımcısı

EKİ:

1 Adet Valilik Onayı

MEÜ. REKTÖRLÜĞÜ YAZI İŞLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
10 Kasım 2009
Kayıt No: 1631
Dosya No: _____

MEÜ. REKTÖRLÜĞÜ GELEN EVRAK
09 Kasım 2009
Kayıt No: 20069
Birimi: <i>Yanlış</i>

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1985 yılında Mersin’de doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Mersin’de tamamladı. 2008 yılında Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu’ndan mezun oldu ve aynı yıl Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi’nde göreve başladı. 2010 yılında Adana Çukurova Dr. Aşkım Tüfekçi Devlet Hastanesi’nde çalışmaya başlayan araştırmacı, 2011 yılında Mersin Ünivesitesi Hemşirelik Anabilim Dalı’nda yüksek lisans eğitimini tamamladı ve hala Adana Çukurova Dr. Aşkım Tüfekçi Devlet Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi’nde görev yapmaktadır.