

T.C.

**MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

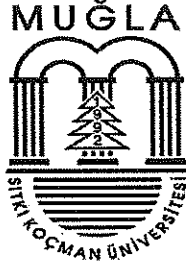
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**İNME Lİ HASTALARIN PRİMER BAKIM  
VERİCİLERİNİN BAKIM YÜKÜ VE ETKİLEYEN  
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HİLAL ÖDEMİŞ**

**HAZİRAN, 2018**



T.C.

**MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

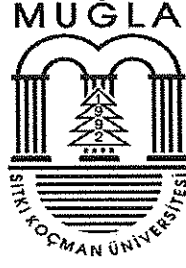
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**İNME Lİ HASTALARIN PRİMER BAKIM  
VERİCİLERİNİN BAKIM YÜKÜ VE ETKİLEYEN  
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HİLAL ÖDEMİŞ**

**HAZİRAN, 2018**



T.C.  
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

İNME Lİ HASTALARIN PRİMER BAKIM VERİCİLERİNİN BAKIM YÜKÜ VE  
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

HİHAL ÖDEMİŞ

Sağlık Bilimleri Enstitüsünce  
“Yüksek Lisans”  
Diploması Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih :

Tezin Sözlü Savunma Tarihi :

Tez Danışmanı : DOÇ.DR ZÖHRE IRMAK İmzası

Jüri Üyesi : Ünvanı, Adı, Soyadı, İmzası

Jüri Üyesi : Ünvanı, Adı, Soyadı, İmzası

Enstitü Müdürü :

HAZİRAN, 2018

MUĞLA

## YEMİN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “İnmeli hastaların primer bakım vericilerinin bakım yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

...../06/2018

ADI SOYADI

HİLAL ÖDEMİŞ

İMZASI

## TUTANAK

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün ...\*/...\*/...\*/...\*/... tarih ve ...\*/... sayılı toplantısında oluşturulan jüri, Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 24/6 maddesine göre, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek lisans öğrencisi **HİLAL ÖDEMİŞ**'in "**İnneli Hastaların Primer Bakım Vericilerinin Bakım Yüğü Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi**" adlı tezini incelemiş ve aday ...\*/...\*/...\*/...\*/... tarihinde saat ...\*..'da jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra ..\*..... dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin **kabul** edildiğine .....\*..... ile karar verildi.

Tez Danışmanı

Üye

Üye

**YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ**  
**TEZ VERİ GİRİŞ FORMU**

**YAZARIN**

**MERKEZİMİZCE DOLDURULACAKTIR.**

Soyadı : **ÖDEMİŞ**

Adı : **HİLAL**

Kayıt No:

**TEZİN ADI**

**Türkçe : İnmeli Hastaların Primer Bakım Vericilerinin Bakım Yükü Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi**

**Y. Dil : Caregiver Burden and Factors Affecting Care Burden of Caregivers of Patiens with Stroke**

**TEZİN TÜRÜ: Yüksek Lisans**

**Doktora**

**Sanatta Yeterlilik**

**O**

**O**

**O**

**TEZİN KABUL EDİLDİĞİ**

**Üniversite : MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ**

**Fakülte :**

**Enstitü : SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**Diğer Kuruluşlar :**

**Tarih :**

**TEZ YAYINLANMIŞSA**

**Yayınlayan :**

**Basım Yeri :**

**Basım Tarihi :**

**ISBN :**

**TEZ YÖNETİCİSİNİN**

**Soyadı, Adı :IRMAK ZÖHRE**

**Ünvanı :DOÇ.DR.**

TEZİN YAZILDIĞI DİL : TÜRKÇE

TEZİN SAYFA SAYISI:

TEZİN KONUSU (KONULARI) :

- 1.
- 2.
- 3.

TÜRKÇE ANAHTAR KELİMELER:

1. İnme,
2. bakım yükü,
3. bakım yükünü etkileyen faktörler.
- 4.

Başka vereceğiniz anahtar kelimeler varsa lütfen yazınız.

İNGİLİZCE ANAHTAR KELİMELER: Konunuzla ilgili yabancı indeks, abstract ve thesaurus'u kullanınız.

1. Stroke,
2. care burden,
3. factors affecting care burden

Başka vereceğiniz anahtar kelimeler varsa lütfen yazınız.

- |   |   |
|---|---|
| 1- Tezimden fotokopi yapılmasına izin vermiyorum                            | O |
| 2- Tezimden dipnot gösterilmek şartıyla bir bölümünün fotokopisi alınabilir | O |
| 3- Kaynak gösterilmek şartıyla tezimin tamamının fotokopisi alınabilir      | O |

Yazarın İmzası :

Tarih : ...../...../.....

# İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI .....	i
YEMİN .....	ii
ÖZET .....	iii
ABSTRACT .....	iv
TEŞEKKÜR .....	v
TABLolar DİZİNİ .....	vi
SİMGE VE KISALTMALAR .....	vii
1. GİRİŞ .....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	5
2.1. İnme .....	5
2.2. Epidemiyolojisi .....	7
2.3. İnmede Risk Faktörleri .....	9
2.4. İnmenin Belirti ve Bulguları .....	10
2.5. İnmede Tanı ve Tedavi .....	11
2.6. Bakım Verme Ve Bakım Yüğü İle İlgili Kavramlar .....	13
2.7. Bakım Vermenin Bakım Vericiler Üzerindeki Genel Etkileri .....	15
2.8. Bakım Verme Yüğü Etkileyen Faktörler .....	15



2.9. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü	16
2.10. İnmeli Hastalarda Hemşirelik Bakımı	17
2.11. İnmeli Hastalarda Bakım Yüğü Azaltmada Hemşirenin Rolü	18
3.GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1.Araştırmanın Tipi	21
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	21
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklem	21
3.4.Araştırmanın Veri Toplama Araçları	21
3.5.Araştırmanın Uygulanması	22
3.6.Etik Kurul Onayı	23
3.7.Verilerin Değerlendirilmesi	23
4.BULGULAR	23
5.TARTIŞMA	33
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	39
7.KAYNAKLAR	42
8.EKLER	51
9.ÖZGEÇMİŞ	66

## KISALTMALAR DİZİNİ

1. **ASA:** Asetil Salisilik Asit
2. **BGYAİ:** Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi
- 3.**BT:** Bilgisayarlı Tomografi
4. **EKG:** Elektro Kardiyo Grafi
5. **GİA:** Geçici İskemik Atak
6. **KİBAS:** Kafa İçi Basınç Artışı
- 7.**MI:** Miyokard infarktüs
8. **MRG:** Manyetik Rezonans Görüntüleme
9. **SVH:** Serebrovasküler Hastalıklar
10. **TÜİK:** Türk İstatistik Kurumu
11. **ZBVYÖ:** Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Bakım Vericilerin Sosyodemografik Özellikleri .....	24
<b>Tablo 2.</b> İnmeli Hastanın Sosyodemografik Özellikleri .....	25
<b>Tablo 3.</b> Bakım Verenlerin Bakım Vermeye İlişkin Özellikleri .....	27
<b>Tablo 4.</b> Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Toplam Puan Ortalaması .....	28
<b>Tablo 5.</b> bakım Verme Yüğü Ölçeğı Puan Aralığı .....	28
<b>Tablo 6.</b> Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerinin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Puan Ortalaması ile Karşılaştırılması .....	29
<b>Tablo 7.</b> Bakım Verenlerin Bakım Vermeye İlişkin Özelliklerinin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Puan Ortalaması ile Karşılaştırılması .....	31
<b>Tablo 8.</b> Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Toplam Puan Ortalaması ...	32
<b>Tablo 9.</b> Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Puan Aralığı .....	32
<b>Tablo 10.</b> Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Ve Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Korelasyonu .....	33

## ÖZET

### İNME Lİ HASTALARIN PRİMER BAKIM VERİCİLERİNİN BAKIM YÜKÜ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

**Amaç:** İnme; bireyin fonksiyonel bağımsızlık düzeyini etkileyen, bireyde nörolojik defisitler meydana getiren kronik bir hastalıktır(1). İnme sonrası yaşanan bu durum hastanın yaşam kalitesini düşürmekte aynı zamanda bakım vericiler için bakım yükü oluşturmaktadır(2). Bu araştırma, evde bakım alan inmeli hastaların bakım vericilerinin bakım yükünü ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Bu kesitsel araştırma Ekim-Aralık 2015 tarihlerinde Muğla'da bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Bakım Hizmetleri Birimine kayıtlı inmeli hastaların evlerinde yapılmıştır. Çalışmaya ilgili tarihlerde birime kayıtlı toplam 102 hasta ve bakım vericilerden çalışmayı kabul eden 90 hasta ve bakım vericisi (%88.2) dâhil edilmiştir. Verilerin toplanmasında hasta ve bakım vericilerin demografik özellikleri ile bakım yükünü etkileyen faktörleri içeren soru formu ve Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Barhel Günlük Yaşam Ve Aktiviteleri İndeksi kullanılmıştır. Araştırma için etik kurul onayı, kurum izni, hasta ve primer bakım vericilerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Verilerin analizinde Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis ve Korelasyon analiz testleri kullanılmıştır.

**Bulgular:** Bakım verenlerin büyük çoğunluğu; kadın (%81,1), ≥45 yaş (%73,3), ilkokul-ortaokul mezunu (%57,8), evli (%84,4) olup, bir işte çalışmaktadır (%82,2). Bakım verenlerin bakım yükü hafif derecede (  $37,41 \pm 12,26$  ) bulunmuştur. Bakım vericilerden, bir işte çalışan ( $^2\text{MWU} = -2,324, p = 0,020$  ), kronik bir hastalığı olan (  $^2\text{MWU} = -2,168, p = 0,030$  ), hasta ile aynı evi paylaşan (  $^2\text{MWU} = -2,752, p = 0,006$  ), birinci derecede hasta yakını olan (  $^2\text{MWU} = -2,069, p = 0,039$  ) gibi değişkenlerin bakım yükünün yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaş (  $^2\text{MWU} = -1,457, p = 0,145$  ), cinsiyet (  $^2\text{MWU} = -0,691, p = 0,489$  ), eğitim durumu (  $\chi^2\text{KW} = 0,348, p = 0,840$  ), medeni durum (  $^2\text{MWU} = -1,014, p = 0,311$  ), bakım verme süresi (  $\chi^2\text{KW} = 4,340, p = 0,114$  ), günlük bakım verme saati (  $\chi^2\text{KW} = 5,439, p = 0,066$  ) ve hasta bakımıyla ilgili eğitim alma durumu (  $^2\text{MWU} = -0,402, p = 0,699$  ) gibi değişkenlerin ise, bakım yükü puan ortalamaları arasında bir farkın olmadığı belirlenmiştir. Barthel günlük yaşam aktiviteleri indeksi puan ile bakım verme yükü ölçeği puanı korelasyonunu

incelediğimizde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olduğu, fakat ters yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir.( $p=0,035$ ,  $r= - 0,192$ ).

**Sonuç:** Evde bakım alan inmeli hastaların bakım yükü hafif derecededir. Bakım verenin; başka bir işte çalışmaması, kronik bir hastalığa sahip olması, hastayla aynı evde yaşaması, 1. Dereceden hasta yakını olması gibi faktörlerin bakım yükünü arttırdığı belirlenmiştir. Bakım yükünü arttıran faktörlerin bakımın planlanmasında dikkate alınması hasta ve bakım vericilerin yaşam kalitesini arttıracaktır.

**Anahtar kelimeler:** İnme, bakım yükü, bakım yükünü etkileyen faktörler.

## ABSTRACT

### **Caregiver Burden and Factors Affecting Care Burden of Caregivers of Patients with Stroke.**

**Purpose:** Stroke is a chronic disease that affects the functional independence level of individuals and often leads to neurological deficits. It may cause a decrease in the quality-of-life of patients and it also results in an increased burden on caregivers. The study was conducted to determine caregiver burden and factors affecting care burden of caregivers of patients with stroke receiving home care.

**Methods:** A cross-sectional study was performed at the homes of stroke patients enrolled in a "Home Health-Care Unit" of an Education and Research Hospital between October and December, 2015. Only 90 patients and their caregivers of 102 patients who gave their consent to study were included. In data collection, a questionnaire including demographic characteristics of patients and their caregivers with factors affecting caregiver burden, Zarit Caregiver Burden Scale and Barthel Index of Activities of Daily Living were used. The results were analyzed by Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis test.

**Results:** We found that caregivers of patients with stroke had a light care burden ( $37.41 \pm 12.26$ ). It has been identified that caregivers who have worked in another job ( $z = 2.324, p = 0.02$ ), have a chronic disease ( $z = -2.168, p = 0.03$ ), those who living with the patient ( $z = -2.752, p = 0.006$ ), being the first-degree relative ( $z = -2.069, p = 0.039$ ), and those who have difficulty in providing all the self-care needs of the patient ( $\chi^2 = 16.726, p = 0.001$ ) had a highly care burden. It was not any significant differences between mean score of caregiver burden and age ( $z = -1.457, p = 0.145$ ), gender ( $z = -0.691, p = 0.489$ ), educational status ( $\chi^2 = 0.348, p = 0.840$ ), marital status ( $z = -1.014, p = 0.311$ ), caregiving period ( $\chi^2 = 4.340, p = 0.114$ ), duration of daily caregiving ( $\chi^2 = 5.439, p = 0.066$ ), and training about patient care ( $z = -0.402, p = 0.699$ ). According to the Barthel Index of Activities of Daily Living, it was determined that 33.3% of patients receiving care were highly dependent. There was a significant negative correlation ( $r = -0.192, p = 0.035$ ) between the Barthel Index of Activities of Daily Living and Zarit Caregiver Burden Scale, indicating that with increasing dependence of the stroke patients, caregiver burden also increases.

**Conclusion:** The care burden of patients with stroke receiving home care is mild. However, caregiver burden increases by factors such as not working in another job, having a chronic illness, living in the same household as the patient, becoming first-degree relatives, and meeting all self-care needs. If factors affecting the care burden are considered in the planning of care, quality of life for patients and their caregivers may increase.

**Key words:** Stroke, care burden, factors affecting care burden

## **TEŞEKKÜR**

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimini, araştırma süresince öneri ve katkılarıyla, bilimsel yardımlarıyla , insani ve etik yaklaşımıyla örnek aldığım, özellikle sabır ve özveriyle yaklaşımından ötürü değerli hocam, sayın Doç.Dr Zöhre Irmak'a, teşekkür eder saygılarımı sunarım.

Araştırmam boyunca istatistik analizlerinde yardımcı olan hocam, sayın Doç. Dr. Atilla Gökteş'a, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Evde Bakım ekip üyelerine, hasta ve bakım vericilerine teşekkür ederim.

Bu günlere gelmeme destek veren her zaman her yerde bana el veren, öz veriyle yaklaşan sevgili eşime, en değerlime, sabırla annesine destek olan biricik oğlum Kerem Çağan'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**HİLAL ÖDEMİŞ**

**MUĞLA,2018**



## 1. GİRİŞ

### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Tıp ve teknoloji gelişirken yaşam standardı da yükselmektedir. Tanı ve tedavi yöntemlerindeki ilerlemeler yaşam süresini uzatmakta aynı zamanda kronik hastalıkların sıklığını da arttırmaktadır(1).Önceleri bulaşıcı hastalıklar ve aşırı doğurganlık ile mücadele edilmekteydi. Günümüzde ise kronik ve dejeneratif “hastalıklardan korunma ve bu hastalıkları kontrol altına almanın önemi üzerinde durulmaktadır. Dünyada kronik hastalıklar önemli bir halk sağlığı sorunu olmakla beraber mortalite ve morbidite yönünden incelendiğinde bir toplumda ne kadar çok kişiyi etkiliyorsa o kadar önem arz etmektedir(2). Ülkelere baktığımızda özellikle gelişmiş ülkelerde kronik hastalıkların günden güne artış gösterdiği, aynı zamanda bu durumun ülkemiz için de aynı şekilde geçerli olduğu görülmektedir. Kronik hastalıkların sağlık hizmeti, bakım ve tedavi masrafları yönünden kişileri ekonomik açıdan etkilediği görülmektedir. Bu nedenle kronik hastalıklar günümüzün önde gelen sağlık sorunlarından (3).

Dünyada kronik hastalıklar sıralamasında kalp hastalıkları, kanserler ve serebrovasküler (SVH) hastalıkların ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir(2). Dünyada SVH koroner arter hastalığı ve kanserden sonra üçüncü sırada ölüm nedeni olup, bireylerde engelliliğe neden olan hastalıklar arasında ise ilk sıralarda yer almaktadır (4).İnme gelişmiş ülkelerde yetişkinlerdeki sakatlığın sebepleri arasında ön sıralarda yer almaktadır(5).

Dünyada 2012 yılı verilerine göre yaklaşık 6,7 milyon kişi inme yüzünden yaşamını kaybetmekte (6) ve yaklaşık olarak her yıl 16 milyon kişinin ise inme geçirdiği belirtilmektedir (7).

İngiltere’de ölümlerin %11’i inme nedeniyle gelişmekte ve ölüm nedenlerinin arasında 3. sırasında yer almaktadır. İnme yetişkin bireylerin sakatlıklarının en önemli nedeni olarak görülmektedir. İnme sonucu bireyler ağır engellilik ile yaşamlarını sürdürmek zorunda kalmaktadır(8).Amerika’da ise her 19 ölüm nedenlerinden birinin sebebinin inme olduğu olduğu belirtilmektedir(9).

Türkiyede ölüm nedenlerine baktığımızda SVH'nin % 15 ile ikinci sırada yer aldığı belirtilmektedir. Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi inme ülkemiz için de önemli bir sağlık sorunudur. Türk İstatistik Kurumu verilerine göre dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşen ölümlerin, %24, 3'ünün serebrovasküler hastalıktan kaynaklandığı belirtilmektedir (10).

İnmeli hastaların yaklaşık üçte ikisi ilk inme atağı sonrası hayatta kalır ve hayatta kalanların yaklaşık yarısında da geriye fiziksel ve sosyal bir özürlülük kalır (11).

SVH beynin bir bölgesinin iskemi ya da kanama sonucu kalıcı ya da geçici olarak etkilenmesi veya beynin kan damarının ya da damarlarının patolojik hasarıdır(12). Serebrovasküler olay(SVO) için aynı anlama gelen inme, stroke, appopleksi gibi terimler de kullanılabilir. İnmede bilinç, duyu ve motor bozukluklar gelişebilmektedir(13).Ancak inme de birçok kronik hastalıklarda olduğu gibi önlenbilir hastalıklar arasındadır(13). Dünyada en sık görülen nörolojik hastalıklardan olan inme, hastaların yarısında fonksiyonel bağımsızlık düzeyini etkileyip nörolojik defisitler meydana getiren ciddi bir özürlülük sebebidir (14).İnme geçirenlerin %40'ından fazlasında ilk üç ayda ölüm, günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlılık ve yatağa tam bağımlılık geliştiği bilinmektedir (15).

İnme bireyi psikolojik, fiziksel, sosyal olarak etkileyerek yaşam kalitelerini düşürmektedir. Bu durum hem inmeli bireyi hem de ailelerini ruhsal açıdan etkilemektedir. İnmeli hastaların çoğu günlük hayatlarında bir başkasının desteğine ihtiyaç duymaktadır(16).İnmeli hastalarda kol, bacak veya her ikisinin güçsüzlüğü, bilinç kaybı, konuşma bozukluğu, görme bozuklukları, bilinç bozuklukları gelişebilmektedir. İnmede motor, bilişsel, duyuşsal değişikliklerin gelişmesi nedeniyle bireylerde ruhsal, fizyolojik ve sosyal yönden kısıtlamalar görülmektedir. Hastaların özbakımını yapamaması, günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlı olmaları strese yol açabilmekte ve yaşamdan doyum almalarını engellemektedir (17).

İnme sonrası sakatlık hem hasta için, hem aileleri hem de hastaya bakım verenlerin yaşamını etkilemektedir. Bu durum sosyo-ekonomik ve toplumsal sorunlara yol açmaktadır (18). Ülkemizde inmeli hastanın bakımı genellikle aile içi sorumluluk

olarak görüldüğü için inmeli hastaların bakımı aileler tarafından verilmektedir(5).Batı ülkelerinde ise inme gibi kronik hastalığı olan bireylere gerekli bakımı eğitilmiş kişiler vermektedir(19). İnmeli hastaların bakım vericileri hastalık sürecinde çeşitli yönden etkilenmektedir. Bu süreçte fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal problemlerle karşılaşmaktadırlar. Bu nedenle özellikle yatağa bağımlı hastalara bakım vericilerin sağlığının korunması ve tükenme yaşamamaları için stresle başedebilme yöntemlerini öğretmenin yanısıra psikolojik ve sosyal desteğin de verilmesi gerekmektedir. Bunun yanısıra evde bakım hizmetleri kapsamında sağlık çalışanlarının verdiği hizmetin sürekliliği önemlidir (5).

İnme geçiren hastaların %30'u uzun süreli evde bakıma ya da kurumsal bakıma gereksinim duymaktadır (20).İnme geçiren hastaların %30'unun evde bakım ya da kurumsal bakıma ihtiyaç duyduğu belirtilmektedir(20).İnmeli hastaların ilk tedavi ve bakımı sağlık kurumlarında, sonra ise tedavi ve bakımları evde devam etmektedir(14). Araştırmalara göre inmeli hastalara bakım verenlerin inme sonrası dönemlerde hastanın bakım ve tedavisinde, hasta ile ilgili tüm bilinmesi gereken durumlar hakkında bilgi sahibi olmadıkları belirlenmiştir(21, 22, 23). Evde bakım özellikle kronik hastalığı olan inme gibi yatağa bağımlı hastalar için önemli destekleyici bir kurum olarak hizmet vermektedir (24). Ülkemizde evde bakım konusunun önemi vurgulanmaktadır gündeme gelmiş, konuyla ilgili çalışmalar yapılmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı bu kurumun çalışmalarını düzenleyen bir yönetmelik çıkarmıştır (25). Kronik hastalıklı bireylerde fonksiyonel bağımlılık gelişebildiğinden dolayı bakım sürecinde bakım verenler önemli rol oynar. Ülkemizde evde bakım hizmetlerinin yeterince gelişmemiş olmasından bu hizmeti hasta bireyin aileleri kendileri karşılamak zorunda kalmaktadır. Bu nedenle bakım vericiler bakım verirken zorlanmakta ve bakım yükü artmaktadır(26).

Bakım yükü, bakım sunarken yaşanabilen fiziksel, psikolojik, sosyal veya finansal tepkileri ifade etmede kullanılmaktadır. Bakım veren bireyler bakım yükünün etkilerini yönetmekte zorlanabilmekte ve bu durum karşısında suçluluk, öfke bazen de çaresizlik duygularına kapılmaktadırlar Özellikle inmeli hastaların primer bakım vericileri bakım yüküyle karşı karşıyadır (27). Bu konuda yapılmış bir çalışmaya göre, bakım verenlerin bakım verme görevlerinden dolayı kendilerine yeterince vakit

ayıramadıklarını, yorgun hissettiklerini, hasta ile iletişimde zorluklar yaşadıklarını, ekonomik güçlükler yaşadıklarını ifade etmişlerdir (28). Yapılan bir çalışmaya göre ise; inmeden sonra hasta yakınlarının %95 inin yaşamlarının etkilendikleri belirtilmektedir (29). Ayrıca bakım verenler, bakım verdiklerinden dolayı sağlıklarının bozulabileceğini dile getirmişlerdir(30).

Bakım veren yükünü etkileyen faktörler iki şekilde incelenmektedir. Bakım verene ait faktörler; bakım verenin yaş, cinsiyet, hasta bireyin yakını olma durumu, bakım verme işini kendi isteğiyle yapıp yapmaması, maddi durumu kronik bir hastalığının olup olmaması, inancı, sosyal yönden desteğinin olup olmaması, bulunduğu durum ile başedebilme yeteneği, yaşadığı yerin kültürel özellikleri gibi faktörlerden oluşmaktadır(31). Hastalara ait faktörlerin ise; işlevsel, bilişsel ve davranışsal sorunlardan oluştuğu bilinmektedir(7).Bakım yükünün bilinmesi ve ortaya çıkarılması hem bakım verenlerin hem de alanların, yaşam kalitesini arttıracığı belirtilmektedir (14).

İnme gibi bakım gerektiren hastalıklarda, hemşirelerin bakım verenleri bütüncül olarak ele almaları ve bakım yükünü değerlendirmesi gerekmektedir. Bu durum hem bakım alan hastayı hem de bakım veren bireyi olumlu yönde etkileyecektir. Hemşirelerin bakım verenin yükünü ortaya çıkarması ve bu yükü etkileyen faktörleri belirlemesi hem hastanın bakımına katkı sağlayacak hem de bakım verenin yaşam kalitesini arttıracaktır(5).

### **Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma; inmeli hastaların primer bakım vericilerinin bakım yükü ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. İNME

#### İnmenin Tanımı ve Önemi

Kronik hastalığı olan ve tüm yaşamları boyunca tedaviye ve bakıma muhtaç bireylerin sayısındaki artış, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı problemi olarak görülmektedir(24).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlamasına göre inme; vasküler nedenlerden kaynaklanan ani ve hızlı gelişen 24 saatten uzun süreli motor kontrol kaybı, duyu kusuru, denge bozukluğu, konuşma ve kognitif fonksiyon bozukluğundan komaya kadar gidebilen tablo olarak tanımlanmıştır.(33)

İnmeli bireylerde meydana gelen hasar, inmenin tipine, etkilenen beyin bölgesi ve etkilenen beyin alanının büyüklüğüne göre değişmektedir. İnmenin iki temel türü vardır(34). İskemik inme türünde bir kan pıhtısının kan damarlarını tıkanmasıyla beyne kan ulaşamamaktadır. Bu nedenle beynin kanlanamaması sonucu beyin oksijen ve besin alamadığında beynin bu kısmı ölmektedir. Hemorajik inme ise bir damarın hasarı sonucu yırtılması veya arteriyel yırtılma sonucu beynin parankiminde kendiliğinden gelişen kanama durumudur(35). İntrakranial hemorajiler, kanamanın yeri ve kaynağına göre başlıca iki alt tipe ayrılırlar: Beynin etrafındaki subaraknoid mesafeden kaynaklananlar, subaraknoid kanama; beynin içindeki yapılardan ya da beyin parankiminden kaynaklananlar ise intraserebral kanama olarak adlandırılır(21).

İskemik infarktüslerin ise en sık görülen dört alt türü vardır. Bunlar büyük damarlardaki aterosklerotik, kardiyembolik, küçük damar laküner ve kriptojenik enfarktlardır(36).

İnmede süreç; Geçici İskemik atak (GİA), Progresif (ilerleyen) inme olarak belirtilmektedir(37). Geçici iskemik atak (GİA); kan akımı yetersizliğine bağlı olarak gelişen, akut, fokal serebral veya monooküler disfonksiyona ait kısa süreli semptomlarla karakterize olan klinik bir tablodur. GİA'lar genellikle tekrar ederler. Ayrıca GİA'larda kalıcı defisit olmamalıdır. (38).GİA'lar genellikle tekrarlayıcı ve kalıcı defisit bırakmamaktadırlar. GİA nedenleri olarak, damarlarda bulunan

aterosklerotik plaklardan ayrılan emboli, kan akımının kritik düzeyin altında olması, kardiyak bir nedenden kaynaklanan bir emboli varlığı, hematolojik hastalıklar ve bilinmeyen sebepler(%25) olarak belirlenmiştir(37).

Sık tekrarlayan geçici iskemik ataklar, yüksek inme riski taşır. Bir önce geçirilmiş inme ikinci bir inme için bir risk faktörüdür. İskemik inme olgularının yaklaşık %15'i inme öncesi GİA geçirmektedir(121).

İlerleyen inme; büyük arterlerin tıkanması, distal alan infarktları, intraserebral kanama gibi nedenlerle, hasta bireyin ilk andaki nörolojik septomlarının giderek artmasıyla karakterize bir tablodur (37).

## 2.2. Epidemiyolojisi

Dünyada ölüm nedeni olan inmeye yönelik yapılan epidemiyolojik çalışmalarda inme insidansının yılda 1-3/1000 arasında ve prevelansının 6/1000 civarında olduğu belirtilmektedir(39). İnme geçirmiş hastaların prevelansının oldukça fazla (60 milyon) olduğu tahmin edilmekte ve her yıl dünyada 16 milyon kişinin inme geçirdiği belirtilmektedir(7).

Ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile genetik ve çevresel faktörlerinde görülen farklılıkların, inme prevelansında çeşitliliğe neden olduğu düşünülmektedir. Fransa'da inme prevelansı 1445/100000 iken, Yeni Zellanda'da 793/100000, Hindistanda 58/100000, Tanzanya'da 76/100000, Çin'de 620/100000 ve Tayland'da 690/100000'dır. Amerika'da her yıl ve yeni tekrarlayan 780000 inme vakası görülmekte ve yetişkinler için inme prevelansı beyazlarda %2.3, siyahlarda %3.4, Amerika yerlilerinde %5.8 ve Asya etnik kültürüne ait olanlarda %2 olarak belirtilmektedir(39, 40).

İngiltere'de inme ölüm nedenleri arasında 3.sırada yer almakta olup ölümlerin %11'inin inme nedeni olduğu belirtilmektedir. Yetişkin sakatlıkların en büyük nedeni olup, İngiltere'de 300.000 kişi inme sonucu engellilik ile yaşamak zorunda kalmaktadır(8). 2013 yılı verilerine göre ABD'de yıllık olarak 795.000 kişinin inme geçirdiği ve 185.000'nin ise tekrarlayan bir atak olduğu belirtilmektedir(41).

İnme genellikle yaşlılarda görülen bir hastalık olup; erkeklerde bu prevalans 58.8-92.6/1000 kişi; kadınlarda ise 32.2-61.2/1000 kişidir, yapılan çalışmalara göre

inme insidansı yaşa bağılı olarak da değişim göstermekte, yaşla birlikte görülme sıklığı artmaktadır.44 yaşından önce görülen inme, tüm inmelerin %3-5 ini oluşturmaktadır (42, 5).

Tüm inmelerin %80'inin beyin infarktı, %15'inin intraserebral kanama, %5'inin ise subaroknoid kanama olduğu belirtilmektedir. İnmeli hastaların %30'unun bir yıl içinde,%20'sinin ise daha erken dönemde öldüğü,inme sonrası hayatta kalanların üçte birinin ise fonksiyonel olarak bağımlı oldukları ve yaşamlarında bir başkasının yardımına ihtiyaç duydukları belirlenmiştir(5).

Ülkemizde ise; Türk İstatistik Kurumu 2015 verilerine göre ölümlerin %24, 3'ünün serebrovasküler hastalıktan kaynaklandığı belirtilmektedir(10).Ayrıca nöroloji kliniklerinde yatan hastalıklar arasında ilk sırada inmenin yer aldığı görülmektedir.Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri 2012 bildirimine göre nörolojik hastalıkların içinde en fazla (%37) hizmet sunulan hastalıklar arasında yer aldığı belirtilmektedir(43).

### **2.3. İnmede Risk Faktörleri**

İnme için değiştirilemeyen risk faktörleri, değiştirilebilen risk faktörleri şeklindedir. Değiştirilebilen risk faktörleri ise kesinleşmiş ve kesinleşmemiş olarak iki gruba ayrılmaktadır(44).

Risk faktörleri kontrol altına alındığında inme insidansının azalacağı belirtilmiştir. (45).

### **İnme risk faktörlerinin sınıflandırılması**

#### **Değiştirilemeyen risk faktörleri**

- cinsiyet
- yaş
- ırk
- aile öyküsü(44, 12)

## Değiştirilebilen risk faktörleri

### Kesinleşmiş faktörler

- Diabetes Mellitus, hiperinsülinemi, glukoz intoleransı
- Hiperlipidemi
- Hipertansiyon
- Sigara
- Kalp hastalıkları
- Orak hücreli anemi
- Asemptomatik karotis stenozu (45, 12).

### Kesinleşmemiş faktörler

- Beslenme alışkanlıkları
- Obezite
- Hiperkoagülabilite
- Hormon tedavisi
- İlaç kullanımı ve madde bağımlılığı
- Alkol kullanımı
- Fiziksel inaktivite
- Hiperhomosisteinemi
- Fibrinojen
- İnflamasyon, Migren
- Uyku apnesi
- Hipotiroidi(45-50).

## Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

**Cinsiyet:** İnme erkeklerde kadınlara oranla daha sık görülmektedir. Ancak 35-44 yaş arası ile 85 yaşın üzerindeki kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir. Erkeklerde inme daha fazla görülmesine rağmen kadınlardaki inme nedeni ölüm hızı erkeklerden daha fazladır(49).

**Yaş:** 55 Yaşından sonra her 10 yılda bu riskin iki katına çıktığı belirtilmektedir(45,46).

**İrk:**Siyah ırklarda, Çinlilerde ve Japonlarda inme insidansı, beyaz ırklara göre daha yüksek orandadır. (48).

**Aile öyküsü:** Aile üyelerinin aynı bölgede, çevre ve yaşam tarzı gibi bazı ortak genetik faktörleri taşımaları risk faktöründe bir etkidir. Daha önce inme geçirmiş kişilerin



inme geçirmemiş bireylere göre tekrar bir inme geçirme riskinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir(45-50).

### **Değiştirilebilir risk faktörleri**

#### **Kesinleşmiş faktörler**

**Hipertansiyon:** Kan basıncının artması inme riskini artırır. İnme riskini önlemenin en etkili yöntemi hipertansiyon tedavisidir.(51)

**Diyabet, hiperinsülinemi, glikoz intoleransı:** Diyabetik hastalarda ateroskleroza yatkınlık olduğundan özellikle risk faktörü yüksektir. Diabetin iskemik inme riskini arttırdığı bildirilmiştir.(49)

**Kalp hastalıkları:** Kalp hastalıklarının atriyal fibrilasyonda olduğu gibi inme riskini arttırdığı belirtilmektedir(51).

**Hiperlipidemi:** Yüksek kolesterol düzeyleri, inme riskini arttırdığı bildirilmektedir.(45)

**Sigara:** Sigara kullanımının, inme risk faktörlerine ilişkin güçlü bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir. İnme riskini yaklaşık iki katına çıkardığı bazı çalışmalarda saptanmıştır.(46)

**Asemptomatik karotis stenozu:** İnme riski 45 yaşından sonra artmaktadır(50)

**Orak hücreli Anemi:** Orak hücreli anemisi olan hastalar yüksek inme riski taşımaktadırlar.(45)

#### **Kesinleşmemiş risk faktörleri:**

**Alkol kullanımı:** Yüksek miktarda alkol kullanımının inme riskini arttırdığı, az miktarda alkol kullanımının ise koruyucu etkisi olduğu belirtilmektedir(49).

**Obezite:** Abdominal obezite ve yüksek beden kitle indeksinin artmış inme riskiyle ilişkili olduğu belirtilmiştir. Kilo verilmesiyle serebrovasküler olay veya kardiyovasküler olaylarının azaldığı gözlenmiştir.(49)

**Beslenme Alışkanlıkları:** Beslenme alışkanlığının örneğin fazla tuz kullanımı, fazla alkol tüketimi, potasyumu az tüketmenin, dengesiz beslenmenin birer risk olduğu düşünülmektedir(50).

**Fiziksel inaktivite:** Fiziksel olarak aktif olan kişilerde olmayanlara göre daha az inme görüldüğü bilinmektedir.(46)

**Hiperhomosisteinemi:** Yüksek kan homosistein düzeyi aterojenik ve tromboza neden olduğundan inme riskini arttırmaktadır.(46)

**İlaç kullanımı ve madde bağımlılığı:** Madde kullanımının inme riskini arttırdığı bilinmektedir. Amfetamin ve psikostimulan ilaçların vaskülite yol açarak inmeye sebep olduğu bildirilmektedir.(45)

**Hormon tedavisi:** Oral kontraseptifler estradiol içerdiklerinden trombositleri ve koagülasyon faktörlerini etkileyerek tromboza eğilimi artırırlar ve bu durumun inme ile ilişkili olduğu belirtilmektedir(49).

**Hiperkoagülabilité:** Hiperkoagülabilitenin venöz tromboza yol açtığı bilinmektedir.Bu nedenle inme ile ilişkili olduğu belirtilmektedir(49).

**Fibrinojen:** Fibrinojen yüksekliği, hem karotis arter stenozunda, hem de tekrarlayan inmede bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir(49).

**İnflamasyon:** İnflamasyon sürecinde serebral damarların endotel yüzeyinde meydana gelen hasar inme için bir risk faktörüdür(50).

**Migren:** İnme için bir risk faktörü olduğu şüphelidir. Ancak yapılan araştırmalarda inme geçiren kişilerin % 10 unda migren olduğu gözlemlenmiştir,bu nedenle inme ile ilişkili olduğu belirtilmektedir(52).

**Uyku apnesi:** Yapılan bazı çalışmalar sonucu inme riskini arttırıcı risk faktörü olarak belirlenmiştir.(45-52).

#### **2.4. İnmenin Belirti ve Bulguları**

İnmede görülen nörolojik belirtiler genellikle etkilenen beyin bölgesini gösterir(52). İnmenin ayırıcı tanısında belirtilerin öncelikle metabolik bozukluklar, beyin tümörü, intoksikasyon gibi nedenlere bağlı olup olmadığı travmatik hasar gibi

nedenlere bağılı olup olmadığı belirlenmelidir(53). İnmenin belirti ve bulguları aşağıda verilmiştir.

**Motor semptomlar:** Ataksi (dengesizlik), disfaji (yutma güçlüğü), paraparezi, kuadriparazi (bilateral kuvvet azlığı), hemiparezi, monoparezi (vücudunun bir yarısının tümünde kuvvet kaybı veya bir bölümünde kuvvet kaybı)(52).

**Konuşma / lisan bozuklukları:** Disfaji (konuşulan dili anlamakta veya ifade etmede güçlük), disleksi (okumada güçlük ), disgrafi (yazmada güçlük ), diskalkuli (hesap yapmada güçlük), dizartri (peltek konuşma)(52).

**Duyusal Semptomlar:** Vücudun bir yarısının tümünü ya da bir bölümünü farklı hissetme(52).

**Görmeyle ilgili semptomlar:** Diplopi (çift görme), bir gözde görme kaybı, görme alanının yarısı veya çeyreğinde görme kaybı), bilateral körlük(52).

**Kognitif/Davranışsal semptomlar:** Amnezi (unutkanlık), Giyinme saç tarama, diş fırçalama, vb. aktivitelerde güçlük, mekan dezoryantasyonu(52).

### **Vertigo (baş dönmesi)**

Beyinsapı ve serebellar inmede bilincin komaya kadar değişiklik gösterebildiği durumlar gözlenebilir. Ayrıca kusma, ense ve oksipital ağrı gibi belirtilerde inmenin belirti ve bulgularındandır(52).

## **2.5. İnmede Tanı ve Tedavi**

Serebrovasküler hastalıklarda yapılacak tetkikler etyolojiyi belirlemede, inme ile karıştırılabilecek diğer durumların ayırt edilmesinde, klinik seyri ve prognozu tahmin etmede belirleyici olacaktır. İnme hastasının izleminde tam kan sayımı, kanın pıhtılaşma zamanı, sedimantasyon, kan glukoz düzeyi, hemogram testi, üre, elektrolitler, karaciğer fonksiyon testleri, kolesterol düzeyleri, böbrek fonksiyon testleri, gebelik testi, alkol düzeyi testleri gibi tetkikler yapılmalıdır. İnme tanısı ayırt edildikten sonra ise etyolojik faktörlerin belirlenmesine yönelik özellikli testler yapılmalıdır. Göğüs radyografisi, elektrokardiyografi, bilgisayarlı tomografi (BT) ya da manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yapılabilir. Ayrıca kalp içinde bir emboli odağı varsa görebilmek için ekokardiyografi gerekebilir.(51).

İnmeli hastaların acil tedavileri hastaneye girdikleri ilk andan itibaren başlanmaktadır. Tedavi yaklaşımları inmenin tipine göre değişmektedir. İskemik inmede antitrombotik, trombolitik, cerrahi ve kafa içi basıncının artmasını önlemeye yönelik tedavi yapılır.(51).

Hemorajik inmede ise hemorajinin lokalizasyonu ve lezyon alanını büyüklüğüne göre ve aynı şekilde kan basıncı ve kafa içi basıncın yükselmesini önlemeye yönelik tedavi uygulanır. Eğer kanama odağı büyükse etyolojisine göre gerekirse cerrahi girişim yapılır(51).

### **İskemik İnme Tedavisi**

İskemik inme tedavisinde; intravenöz trombolitik tedavi, antiagregan tedavi, antikoagulan tedavi, endovasküler girişimsel tedavi, (intraarterial trombolitik tedavi, mekanik trombektomi, akut intrakraniyal anjioplasti ve stent takılması), statinler, anjiotensin konverting enzim inhibitörleri yer alır(51).

**İntravenöz trombolitik tedavi;** Özellikle miyokard infarktüs (MI) geçirmiş hastalar için alternatif bir tedavi yöntemidir(54). İskemik inme tedavisinde intravenöz trombolizin yararının kanıtlandığı bildirilmiştir(51). İntravenöz trombolitik tedavinin belirli kriterleri vardır.

Bunlar :

- öncelikle bireye iskemik inme tanısı konulmalı ve nörolojik defisit olmalı,
- iskemik inme belirtileri başlangıcından itibaren en fazla üç saat geçmiş olmalı,
- Ayrıca hasta 18 yaşından büyük olmalı gibi hasta kriterlerine uygun olmalıdır(51).

**Endovasküler girişimsel tedavi;** Endovasküler girişimsel tedavi çeşitleri; intraarteriyel tromboliz tedavisi, mekanik trombektomi gibi yöntemlerden oluşmaktadır. İntraarteriyel tromboliz tedavisinde düşük dozda trombolitiğin trombüs içine ya da yakınına infüzyon olarak uygulanmasıdır. Mekanik trombektomide ise trombüsün parçalanmasını sağlaması ve çıkartılması şeklinde uygulanabilir. Akut intrakraniyal anjioplasti ve stent ise diğer yöntemlerle birlikte ya da tek başına uygulanabilmektedir(51).

**Antiagregan tedavi;** Anti agregan ilaçlar aspirin, dipiridamol, tiklopidin, klopidogrel'dir. En çok araştırılan antiagregan ilaç asetilsalisilik asittir(ASA)(51). Kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklarda etkili bir ilaçtır. (55). Aterotrombotik GİA'da inme tekrarını önlemede aspirin, tiklopidin, klopidogrel ve dipiridamol'ün etkili olduğu gösterilmiştir. Tedaviye hangisiyle başlanacağı ve hangi dozda kullanılacağı ise tartışmalıdır(56).

**Antikoagülan tedavi;** Antikoagülan ilaçlar heparin, düşük molekül ağırlıklı heparin ve warfarindir. Antiagreganlar gibi antikoagülan ilaçlar da akut inme tedavisinde serebrovasküler olayların engellenmesi amacıyla kullanılırlar. İskemik inme geçiren hastalarda derin ven trombozu ve pulmoner emboli gelişimi önlenmesi amacıyla cilt altı uygulanan düşük molekül ağırlıklı heparin önerilmektedir(51).

**Statinler,** statin tedavisiyüksek kardiyovasküler risk taşıyan hastalarda, hipertansif ve diyabetik hastalarda inme riskini azaltmaktadır(57).

**Anjiyotensin konvertan enzim inhibitörleri,** kan basıncını düşürücü etkileri ile iskemik inmelerde etkili oldukları bilinmektedir(58).

**Steroid Kullanımı,** beyin tümörlerinin oluşturduğu vazojenik ödemi azaltmada steroidler önemli rol oynamaktadır. Vazojenik ödeme bağlı artmış intrakraniyal basıncı bir kaç gün içinde düşürmektedir. En sık deksametazon uygulanmaktadır(59)

### **Hemorajik İnme Tedavisi**

Hemorajik inme tedavileri arasında; kan basıncını düşüren ilaçlar, beyindeki kanı direne eden veya kafa içi basıncı azaltmaya yönelik cerrahi müdahaleler, Hasarlı beyin damarına yönelik cerrahi operasyonlar, Kanayan hasarlı damarlara anjiyografik tedavi uygulama, beyin ödemi önleyen veya azaltan tedaviler, Kafaiçi basıncı azaltmak için kafatasına açılan yolla kanın drene edilmesi gibi tedavi yöntemleridir(8).

## **2.6. Bakım Verme Ve Bakım Yükü İle İlgili Kavramlar**

### **Bakım Verme**

Bakım; bir kez yapılan destekten sürekli desteğe kadar geniş bir zamanı kapsayan, aile yakınının yardımından profesyonel yardıma kadar uzanan çok yönlü bir kavramdır(60).Bakım; ahlaki bir zorunluluk, insanı ilgilendiren bir özellik,

duygulanım ve kişilerarası etkileşimi içeren bir müdahale olarak nitelendirilmektedir(61).

Bakım verme bakım verenler için çok boyutlu algılanan bir durumdur(62).. Bakım verme tek yolla oluşan bir yardımdan ibaret değildir. Aynı zamanda, fiziksel destek, finansal destek, emosyonel desteği de kapsamaktadır. Ayrıca bakım verme, sağlık bakımını, kişisel bakımı örneğin; hastanın ilaç alımını, tedavi izleme durumunu vb. ulaşım, alışveriş, küçük ev işlerini yapma, finansal durumu yönetme, banyo yapma, beslenme, giyinme, tuvalete gitme maddi yardım ve aynı evde yaşama gibi durumları da içine almaktadır(62, 63). Bakım verme formal ya da informal olmak üzere genellikle iki şekilde verilmektedir(64).

### **Formal Bakım Verme**

Evde ya da kurumlarda kişisel bakım ve sağlık bakım hizmetleri veren profesyoneller tarafından verilen bakımdır. Bu bakım hemşire, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve evde bakım yardımcıları tarafından verilir(65).

### **İnformal Bakım Verme**

İnformal bakım kronik ve akut fonksiyonel yetersizlikleri olan hasta bireyler için ileri düzeyde bilgi ve beceri gerektiren hastayı besleme, intravenöz ilaç uygulamaları, trakeotomi bakımı gibi beceri gerektiren uygulamaları içerir(65).

### **Bakım Yüğü**

Bakım yüğü, bakıma ihtiyacı olan bireye bakım verenlerde bakımın ortaya çıkardığı ruhsal, fiziksel, ekonomik ve sosyal sorunlar ile aile ilişkilerinin bozulması gibi objektif ve subjektif sonuçlar olarak tanımlanmaktadır(66).

Bakım verme yükünün iki boyutu olduğu bildirilmektedir. Nesnel yük ve öznel yük şeklinde iki boyutta incelenmektedir(27).

### **Nesnel Yük**

Aynı evde yaşayanların ve bakım verenlerin yaşamını değişik yönlerde etkilemekte ve yapılması gereken durumların aksamasına neden olan durumları içermektedir(27).

## **Öznel Yük**

Öznel yük; bakım verenin içinde bulunduğu durum nedeniyle, bakım sunma yaşantısına yönelik davranış ve duygularında ortaya çıkan değişiklikler (anksiyete, utanç, suçluluk) ve bu duruma karşı tutumları ve duygusal tepkileri olarak tanımlanmaktadır.

Genellikle hissedilen duygular keder, sıkıntı, utanma, suçluluk gibi duygulardır. (27).

## **2.7. Bakım Vermenin Bakım Vericiler Üzerindeki Genel Etkileri**

Bakım verme, bakım alanın asla bitmeyen gereksinimleri nedeniyle bakım vericinin sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir. Bakım vericilerin yaşadığı güçlükler genellikle fiziksel, emosyonel, ekonomik, ve sosyal güçlüklerdir(27).

Bakım verenler bakım verdikleri durumdan ötürü sağlıklarının olumsuz yönde etkileneceğini belirtmişlerdir ve bakım verenlerin çoğunluğunun bakım verme durumundan dolayı kendilerine yeterince zaman ayıramadıklarını, kendilerini yorgun hissettiklerini, maddi sıkıntılar yaşadıklarını ve bakım verdikleri hasta ile iletişimlerinde zorlandıklarını belirtmişlerdir(28).

## **2.8. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Faktörler**

Bakım verme yükünü etkileyen bir çok faktör bulunmaktadır. Bunlar; bakım verene ait faktörler ve hastaya ait faktörlerden oluşmaktadır. Bakım verene ait faktörler; bakım veren bireyin yaşı, cinsiyeti, çalışıp çalışmama durumu, eğitim durumu, sağlıklı olup olmama durumu, dini inancı, etnik kökeni, bakıma ilişkin görüşleri, kültürel yapısı, maddi durumu, bakım verenin bakım verdiği hasta ile hasta olmadan önceki ve hasta olduktan sonraki durum ilişkisi, hasta ile aynı evde yaşama durumu, bakım verme periyodu, bakımla ilgili bilgi alma durumu, bakım vericilerde rol değişimi, birden fazla kişiye bakım verme durumu, hastanın bakımına karar verilirken bakım vericinin fikirlerinin dikkate alınmaması, bakım alanın başka bir hastalığının daha olması, bakım verenin bakım verme dışında yapması gereken sorumluluklarının olması, bakım verenin bakım verirken tek alanda değil de bir çok alanda bakım vermesi, hastanın fonksiyonel bağımlılık durumundan ötürü yapılması gereken bazı durumların olması, bakım verene yardımcı olan başka bir bireyin varlığı

gibi etkenlerdir(68, 69, 70).Bakım alan hastaya ait faktörler ise; motor, bilişsel ve davranışsal sorunlardan kaynaklanmaktadır. Bakım yükünün ortaya çıkardığı olumsuz sonuçlar şu şekilde açıklanabilir:

Bakım veren kadınların erkeklere göre daha fazla sayıda oldukları ve aynı zamanda kadınların daha çok strese maruz kaldığı görülmektedir. Eğitim düzeyinin düşük olması bakım verenleri daha depresif hale getirmekte olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin bakım verdikleri kişi eşi ise bakım veren kişinin bu konuda daha fazla zorluk çektiği belirtilmektedir. Bakım veren kişinin bakım vermeye kendini hazır hissetmemesi ve bakım alan kişinin bakım veren kişi ile iletişiminin kötü olması bakım verenin daha fazla sorun yaşamasına neden olmaktadır(71).

## **2.9. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerde Bakım yükü**

Uzun süre bakım gerektiren inme gibi kronik hastalıklarda hastaların sınırlılıkları nedeni ile bakım veren bakım sürecinde en önemli yere sahiptir. Bakım verenlerin yaşadığı yük; bakım verenlerde fiziksel sağlık problemlerine, sosyal izolasyona ve duygusal problemlere neden olduğu belirtilmiştir. Bakım verenlerin bakım verme görevlerinden dolayı kendilerine ayıracak zamanları olmadıklarını, kendilerini yorgun hissettiklerini, hasta ile iletişimde sorun yaşadıklarını ve ekonomik güçlükler yaşadıklarını belirtmişlerdir(5). Literatürde inmeli hastanın yaşam boyunca sağlık için harcadığı masrafların 30.000-59.000 dolar olduğu belirtilmektedir(72).

İnme geçiren hastaların yarısı taburcu olmakta ,%20 si hastanede yaşamını yitirmekte %30'u ise uzun süreli kurumsal bakıma ya da evde bakım hizmetlerinin yardımına gereksinim duymaktadır. İnme sonrası hasta bireylerin yakınlarının büyük bir oranda yaşam biçimlerinde değişiklik olduğu gözlenmiştir(29).

Bazı araştırmalara göre; bakım verenlerin bakım vermede yetersiz kaldıkları, sorunlarla baş etmeyi kabullenme, sakin davranma, danışmanlık alma yoluna başvurma, iletişim, kendi fiziksel problemleriyle baş etme, stres ve üzüntüyle baş etme, günlük bakım, zaman, enerji planlaması konusunda danışmanlık eğitimi alma isteğinde olduklarını belirtmişlerdir. Hastanın inme sonrasında kendi günlük işlerini kendi yapabilmesi için evde bakım ekip üyelerinin yardımına ihtiyaçları vardır. İnmeli



hastaların evde bakım aldıkları süreçte tedaviden daha çok bakım hizmetlerine ihtiyaçları olmaktadır(2).

### **2.10. İnmeli Hastalarda Hemşirelik Bakımı**

Hemşire inmeli hastalar için beynin oksijenlenmesini sağlamalı, pıhtı oluşumunun önüne geçme ve yeni pıhtı oluşumunu engelleme, intrakraniyal basıncın azaltılmasını sağlayarak hasarı en aza indirmelidir(73). İnmeli hastalarda hemşire hastanın yaşam bulgularını takip etmeli, hastanın kan basıncı düşürülmesi çok gerekli değilse fazla düşürmemeli, çünkü kan basıncının düşürülmesi serebral dolaşımı bozabilir, infarkt alanını büyütebilir ve inmenin durumunu daha da ağırlaştırabilir. Glaskow koma skalasına göre hastanın nörolojik durum değerlendirilmesini yapmalı, ayrıca hemşire; KİBAS ve herniasyon belirtilerini yakından takip etmeli, hava yolu açıklığı sağlamalı, gerektiğinde hasta aspire edilmeli, damaryolu açıklığı sağlamalı, sıvı elektrolit dengesini sağlamalı, hastaya uygun pozisyon vermeli, kontraktür ve atrofilerin gelişmemesi için hastaya aktif pasif hareketler (ROM egzersizleri) yapmalıdır. Konvülsiyonlar izlenmeli, yeterli ve dengeli beslenme sağlanmalı, bası yaralarının önüne geçilmeli, stres ülserleri akut mide kanamalarına sebep olabileceğinden gelişimine engel olunmalıdır. İdrar yolu enfeksiyonu, ağız ülserasyonları, kornea ülserleri gibi durumların önüne geçilmelidir(121).

SVH'da bireyde bazı nörolojik defisitler meydana geldiğinden, hasta birey bu sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Akut tedavi sonrası bakımın önemli olduğu ve sürekli olması gerektiği durumlarda hastanın taburculuk eğitimi ve evde bakım sürecinin önemli olduğu belirtilmektedir. SVH geçirmiş hastaların taburcu olduktan sonraki yaşam kalitelerinin incelendiği bir araştırmada, kişisel bakımını yapabilme, merdiven inip çıkabilme, evde bakım sırasında fiziksel olarak iyileşme 3-6 ay sonra zamanla kendi ihtiyaçlarını karşılamada artma gibi durumların evde bakımın daha etkili ve verimli olduğu belirtilmektedir(73).SVH'da hastanın ve ailenin eğitimi önemlidir. Ailede hastaya bakım verecek olan kişinin soruları cevaplanmalı, bakım bilgisi verilmelidir(121).

Hemşire hastanın geçmişte olan hastalıklarını, sistemik sorunlarını bilmesi gerekmektedir. Serebral ödem açısından hastanın aldığı-çıkarıldığı sıvı takibini yapmalıdır. Hemşire hastanın ödem, siyanoz ve yüzeysel solunum gibi sorunlarını

gösteren belirtileri gözlemlemeli, KİBAS açısından hastayı yakından takip etmeli, iritabilasyon, deliryum bilinç seviyesinde azalma ve fişkırır tarzda kusması olan hasta için yaşam bulgularını takip edip gerektiği durumda EKG'sini çekmelidir. Yutma refleksi problemi olan hastayı beslemeden uzak tutmalı, aspirasyonun önüne geçmek için hasta başı yüksekte tutulmalıdır. Mesane problemi olan hasta için sonda takılması gerekmektedir. Hastada nörolojik defisit gelişmişse pozisyonuna dikkat etmeli ve hemipleji olan tarafa 20 dk'dan fazla yatırılmaması gerekmektedir. Hastanın solunumu desteklemek için derin solunum egzersizleri ve öksürme egzersizleri yaptırılarak sekresyon birikimini drenaja etmesini sağlayabilmelidir. Cilt bütünlüğü değerlendirilmeli olabilecek bası yaralarının oluşmasının önüne geçilmesi gerekmektedir. Konuşma problemi olan hastaya terapi için yardımda bulunmak ve bu konuda aileyi bilinçlendirmek gerekir. Hastaya bakım verecek olan bireye hemşire bu konularda bilgi vermeyi amaçlamalı hastada nörolojik sekel kalmışsa erken rehabilitasyon için gerekli yerlerle iletişime geçilmeli aile bilinçlendirilmelidir(31). Taburculuk sonrası evde bakım için hem hasta hem de bakım veren birey bu konuda hazırlanmalıdır. Taburcu olan hastanın evde bakımında yapılması gerekenler için hemşirenin şu konularda planlamaları olmalı;

Hasta ve bakım verenin yaşamını pozitif yönde etkileyerek, yaşamlarını daha verimli hale gelmesini sağlamak, günlük işlerini yapmada başkalarına daha az bağımlı olmasını sağlamak, fonksiyonel kaybı en aza indirmek, hastada komplikasyonların oluşmasının önüne geçmek, hasta bakımından sorumlu olan bireyin ve hastanın daha kaliteli yaşam alabilmesi için hemşirenin planlamaya aileyi de dahil etmesi gerekmektedir(74,75,76).

Bir çalışmaya göre evde bakımın hastalar için fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan daha iyi olabilecekleri ve yatağa bağımlı hastaların sıkıntılarının daha az olacağı belirtilmektedir(73, 74)

### **2.11. İnmeli Hastalarda Bakım Yükünü Azaltmada Hemşirenin Rolü**

Bakım verme, hemşirelik mesleğinin bağımsız olarak uyguladığı geleneksel ve en eski rollerinden olup çağdaş mesleki rolleri içine alan en temel görevlerindedir(79). Hemşirenin bakım verici, tedavi uygulayıcı, eğitimci, yönetici, araştırmacı gibi geleneksel rolleri ve danışmanlık, psikolojik destek, koordinatör, hasta

haklarının savunucusu, özerklik ve sorumluluk sahibi olma gibi çağdaş rolleri vardır(80).

Bakım verici rolünde hemşire hastalık sürecine özel tedavi uygular. Hastalığın birey ve aile üzerindeki fiziksel, psikososyal etkilerini tanımlar ve tedavi edici etkilerde bulunur. Hemşire bakım verici rolünü uygularken hasta merkezli çalışarak karar verir, hemşire danışmanlık görevini kullanırken ise; sağlığı koruma ve geliştirme, yaşam kalitesini artırma, hastalığa bağlı sorunlar ile baş etme ile ilgili kendi olanaklarını kaynaklarını tanımları ve kullanmaları konusunda hasta ve hasta yakınlarına danışmanlık eder. Araştırma ve geliştirme rolünde hemşire; daha iyi bakım hizmeti sağlayabilmek için yeni bilgileri araştırır, öğrenir ve uygular. Yönetici rolünde hemşire; hasta bakımını eğitim etkinliklerini, iletişimi ve kliniğin işleyişini koordine eder ve yönetir. Karar verme rolünde hemşire kritik düşünme karar verme becerisini bakım süreci çerçevesinde uygular(80).

İnmeli hastalar inme geçirdikten sonraki yaşamlarında aile yakınlarının desteğine ihtiyaç duymaktadır(77).İnmenin tedavi ve rehabilitasyon sürecinde hasta ile birlikte aile üyelerinin de yaşam biçimi değişeceği için ailenin tedaviyi, rehabilitasyonu, prognozu ve toplumsal destek kaynaklarını öğrenmesi ve gelecek planlarını buna göre yapması önem taşımaktadır. Bütüncül sağlık yaklaşımında, inmeli hastalar yakınlarıyla birlikte ele alınmalıdır(32).İnme hem bireyi hem de aileyi etkilediği için hemşire tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde hastayı ve bakım vereni birlikte ele almalıdır (77).

Hastanın inme sonrası günlük yaşam aktivitelerini yapabilmesi ve maksimum sağlığına kavuşabilmesi için hemşirenin, evde bakım ekibinin ve diğer sağlık ekibinin aynı ortak noktada bütünleşmeleri gerekmektedir(78).

Yapılan literatür incelemesinde inmeli hastalara bakım verenlerin bakım yükü yaşadıkları ve bakım yükü arttıkça bakım vericilerin yaşam kalitesinin azalmakta olduğu gözlenmiştir. İnmeli hastalarda bakım verenin yaşadığı güçlüğü belirlemesi ve hasta ve bakım vericinin bakım planına dahil edilmesi, hemşirenin sorumlulukları arasındadır(5).

Bakım verenin sorunlarını belirlemek için veri toplamak, bakım planlarında hastayı ve bakım vericileri de ele alarak, güvenliği ön planda tutarak stresi azaltmak,

moralleri yükseltmek, güç kazanma yolları bulmasında kaynaklara ulaşmasında yardımcı olmak hemşirenin profesyonel sorumluluklarındandır(81).

Hemşire bakım veren bireyi hasta ile iletişimini bakım verme tutum ve davranışlarını gözlemeli bakım vericinin bu gelişmelerine yardımcı olmalıdır. Böylece bakım yükünü azaltmada destek sağlamış olacaktır. Bakım verenlere hastalığın tanı aşamasından taburculuğuna kadar ve evde bakım için gerekli desteği sağlamalı hasta ve aileyi evde bakıma hazırlamalıdır.

Hemşire aile üyelerindeki ruhsal durumlar için gerekli girişimlerde bulunmalı, bakım vericileri kendilerini tüm gün içinde enerjilerini verimli kullanması gerektiğini belirtmeli, bakım verirken kendilerine zaman ayırmaları gerektiğini, dinlenmeleri gerektiğini, sağlıklı yaşam biçimlerini sürdürmelerine katkıda bulunmaları gerektiğini hatırlatmalıdır. Zorlandıkları durumlarda bakım vericiler için hemşire; gerekli yerlerde danışmanlık hizmetleri alabilmelerine yardımcı olmalıdır. Hemşire tükenmişlik, depresyon, öfke, yorgunluk vb durumlarda bakım vericilere gerekli desteği sağlamalıdır(82,83).

Sağlık çalışanları arasında kilit konuma sahip olan hemşireler hastayı ele alırken, bakım verenlere yönelik durum ve saptamalar doğrultusunda sürekli ve kaliteli bakıma yönelik müdahaleler geliştirmelidir.

İnmeli hastalarda bakım verenlerin bakım yükünün bilinmesi ve bakım yükünü etkileyen faktörlerin belirlenmesi buna göre uygun yaklaşımda bulunulması bakım vericilerin yaşam kalitelerini arttıracaktır(5).

### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu çalışma, inmeli hastalara bakım veren primer bakım vericilerinin bakım yükü ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı-kesitsel bir araştırmadır.

#### **3.2. Araştırmanın yapıldığı yer ve zamanı**

Araştırma Ekim-Aralık 2015 tarihleri arasında Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimine kayıtlı Menteşe Belediye sınırları içerisinde ikamet eden, SVH tanılı hastaların evlerinde yapılmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Evde Sağlık Hizmetleri Birimine kayıtlı aşağıdaki kriterlere uygun 102 hasta tespit edilmiştir. Örneklem seçimine gidilmemiş, tüm SVH tanılı hastalar ve primer bakım vericiler araştırma kapsamına alınmıştır. Ancak 7 hasta ve bakım vericisine ulaşılamamış, 5 hasta ve bakım verici ise araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Bu nedenle 90 hasta ve primer bakım verici araştırma kapsamına alınmıştır.

#### **Araştırmaya dahil edilme kriterleri:**

- 1) Menteşe Belediye sınırları içerisinde ikamet eden,
- 2) 18 yaş ve üzeri,
- 3) Araştırmaya katılmayı kabul edenler (bilgilendirilmiş yazılı onam alınanlar).

#### **3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verilerini elde etmek için hastanın ve bakım vericinin sosyo-demografik özellikleri ve bakım verenin bakım vermeye ilişkin özellikleri içeren bilgi formu, Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi kullanılmıştır.

Literatür doğrultusunda hazırlanan(68,73,74,89,91,100,102,104,106,114)Bilgi formunun 1. bölümü hasta ve bakım vericilerin sosyo-demografik özelliklerini içeren

15 soru içermektedir. Bilgi formunun 2. bölümünü ise bakım vericilerin bakım verme ile ilişkili özellikleri içeren 12 sorudan oluşmaktadır(EK-1).

**Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği(ZBVYÖ);** Zarit ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup; bakım vericilerin yükünü belirlemek amacıyla kullanılan bir ölçektir(119).Türkçe geçerlik ve güvenilirliği İnci ve Erdem (2008) tarafından yapılmış ve Türkçeye uyarlanmıştır(62)(EK-2). Ölçek likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekte 'asla, nadiren, bazen, sık sık ve hemen her zaman şeklinde 0'dan 4'e kadar değişen bir değerlendirme mevcuttur. Bakım verenin bakım ilgili durumunu ölçen 22 sorudan oluşmaktadır. Ölçekten en düşük 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte fazla puanın çıkması bakımda yaşanan güçlüğü, sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Puanlamada 0-20 puan aralığı: " bakım yükü yok", 21-40 puan aralığı: "hafif bakım yükü", 41-60 puan aralığı: "orta düzeyde bakım yükü" ve 61-88 puan aralığı ise "ağır bakım yükü "olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0.87-0.99 arasında değişmektedir.

Araştırmada bakım alan hastanın fonksiyonel bağımsızlık düzeyini belirlemek için Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAI) kullanılmıştır.

**Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAI);** Barthel ve Mohoney tarafından geliştirilmiş olup (1965), (120) 2000 yılında Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmıştır.(84)(EK-3). Barthel indeksi bireyin, beslenme, banyo, günlük bakım, giyinme, gaita inkontinans, idrar inkontinans, tuvalete gidiş, transfer, tekerlekli sandalyeye bağlı olma, ambulans durumu gibi günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumunu sorgulayan indekstir. Puanlama 0-100 arasında değişmektedir. 100 puan ise tam bağımsızlığı, 91-99 puan aralığı ise hafif derecede bağımlılığı, 62-90 puan aralığı orta derecede bağımlılığı, 21-61 puan aralığı ileri derecede bağımlılığı, 0-20 puan aralığı ise tam bağımlılığı ifade etmektedir.

### 3.5. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma Evde Sağlık Hizmetleri birim ekibiyle birlikte hastaların evleri tek tek ziyaret edilerek yapılmıştır. Hasta ve Primer bakım vericilerle yüz yüze görüşülerek bilgi formları ve ölçekler uygulanmıştır. Sosyodemografik özellikleri içeren bilgi formu yaklaşık 10 dk sürmüş olup hasta ve primer bakım vericilere

uygulanmıştır. BGYAİ ise sadece hasta üzerinden uygulanmış olup, 10 dk sürmüştür ZBVYÖ ise sadece primer bakım vericiler üzerinde uygulanmış bir ölçektir. Bu ölçeğin uygulaması ise yaklaşık 15 dk sürmüştür. Haftada en az 8 ev ziyareti gerçekleştirilmiştir. Hafta sonları ev ziyaretleri yapılmamıştır.

### **3.6. Etik Kurul Onayı**

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulundan, 121 protokol no ile 21.08.2015 tarihinde izin alınmıştır (EK-4). Ayrıca Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğinden yazılı kurum izni (EK-5) alınmıştır.

Anket ve ölçek uygulamalarından önce Primer bakım verici bireylerden bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır.

### **3.7. Verilerin değerlendirilmesi**

Verilerin değerlendirilmesinde, bilgisayarda IBM Statistics 20.0 (SPSS) istatistik paket programı kullanıldı. İstatistiksel değerlendirmelerde, tanımlayıcı istatistikler için frekans, yüzde ve ortalama kullanılmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Ayrıca sürekli değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir.  $p < 0,05$  anlamlı olarak değerlendirilmiştir.

## **4.BULGULAR**

Araştırmada hastaya bakım verenlerin çoğunluğu; kadın (%81,1), 45 yaş ve üzerinde (%73,3), ilkokul ve ortaokul mezunu (%57,8), evli (%84,4), sosyal güvencesi olan (%86,7), çocuk sahibi (%87,6), başka bir işte çalışan (%82,2), orta düzey gelire sahip (%60,0) olarak belirlenmiştir(Tablo 1)

**Tablo 1. Bakım Vericilerin Sosyodemografik Özellikleri (n=90)**

Demografik özellikler	N	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	73	81,1
Erkek	17	18,9
<b>Yaş(53,70±14,52) / yıl</b>		
18-44	24	26,7
≥45	66	73,3
<b>Öğrenim durumu</b>		
Okur-yazar değil	9	10,0
İlkokul ve ortaokul	52	57,8
Lise-üniversite	29	32,2
<b>Medeni durum</b>		
Evli	76	84,4
Bekar	14	15,6
<b>Sosyal güvence</b>		
Var	78	86,7
Yok	12	13,3
<b>Çocuk</b>		
Var	79	87,6
Yok	11	12,4
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışmıyor	16	17,8
Çalışıyor	74	82,2
<b>Gelir düzeyi</b>		
İyi	13	14,4
Orta	54	60,0
Kötü	23	25,6



Bakım alan inmeli hastanın sosyo-demografik bilgilerini incelediğimizde %50'sinin erkek %50'sinin ise kadın olduğu belirlendi. Bakım alan hastanın çoğunluğunun; 65 yaş ve üzeri (%65,6), ilkokul ve ortaokul mezunu (%61,1), ekonomik durumunun orta düzeyde (%65,6), tıbbi tedavisinin olduğu (%95,6) , başka bir hastalığının olduğu (%82,2), tanı alma süresinin ise 1-5 yıl (%55,5) olduğu belirlenmiştir.(Tablo 2).

**Tablo.2. İnmeli Hastanın Sosyo-Demografik Özellikleri**

Demografik özellikler		Frekans	%
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	45	50,0
	Erkek	45	50,0
<b>Yaş(75, 45±10, 54)/yıl</b>	46-64 yaş	31	34,4
	≥65	59	65,6
<b>Öğrenim Durumu</b>	Okur-Yazar Değil	21	23,3
	İlkokul-ortaokul	55	61,1
	Lise-üniversite	14	15,6
	Çok iyi-iyi	10	11,1
<b>Ekonomik Durumu</b>	Orta	59	65,6
	Kötü	21	23,3
<b>Tıbbi Tedavisi</b>	Var	86	95,6
	Yok	4	4,4
<b>Başka bir kronik hastalığı</b>	Olan	74	82,2
	Olmayan	16	17,8
	1 yıldan az	14	15,6
<b>Tanı alma süresi (2, 78±1, 04)</b>	1-5 yıl	50	55,5
	≥6	26	28,9

Bakım verenlerin çoğunluğu; kronik bir hastalığı olan (56,7), hastanın yakını (%74,4), bakım verdiği hasta ile aynı evde yaşadığı (%84,4), birlikte yaşadığı kişi sayısının ise en fazla 3-4 kişi (%44,5) olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde bakım verenlerin çoğunluğunun, 6 yıl ve üzerinde hastaya bakım verdiği (%45,6), günde 7-12 saat hastanın bakımı ile ilgilendikleri (%52,3), hasta ile iletişiminin çok iyi-iyi olduğu (%56,7), hastanın fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik ihtiyaçlarına destek verdiği (%90), bakımda en çok karşılaştıkları güçlüklerin, fiziki, ekonomik, sosyal, psikolojik ve tüm özbakım ihtiyaçlarını karşılamakta yaşadıkları güçlükler olduğu (%56,7), karşılaştıkları güçlüklerle başa çıkmada akraba/arkadaş desteği aldıklarını (%53,3) belirtmişlerdir. %53,3'ünün hastaya yalnızca kendisinin bakım verdiğini, sadece çok düşük bir oranın (%4,4) ise hasta bakımıyla ilgili eğitim aldığı belirlenmiştir (Tablo 3).

**Tablo 3. Bakım Verenlerin Bakım Vermeye İlişkin Özellikleri**

<b>Bakım Vermeye İlişkin Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Kronik bir hastalığı</b>		
Var	51	56,7
Yok	39	43,3
<b>Hasta ile yakınlık derecesi</b>		
Yakını (eşi, anne, baba, çocuğu)	67	74,4
Yakını değil (bakıcı)	23	25,6
<b>Hasta ile aynı evde</b>		
Yaşayan	76	84,4
Yaşamayan	14	15,6
<b>Birlikte yaşayan kişi sayısı(3,45±1,49)</b>		
1-2	28	31,1
3-4	40	44,5
≥5	22	24,4
<b>Bakım verilen süre/yıl (2,89±1,36)</b>		
1<	17	18,9
1-5	32	35,6
≥6	41	45,6
<b>Günlük bakım saati(12,18±7,31)</b>		
1-6	19	21,1
7-12	48	52,3
≥13	23	25,6
<b>Bakım verdiği hasta ile iletişimi</b>		
Çok iyi-iyi	51	56,7
Orta-kötü	39	43,3
<b>Bakım destek alanı</b>		
Ekonomik ve fiziksel destek,	9	10
Fiziksel, sosyal, psikolojik, ekonomik destek	81	90
<b>Bakım verirken karşılaşılan güçlükler</b>		
Herhangi bir güçlükle karşılaşmıyorum	12	13,3
Fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik, öz bakım ile ilgili güçlükler	78	86,7
<b>Karşılaşılan güçlüklerle başa çıkma yöntemleri(n=78)</b>		
Kendi kendine teselli/içine atma	14	15,6
Arkadaş -akraba desteği	48	53,3
Diğer (sigara, ilaç kullanımı, Ağlama, psikiyatri desteği)	4	4,4
Başetme yöntemi yok	12	26,7
<b>Bakıma yardımcı olan başka biri</b>		
Var	42	46,7
Yok	48	53,3
<b>Hasta bakımı ile ilgili eğitim</b>		
Alan	4	4,4
Almayan	86	95,6

**Tablo 4. Bakım Verme Yüğü Ölçeği Toplam Puan Ortalaması**

Bakım Verme Yüğü Ölçeği Toplam Puanı	N	$\bar{X} \pm SS$
	90	37,411 $\pm$ 12, 2684

Bakım verme yüğü toplam puan ortalaması tablo 4.'te verilmiştir. Bakım verme yüğü toplam puanı ortalaması 37,411 $\pm$ 12, 2684 olarak belirlenmiş olup bakım verme yüğü hafif derecede bulunmuştur.

**Tablo 5. Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Aralığı**

Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Aralığı	N	%
Bakım Yüğü Yok (0-20 Puan)	11	12, 2
Hafif Bakım Yüğü (21-40 Puan)	37	41, 1
Orta Düzeyde Bakım Yüğü (41-60 Puan)	40	44, 4
Ağır Bakım Yüğü (61-88 Puan)	2	2, 2
Total	90	100, 0

Bakım verme yüğü ölçeği puan aralığına baktığımızda tablo 5. de gösterildiği gibi bakım verenlerin %12,2 sinin bakım yüğü olmadığı, %41,1'inin hafif bakım yüğü olduğu, %44,4'ünün orta düzeyde bakım yüğü olduğu, %2,2'sinin ise ağır bakım yüğü olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 6. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerinin Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalaması ile Karşılaştırılması**

Demografik Özellikler	N	$\bar{x} \pm SS$	$Z_{MWU}/\chi^2_{KW}$	P
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	73	37,87 ± 11,59	-691 <sup>a</sup>	0,489
Erkek	17	35,41 ± 15,07		
<b>Yaş</b>				
18-44	24	34,7 ± 13,03	-1,457 <sup>a</sup>	0,145
≥45	66	38,39 ± 11,92		
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	76	36,76 ± 12,81	-1,014 <sup>a</sup>	0,311
Bekar	14	40,92 ± 8,166		
<b>Öğrenim Durumu</b>				
Okur Yazar Değil	9	36,77 ± 9,649	0,348 <sup>b</sup>	0,840
İlk Okul-Orta Okul	52	36,84 ± 13,71		
Lise-Üniversite	29	38,62 ± 10,33		
<b>Sosyal Güvence</b>				
Var	78	37,08 ± 12,53	-0,671 <sup>a</sup>	0,502
Yok	12	39,5 ± 10,58		
<b>Çocuk</b>				
Var	79	36,94 ± 12,34	-1,005 <sup>a</sup>	0,315
Yok	11	40,72 ± 11,72		
<b>Çalışma Durumu</b>				
Çalışmıyor	16	30,93 ± 11,06	-2,324 <sup>a</sup>	0,020
Çalışıyor	74	38,81 ± 12,13		
<b>Gelir Düzeyi</b>				
İyi	13	36,00 ± 14,03	3,197 <sup>b</sup>	0,202
Orta	54	36,07 ± 12,59		
Kötü	23	41,37 ± 9,782		

a=Mann-Whitney U testi

b=Kruskall - Wallis testi

Bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri ile bakım verme yükü puan ortalamaları ile karşılaştırmaları tablo 6'da gösterilmiştir. Bakım verenin yaşı ( $Z_{MWU}=-1,457$ ,  $p=0,145$ ), cinsiyeti ( $Z_{MWU}=-691$ ,  $p=0,489$ ), medeni durumu ( $Z_{MWU}=-1,014$ ,  $p=0,311$ ), öğrenim durumu ( $\chi^2=0,348$ ,  $p=0,840$ ), çocuk sahibi olma durumu ( $Z_{MWU}=-1,005$ ,  $p=0,315$ ) gelir düzeyi ( $\chi^2= 3,197$ ,  $p= 0,202$ ) gibi durumların bakım yükü puan ortalamasını etkilemediği, istatistiksel açıdan da anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir.

Bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerinden, bakım verenin çalışıyor olmasının ( $Z_{MWU}= -2,324$ ,  $p=0,020$ ), bakım yükü puan ortalamasına etki ettiği, istatistiksel açıdan da anlamlı bir farkın olduğu belirlenmiştir (tablo 6).

**Tablo 7. Bakım Verenlerin Bakım Vermeye İlişkin Özelliklerinin Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalaması İle Karşılaştırılması**

Bakım Vermeye İlişkin Özellikler	n	$\bar{x} \pm SS$	ZMWU/ $\chi^2$ KW	P
<b>Kronik Hastalığı</b>				
Var	51	39,64 $\pm$ 11,65	-2,168 <sup>a</sup>	0,030
Yok	39	34,48 $\pm$ 12,58		
<b>Yakınlık Derecesi</b>				
Yakını(eşi, anne, baba, çocuğu,)	67	38,86 $\pm$ 12,35	-2,069 <sup>a</sup>	0,039
Yakını değil (Bakıcı)	23	33,17 $\pm$ 11,22		
<b>Hasta ile aynı evde</b>				
Yaşayan	76	38,93 $\pm$ 11,89	-2,752 <sup>a</sup>	0,006
Yaşamayan	14	29,14 $\pm$ 11,27		
<b>Hasta İle İletişimi</b>				
Çok İyi-İyi	51	36 $\pm$ 12,74	-1,316 <sup>a</sup>	0,188
Orta-Kötü	39	39,25 $\pm$ 11,51		
<b>Bakımda Karşılaşılan Güçlükler</b>				
Herhangi Bir Güçlükle Karşılaşmıyorum	12	22,50	-3,279	0,001
Fiziki, Psikolojik, Maddi, Sosyal, öz bakım	78	49,04		
<b>Bakıma Yardımcı Olan kişi</b>				
Var	42	35,21 $\pm$ 11,77	-1,441 <sup>a</sup>	0,15
Yok	48	39,33 $\pm$ 12,48		
<b>Birlikte Yaşayan Kişi Sayısı</b>				
1-2 Kişi	28	37,64 $\pm$ 13,68	3,008 <sup>b</sup>	0,222
3-4 Kişi	40	39,25 $\pm$ 11,72		
5 ve Daha Fazla	22	33,77 $\pm$ 11,01		
<b>Bakım Verilen Zaman</b>				
1 Yıldan Az	17	34,17 $\pm$ 10,69	4,340 <sup>b</sup>	0,114
1-5 Yıl	32	35,75 $\pm$ 13,1		
$\geq 6$	41	40,04 $\pm$ 11,93		
<b>Günlük Bakım Saati</b>				
1-6 Saat	19	31,26 $\pm$ 12,74	5,439 <sup>b</sup>	0,066
7-12 Saat	48	37,87 $\pm$ 11,11		
$\geq 13$ Saat	23	39,43 $\pm$ 13,06		
<b>Hasta Bakım Eğitimi</b>				
Alan	4	35,00 $\pm$ 12,13	-0,402 <sup>a</sup>	0,699
Almayan	86	37,52 $\pm$ 12,33		

a=Mann-Whitney U testi

b=Kruskall - Wallis testi

Bakım verenlerin hasta ile iletişimi ( $Z_{MWU} = -1,316$ ,  $p=0,188$ ) bakıma yardımcı olan başka birinin olup olmama durumu ( $Z_{MWU} = -1,441$ ,  $p=0,150$ ) hasta bakım eğitimi ( $Z_{MWU} = 0,402$ ,  $p=0,699$ ) birlikte yaşanan kişi sayısı ( $\chi^2 = 3,008$ ,  $p=0,222$ ) bakım verilen süre ( $\chi^2 = 4,340$ ,  $p=0,114$ ), günlük bakım saatinin ( $\chi^2 = 5,439$ ,  $p=0,066$ ) bakım yükü puan ortalamasını etkilemediği, istatistiksel açıdan da anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir. (Tablo 7).

Bakım verenin kronik bir hastalığının olması ( $Z_{MWU} = -2,168$ ,  $p=0,030$ ) bakım verdiği hastaya yakınlığı ( $Z_{MWU} = -2,069$ ,  $p=0,039$ ), bakım verenin bakım verdiği hasta ile aynı evi paylaşma durumu ( $Z_{MWU} = -2,752$ ,  $p=0,006$ ) bakımda karşılaşılan fiziki, ekonomik, psikolojik, sosyal, öz bakım ihtiyaçlarını karşılamada yaşanan güçlüklerin ( $Z_{MWU} = -3,279$ ,  $p=0,001$ ) bakım yükü puan ortalamasına etki ettiği, istatistiksel açıdan da anlamlı bir farkın olduğu belirlenmiştir. (Tablo 7).

**Tablo 8. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Toplam Puan Ortalaması**

Bartel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Toplam Puan Ortalaması	n	$\bar{x} \pm SS$
	90	21,144 ± 23, 59

Barthel günlük yaşam aktiviteleri indeksi toplam puanı tablo 8. de gösterildiği gibi ,ortalama 21,144 olarak belirlenmiş olup bakım alan inmeli hastaların bağımlılık düzeyi ileri derecede olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 9. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Puan Aralığı**

Bartel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Puan Aralığı	N	%
Tam bağımlı (0-20 puan)	54	60,1
İleri derece bağımlı (21-61 puan)	30	33,3
Orta derece bağımlı (62-90 puan)	4	4,4
Hafif derecede bağımlı (91-99 puan)	1	1,1
Tam bağımsız (100 puan)	1	1,1
Total	90	100



Barthel günlük yaşam aktiviteleri indeksi puan aralığına baktığımızda (tablo 9.) %60,1'i tam bağımlı, %33,3'ü ileri derecede bağımlı, %4,4'ü orta derecede bağımlı, %1,1'i hafif derecede bağımlı, %1,1'i ise tam bağımsız olarak belirlenmiştir.

**Tablo 10. Bakım Verme Yükü Ölçeği Ve Bartel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Korelasyonu**

Bakım Verme Yük Ölçeği ve Bartel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Korelasyonu	$\bar{x} \pm SS$	P	R
Bartel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Toplam Puan Ortalaması	21,14±23, 59	0, 035	-0, 192
Bakım Verme Yükü Ölçeği Toplam Puan Ortalaması	37,41±12, 26		

Barthel günlük yaşam aktiviteleri indeksi puan ile bakım verme yükü ölçeği puanı korelasyonu incelediğimizde (tablo 10.) istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olduğu, fakat ters yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Barthel günlük yaşam aktiviteleri indeks puanı azaldıkça, bakım verme yükü puanı artmaktadır. Yani hastanın bağımlılık düzeyi arttıkça bakım yükü artmaktadır. ( $p=0,035$ ,  $r= - 0,192$ ).

## 5.TARTIŞMA

İnme hem hasta bireylerin hem de bakım veren bireylerin sağlık ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. İnme sonrası kişide ileri derecede fiziksel yetersizlik, günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlı olma durumu bakım vericinin bakım verme yükünü etkilemektedir (85,72). Bakım verme yüküne yol açan hastalıklara ilişkin yapılan bir araştırmada özellikle inme, alzheimer, parkinson gibi yaşlı popülasyonda görülen yatağa bağımlı olan hastalara bakım veren bireylerin bakım verenlerin bakım yüküyle karşı karşıya kaldıkları ifade edilmektedir (86).

İnmeli hastaların desteğe ihtiyacı olduğu gibi, bu hastalara bakım verenlerin de desteğe ihtiyaçları vardır. Primer bakım vericilerin sosyal, ekonomik ve psikolojik olarak her türden danışmanlığa ve desteğe ihtiyaçları vardır. Gerek hastane ortamında gerek taburcu olduğu andan itibaren evde bakım sürecinde toplum destek hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması ile bu durum bakım vericiler için daha hafifletici bir düzeye ulaştırılmaya çalışılmıştır. Evde bakım sistemi içinde

multidisipliner ekip; hem hastayı hem de bakım vericiyi bakım planına dahil ederek sorunlara ilişkin standardize bakım sistemi oluşturabilmektedir.

Bu araştırmada inmeli hastalara bakım verenlerin bakım verme yükü hafif derecede bulunmuştur. Bakım verenlerin %12,2'sinin bakım yükünün olmadığı, %41,1'inin hafif düzeyde bakım yükü, %44,4'ünün orta düzeyde bakım yükü, %2,2'sinin ise ağır düzeyde bakım yükünün olduğu belirlenmiştir. Başka bir çalışmaya göre inme geçiren hastaların bakım verenlerinin bakım yükü hafif düzeyde bulunmuş olup bakım yükü ortalaması  $28 \pm 12,75$  olarak belirlenmiştir.(87). Erkan'ın (2017) yaptığı çalışmada bakım vericilerin bakım yükünün ( $38.48 \pm 12.68$ ) hafif düzeyde olduğu saptanmıştır(88). Zaybak ve ark.'nın (2012) yaptıkları çalışmada da bakım verme yükü ölçek puanı oldukça düşük bulunmuş olup(89); bu sonuçlar araştırmamızla uyumluluk göstermektedir. Buna karşın bir çok araştırmada ise bakım yükü yüksek bulunmuştur. Tarı-Selçuk ve ark (2016) yaptığı kronik hastalıklarla ilgili yaptıkları çalışmada inmeli hastalara bakım verenlerin bakım yükü ortalamasının ( $68,80 \pm 12,40$ ) yüksek olduğunu belirlemişlerdir(90). Dağdeviren'in (2017) yaptığı çalışmada ise bakım yükü yüksek bulunmuş olup, %10'u az/hiç bakım yükü, %43,8 orta düzeyde bakım yükü, %43,8'inin bakım yükü çok, %2,5'inin ise aşırı bakım yükü yaşadığı belirlenmiştir(91). Watabane ve ark.'nın (2015) yaptıkları çalışmada SVH tanıli hastaya uzun zamandan beri evde bakım verenlerin bakım yüklerinin ciddi düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir( 92). Mollaoğlu'nun yaptığı çalışmada ise bakım yükü orta düzeyde saptanmıştır(93).

Çalışmamızda bakım verme yükünün hafif düzeyde bulunmasının nedeni, Türk toplumunun yakınlarına bakım vermenin geleneksel bir davranış olarak gördüğü, bu durumun bir görev ve sorumluluk olarak algılanması, bakım verme sürecinde zorlansalar dahi toplum tarafından kişinin ailesinin evde bakım vermesi kabul görülen bir davranış olduğunu düşündürmektedir. Bakım verme stresli bir durum olsa bile, bakım verenler bunu büyük oranda samimiyet ve sevginin bir bağı olduğunu düşünmektedirler. Bakım verme görevini üstlendikleri için diğer insanlar tarafından ve diğer yakın akrabaları tarafından tanınma, takdir edilme, değer görme sevginin artması ve kendine saygı duyma, yararlı olma ve akrabalık ilişkilerini güçlendirme gibi duyguların bakım verenler için doyum sağladığından bu durumu daha dayanabilir hale getirdiği düşünülmektedir.

Ayrıca araştırmaya göre, evde bakım hizmetlerinin ziyaretlerinin olması inmeli hastanın tedavisinde ve bakımında destek oldukları, danışacakları bir birimin olması bakım verenlerin bakım verme yükünü az da olsa hafiflettiğini düşündürmektedir. Evde bakım hastane ya da kurumsal hasta bakımına alternatif bir sağlık hizmeti sağlayarak, hasta ve bakım verenler için daha konforlu, zgr ve kendi otonomisinde olma hakkını verir. Hasta bireyin ailesiyle ve tanıdık çevresiyle olması önemli bir avantajdır. Hastaların birebir kendi durumu ve kendi kurallarına uyum sağlanarak bakım hizmeti alması onlara daha iyi gelmektedir. Hastalar kendi kimliklerini hastane ortamına göre evlerinde daha iyi muhafaza ederler. Hastanede kalım süresi uzadıka enfeksiyon riski artmakta bu gibi durumlar ise hem hasta için hem de bakım veren için sorun teşkil etmektedir. Evde bakımda enfeksiyona yakalanma olasılığı hastanede olma durumundan daha azdır. Hastaların evde bakım maliyetleri, kısa ve uzun süreli bakımlarında hastanede kalış maliyetlerine göre çok daha düşüktür. Hastanede kalım süresi maliyet açısından da hem hasta ve bakım verenler hem de hastane için extra bir maliyet taşımaktadır. Aynı zamanda evde bakım hizmetleri gereksiz hastane kullanımını da önemli ölçüde azaltmaktadır. Evde bakım hizmetlerinin yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisi olup; evde bakım bazı bireylere ulaşmanın tek yolu olarak değerlendirilmektedir.(118).

Bazı araştırmalara göre; hastalara bakım verenlerin bakım verme yükünü etkileyen faktörlerin, yaş, cinsiyet, etnik köken hastaya olan yakınlığı, eğitim durumu, gelir durumu, kronik bir hastalığı olup olmama durumu, inançları, sosyal desteği, yaşadığı toplumun kültürel özellikleri (115,116,117) , bakım verenin hastayla aynı evi paylaşma durumu, bakım verme süresi, bakım verenin bakım verme dışında başka sorumluluklarının olması, aynı zamanda bakım alan hastanın bilişsel yetersizlikler, işlevsel yetersizlikler ve davranışsal sorunlar gibi etkenlerin bakım verme yükünü etkilediği belirlenmiştir(94,95,96,97,117).

Araştırmamızda bakım verenlerin kronik bir hastalığının olma durumunun bakım verme ykleği puan ortalamasıyla ile karşılaştırılmasında kronik bir hastalığının olmasının bakım yükünü arttırdığı bulunmuştur. Çetinkaya çalışmasında(2012) bakım verelerin %48,2'sinin en az bir hastalığının bulunduğunu, bakım verenlerin herhangi bir hastalığının olması hastanın bakımını olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir(98). Yapılan bazı araştırmalar bakım vermenin ortaya

çıkardığı gereksinimlerin bakım veren için stres kaynağı olduğu ve bakım verenin sağlığını etkilediğini ortaya koymaktadır(28,99). Yine bazı araştırmaların sonucuna göre bakım verenlerin sağlık durumunun bozulduğu ve kronik hastalıklarının olduğu ve bu durumun bakım verme yükünü etkilediği belirlenmiştir (70,100,101,102).Yine bu çalışmamızla uyumlu başka bir araştırmaya (2000) göre sağlıklı olmayan bakım verenlerin sağlıklı olan bakım verenlere göre daha fazla yük algıladığı, saptanmıştır(103).Bakım verenin kronik bir hastalığının olması bakım verenler için daha stresli bir durum olduğundan, hatta şöyle söyleyebiliriz, bir hastanın bir hastaya bakım vermesinin sağlıklı ve kaliteli bir bakım olamayacağını ve bu durumun bakım yükünü olumsuz etkileyeceğini düşündürmektedir.

Bakım verenin çalışma durumu bakım verme yük ölçeği puan ortalamasıyla karşılaştırdığımızda bakım verenin çalışıyor olmasının bakım yükünü arttırdığı belirlenmiştir. Çelik'in yaptığı çalışmaya göre ise çalışma durumunun bakım verme yük puan ortalamasını etkilediği belirtilmektedir (104). Ve bu durum çalışmamızla uyumluluk göstermektedir. Güneş ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada ve Bekdemir'in(2014) yaptığı çalışmada ise bizim çalışmamızdan farklı sonuçlar elde edilmiş olup, bakım verme yük ölçeği puan ortalamasıyla bakım verenin çalışma durumu arasında istatistiksel açıdan fark bulunamamıştır(105,106). Çalışan bireylerin iş stresi yaşamaları ve işten eve döndüklerinde onları bekleyen bir sorumluluklarının olması ve bakım veriyor olmaları onları daha çok yormakta ve dinlenmek için yeterli kadar zamanlarının olmaması ve diğer çalışmayan bireylere göre daha çok zaman harcamalarının onları yordüğünü ve bu durumun bakım yükünü arttırdığı düşündürmektedir.

Hasta ile birlikte yaşama durumu da bakım yükünü etkileyen faktörler arasında olup;(107) bizim yaptığımız çalışmada bakım verenlerin hasta yakını olması ve bakım vericinin hastayla aynı evde yaşamasının bakım yükünü arttırdığı bulunmuştur. White ve ark.(2006)'nın yaptığı çalışmaya göre bakım verenlerinin çoğu hastayla aynı evi paylaşmaktadır.(107) Hong ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bakım verenlerin çoğu hasta yakınından oluşmaktadır(108) Mc Cullagh ve arkadaşlarının yaptığı çalışma da ise yaptığımız araştırmada olduğu gibi bakım verenlerin çoğunluğunun aile bireylerinden oluştuğu bulunmuştur (109). Duru ve ark(2013)'nin yaptığı çalışmada inmeli hastalara bakım veren yakınların, hasta yakını olmayanlara göre bakım yükü

yüksek bulunmuştur(68). Araştırmamıza göre bakım verenin bakım alan hastayla aynı evde yaşamasının nedenini düşündüğümüzde toplumumuzun aile yapısı gereği aynı evi paylaşma mecburiyetini doğurduğu düşünülmektedir Aynı zamanda bu çalışmada bakım verenin hasta ile yakınlığı bakım verme yükünü arttırmaktadır. Toplumumuzun yapısı gereği hastanın yakını olarak bakıma muhtaç yakınına duyarsız kalmak, toplum tarafından kabul görmeyen bir davranış olduğundan hasta yakınlarının çoğu hasta bireyin yakınından oluşmaktadır.

Fiziki, psikolojik, sosyal ve ekonomik güçlük yaşayan bakım vericilerin bakım yüklerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin çoğunluğunun bakım vermeden dolayı kendilerine yeterince zaman ayıramadıkları, çoğunluğunun kendini yorgun hissettiği, hasta ile iletişimde güçlükler yaşadığı, ekonomik güçlükler yaşadığı ayrıca bakım verenlerin fiziksel, emosyonel, sosyal, sosyal izolasyon, ekonomik ve iş ile ilgili alanlarda sorunlar yaşadığı gözlenmiştir(68,109,110). Aldrich (2011) yaptığı araştırmada bakım verenlerin çoğunluğunun ailesine, arkadaşlarına yeterince zaman ayıramadıklarını belirtmiştir ve duygusal stres yaşadıklarını, kaliteli uykularının olmadığını, beslenme ve kişisel bakım ve ihtiyaçlarını ihmal ettiklerini, fiziksel aktivitelerini ihmal ettiklerini bildirmişlerdir(110). Guo ve Liu 'nun (2015)yaptığı çalışmaya göre ise sürekli bakıma ihtiyacı olan birine bakım vermenin, bireylerin yaşamında büyük bir zaman dilimi kapladığı ve kendilerine zaman ayıramamalarına, toplumda izole olmalarına, psikolojik sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır(111). Larsen ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada bakım verenlerin çoğunluğunun, kendilerini yorgun hissettikleri, hasta ile iletişimlerinin zor olduğunu, ekonomik sıkıntılar yaşadıklarını ve kendilerine yeterince zaman ayıramadıklarını bildirmişlerdir(28).

Araştırmada barthel indeksi puan ortalaması 21,144±23,59 olarak belirlenmiş olup, inmeli hastaların çoğunluğunun tam bağımlı olduğu (%60,1), %33,3'ünün ileri derecede bağımlı olduğu, %4,4'ünün orta derecede, %1,1'inin hafif derecede, %1,1'inin ise tam bağımsız olduğu belirlenmiştir. Yapılan bazı çalışmaların sonuçları da bu çalışmanın sonuçlarıyla uyumluluk göstermektedir (104,109). Mollaoğlu'nun yaptığı çalışmaya göre ise bakım alan inmeli hastaların ileri düzeyde bağımlı olduğu belirlenmiştir(93). Literatüre göre tam bağımlı bireyin bakımının daha çok zaman aldığı ve bakım veren birey için bakım yükünü arttırdığı belirtilmektedir. Gün'ün

yaptığı çalışmaya göre hastaların bağımlılık düzeyi arttıkça bakım verenlerin zorlandığı belirlenmiştir(112).

Bakım verme yükü ölçeği ile Barthel günlük yaşam aktiviteleri indeksini incelediğimizde istatistiksel olarak anlamlı yönde fakat ters bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bakım verme yükü ölçek puanı arttıkça, Barthel günlük yaşam aktiviteleri indeksi puanı azalmaktadır. Çelik'in (2014) yaptığı araştırmaya göre bakım verme yük ölçeği ile barthel indeksi arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş olup çalışmamızla uyumluluk göstermektedir(104). Mollaoğlu'nun yaptığı çalışmada ise barthel indeksi ile bakım verme yük ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir(93). Hastaların bağımlılık düzeyinin ileri derecede olmasının bakım verenin bakım yükünü arttırdığı düşünülmektedir. İnmeli hastaların çoğunluğunun fonksiyonel olarak yetersiz olmaları günlük yaşam aktivitelerinde bir başka kişiye muhtaç bırakmaktadır. Bu durum uzun süre bakım gerektirdiğinden bakım veren bireylerin yaşam kalitelerini düşürmektedir(109).Bakım verme yükü arttıkça bakım verenlerin yaşamlarının da fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden etkilendiğini söyleyebiliriz.

Bakım verenlerin toplumlar için gizli hastalar olarak düşünüldüğü (28) belirtilmektedir. Toplumlar için bakım alanların önemli olduğu kadar bakım verenlerin de dikkate alınması gerekmektedir. İlk inme sonrası hasta, hastaneden taburcu edilmeden önce anksiyete ve depresyonlarının azaltılması için bakım vericilere destek olunmalıdır. Bakım verenlerin özellikle hasta bakımıyla ilgili eğitim almaları onları hem fiziksel hem maddi hemde psikolojik olarak rahatlatacaktır. Dramalı ve ark;(2008) yaptıkları çalışmada bakım verenlerin %84'ünün evde hasta bakımı ile ilgili herhangi bir eğitim veya bilgi almadığı saptanmıştır(113). Yine bir araştırmada bakım verenlerin bakım konusunda deneyiminin olmadığı, inme konusunda risk ve tedavisi hakkında bilgi sahibi olmadıkları, fonksiyonel değişiklikler, ev güvenliği, transfer ve taşımalarda bilgi eksikliği, iletişim gibi konularda bilgi sahibi olmadıkları belirlenmiştir(23,114). Araştırmamızda ortaya çıkan bakım verenlerin büyük çoğunluğunun bakım verme ile ilgili eğitim almadıkları belirlenmiş olup, eğitimin bakım verenler için büyük önemi olduğu düşünülmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İnmeli hastalara bakım veren bakım vericilerinin bakım yükünü ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptığımız bu çalışmada aşağıdaki şu bulgular elde edilmiştir.

- Bakım vericilerin bakım yükü hafif derecede bulunmuştur.( 37,411±12,268 )
- Bakım verenlerin %12,2 sinin bakım yükü olmadığı, %41,1'inin hafif bakım yükü olduğu, %44,4'ünün orta düzeyde bakım yükü olduğu, %2,2'sinin ise ağır bakım yükü olduğu belirlenmiştir.
- Bakım verenin bakım verme dışında başka bir işte çalışıyor olmasının bakım verme yükünü arttırdığı belirlenmiştir(p<0,05).
- İnmeli hastaların; bakım vericilerinin kronik bir hastalığının olması, bakım verdikleri hastanın yakını olmaları, bakım verdiği hasta ile aynı evde yaşamaları, bakım verirken fiziki, ekonomik, psikolojik, sosyal ve öz bakım ihtiyaçlarını karşılarken yaşanan güçlüklerin bakım vericinin bakım verme yükünü arttırdığı belirlenmiştir.(p<0,005).
- Bakım verenlerin %95,6'sının bakıma dair herhangi bir eğitim almadıkları belirlenmiştir
- Barthel günlük yaşam aktiviteleri indeksi toplam puan ortalaması 21,14±23, 59 olarak belirlenmiş olup bakım alan inmeli hastaların çoğunluğunun tam bağımlı (%60,1) olduğu saptanmıştır.
- Barthel günlük yaşam aktiviteleri indeksi toplam puan ile bakım verme yükü ölçeği toplam puan korelasyonu incelediğimizde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olduğu, fakat ters yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Barthel günlük yaşam aktiviteleri indeks puanı azaldıkça, bakım verme yükü puanı artmaktadır. Yani hastanın bağımlılık düzeyi arttıkça bakım yükünün arttığı saptanmıştır(p=0,035, r= - 0,192).

İnmeli hastaların çoğu; yaşamlarında bir başkasına bağımlı olduğundan bu hastaların günlük yaşam aktivitelerinde etkili olmadıkları durumda gerekli destek grupları ya da danışmanlık hizmetlerine ihtiyaçları vardır. Hemşirelerin inme gibi günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlı olan hastalara bakım verenlerin

bakım yükünü zaman zaman değerlendirip bu yükün azaltılmasına ilişkin etkili planlamalar yapabilmeleri gerekmektedir

Bu araştırma sonucunda bakım vericilerin hastaya bakım verme konusunda eğitim almaları ve hasta bakımında kullanmaları ve uygulamaları konusunda hemşirelerin hastaya ve bakım vericilere eğitim planı yapmaları gerekmektedir. İnmeli hastalara bakım konusunda eğitim hastaneden taburcu olduğu andan itibaren başlamalıdır. Evde bakım hizmetlerinin, inmeli hastaların bakım vericilerinin yükünü hafifletmede katkı sağlayan bir hizmet olduğu düşünülmektedir. İnmeli hastaların bakım vericileri hasta ile ilgili sorunlar yaşadıklarında danışacakları bir birimin olması onları rahatlatmakta ve streslerini azaltmakta ve daha nitelikli bir bakım vermelerini sağlamaktadır. İnme gibi yatağa bağımlı hastaların hastane ortamında değil de ev ortamında tedavi ve sağlık hizmeti almaları hem hasta için hem de bakım verenlerin yaşam kalitelerini arttıracaktır.

Bakım vericilerin yaşadığı güçlükleri ortaya çıkararak bu sorunlarla baş edebilmelerine yönelik eğitim programları düzenlenmeli, kurumsal olarak da bakım vericilerin desteklenmesi gerekmektedir. Özellikle hastaya evde bakım, bakım veren bireyler için oldukça yorucu ve stres yaratıcı bir olaydır. Bu konuların tümünde hemşirenin aile üyelerine destek vermesi, bakım veren bireylerin yükünü azaltması ve bu bireylerin sosyal yaşamlarının devam etmesi için destek birimlerin oluşturulması gerekmektedir.

Bu araştırmanın sonucunda evde bakım alan ve almayan inmeli hastaların bakım vericilerinin bakım yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik geniş örneklemlili çalışmaların planlanması önerilebilir.

Evde bakım hizmetinin yaygınlaştırılması ve gerekli destek birimlerin oluşturulması inmeli hastalar ve bakım verenler için psikolojik, sosyal yönden bir destek olacaktır.

İnmeli hasta ve yakını için aynı evde yaşam koşullarına uygun daha konforlu, bire bir hasta ve bakım veren için çözüm yolları belirlenmelidir. Aynı evi paylaşmanın zorlukları belirlenerek destekleyici çözümler üretilmelidir.





## 7.KAYNAKLAR

1. Fesci H, Kutlutürkan S, Özer Z. Serebrovasküler hastalık ve hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 9(2):63-67.
2. Bilir N. Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları.Toplum Hekimliği Bülteni. 2006; 25(3):1-6.
3. Özdemir Ü, Taşcı S.Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2013; 1(1):57-72.
4. Koç A. İnmede günlük yaşam aktiviteleri, Gülhane Tıp Dergisi/Gülhane Med J, 2012; 54, 1-7.
5. Balkan S. Serebrovasküler Hastalıklar. 2002 ,Güneş Kitabevi Yayınları.
6. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014.WHO.
7. Mukherjee D, Patil CG. Epidemiology and the global burden of stroke. World Neurosurg 2011; 76: 85-90.
8. İntercollegiate Stroke Working Party.(2012). National Clinical Guideline for Stroke (4th Ed.) London:Royal College of Physicians.
9. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, Bravata DM, Dai S, Ford ES, Fox CS, Franco S, Fullerton HJ, Gillespie C, Hailpern SM, Heit JA, Howard VJ,Huffman MD, Kissela BM,Kittner SJ, Lackland DT, Lichtman JH,Lisabeth LD, Magid D,Marcus GM, Marelli A,Matchar DB, McGuire DK,Mohler ER,Moy CS, Mussolino ME, Nichol G, Paynter NP, Schreiner PJ, Sorlie PD, Stein J, Turan TN, Virani SS, Wong ND, Woo D,Turner MB;American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee Heart Disease and Stroke Statistics. 2013 update: a report from the American Heart Association.
10. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri (2016). ([www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr)) Erişim 17 Haziran 2016
- 11.Çiftkaya ÖP, Coşar NS, Yemişçi OÜ, Ayaş Ş, Ustaömer K.Yaşın inme sonrası fonksiyonel rehabilitasyon sonuçlarına etkisi. Türk Geriatri Dergisi 2013, 16(2):129-134.
- 12 Whisnant JP, Basford JR, Bernstein EF et al. Special Report From the National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Classification of Cerebrovascular Diseases III. Stroke 1990; 21:637-76.
- 13.Bilgili N, Gözüm S. İnmeli hastaların evde bakımı: bakım verenler için rehber. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2014, 7(2):128-150.
14. Armağan O, Taşcıoğlu F, Bal C, Çorapçı İ, Ulaşan P, Öner C. Strok hastalarının kognitif ve fonksiyonel durumlarının rehabilitasyon sonuçlarına etkisinin araştırılması. Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi 2005;11:19-24.

15. Aksoy D, İnanır A, Ayan M. Akut iskemik inmede mortalite ve morbidite belirteçleri. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2013, 50:40-44.
16. King R.B, Ainsworth C.R, Ronen M, Hartke R.J, Stroke Caregivers:Pressing Problems Reported During the First Months of Caregiving, *Journal Of Neuroscience Nursing*, December:42(6), 302-311, 2010.
17. Çelik A. İnmeli hastalarda fonksiyonel durumun bakım verenlerin bakım yüküne ve yaşam kalitesine etkisi, Genel Kurmay Başkanlığı GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014.
18. Çiftkaya ÖP, Coşar NS, Yemişçi OÜ, Ayaş Ş, Ustaömer K. Yaşın inme sonrası fonksiyonel rehabilitasyon sonuçlarına etkisi. *Türk Geriatri Dergisi* 2013, 16(2):129-134.
19. Şirzai H, Delialioğlu SÜ, Sarı İF, Özel S. İnme ve bakım verme yükü. *FTR Bilim Dergisi* 2015, 18:162-169.
20. Fadiloğlu Ç. İnme rehabilitasyonu 3.ege dahili tıp günleri. İç Hastalıkları Hemşireliği Kongre Kitabı. Ed. Fadiloğlu Ç. meta Basım matbaacılık hizmetleri, İzmir.249-281.
21. Smith LN, Lawrence M, Kerr SM, Langhorne P, Lees KR. Informal caregivers' experience of caring for stroke survivors. *J Adv Nurs*.2004;46:235-44.
22. O'Connell B, Baker L, Prosser A. The educational needs of caregivers of stroke survivors in acute and community settings. *J Neurosci Nurs*.2003;35:21-28.
23. Hinojosa MS, Rittman M. Association Between Health Education Needs and Stroke Caregiver Injury. *J Aging Health* 2009;21:1040-1058.
24. Utku U. İnme tanımı, etyolojisi, sınıflandırma ve risk faktörleri, *Türk Fiz Tıp Rehab Derg.* 2007;53:1-3.
25. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. Ankara,10.03.2005;Resmi Gazete Sayı 25751.
26. Tel D, Demirkol D, Kara S, Aydın D. KOAH'lı hastaların bakım vericilerinde bakım yükü ve yaşam kalitesi. *Türk toraks dergisi* 2012;13(3):87-92.
27. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011;3(3):513-552.
28. Larsen LS, Effectiveness of a counseling intervention to assist family caregivers of chronically ill relatives. *J Psychosoc Nurs Ment. Health Serv*.1998;36:26-32.
29. Periard M.E, Ames BD Lifestyle changes and coping patterns among caregivers of stroke survivors .*public Health Nursing*, 1993; 10, 252-256.
30. Karakurt, P, Kaşıkçı M. İnmeli bir olgunun yaşam modeline göre incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 11(1), 76-84.

31. T.C. Geriatri ve evde bakım hemşireliği. Milli Eğitim Bakanlığı hemşirelik Kitabı 2013. Ankara.
32. Utku U. İnme tanımı, etyolojisi, sınıflandırma ve risk faktörleri. Türk Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi 2007; 53 (Özel Sayı 1):1-3.
33. Av S, Doğan ŞK, Evcik D. İnmeli hastalarda risk faktörleri ve fonksiyonel iyileşme üzerine etkileri 2009, 26:37-41.
34. Memiş S, Tülek Z. İnmeli hastalarda görülen konuşma bozukluklarında hemşirenin rolü. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004, 8(1):53-61.
35. Intercollegiate Stroke Working Party (2012). National Clinical Guideline For Stroke, London: Royal College of Physicians.
36. Öge AE. İstanbul üniversitesi tıp fakültesi temel ve klinik bilimler nöroloji kitabı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri. 2011.
37. Balkan S, Serebrovasküler Hastalıklar, Güneş Kitabevi Yayınları, 5, 49, 2002.
38. Çoban O. Beyin damar hastalıklarında tanımlar, sınıflama, epidemiyoloji ve risk faktörleri. (<http://www.itfnoroloji.org/svh/bdhtanımlar.htm>.) Erişim tarihi 21.03.2018.
39. Öztürk Ş. Serebrovasküler hastalık epidemiyolojisi ve risk faktörleri dünya ve türkiye perspektifi, 13(1):51-58, 2009.
40. Öztürk ZE. İlk inme sonrası saptanan risk faktörlerinin morbidite ve mortalite üzerine etkisi, Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2004.
41. Go, AS, Mozaffarian D, Roger, V.L, Benjamin, E.J, Berry, J.D. Borden, W.B ve diğerleri (2013). Heart disease and stroke statistics 2013 update: a report from the American Heart Association Circulation 127(1), 6-245.
42. Doğan A., Köse Dönmez B., Nakipoğlu G., Özgirgin N., Geriatrik İnmeli Hastalarımızda Eşlik Eden Sistemik Hastalıklar ve Komplikasyonlar, Turkish Journal Of Geriatrics, 2009, 12(3), 118-123,
43. A. Emere Öge, Baykan B, 2011 Nöroloji, 2. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi.
44. American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council. Primary Prevention Of Ischemic Stroke 2006; 37:1583-1633.
45. Midi İ, Afşar N, İnme Risk Faktörleri, Klinik Gelişim, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul, 1-14, 2010.
46. Çoban O. Beyin Damar Hastalıklarında Tanımlar ve Sınıflama, Nöroloji, Nobel Tıp Kitabevleri, 2, 236-237, 2011.
47. Endres M, Heuschmann PU, Laufs U, Hakim A.M, Primary Prevention Of Stroke: Blood Pressure, Lipids, And Hearth Failure, European Heart Journal, 32, 545-555, 2011.

- 48.Çoban O. Beyin damar hastalıklarında tanımlar ve sınıflama, Nöroloji, Nobel Tıp Kitabevleri, 195-197, 2004.
- 49.Kutluk K. Risk faktörleri ve korunma, iskemik inme, Nobel Tıp Kitabevleri, 37-47. 2004
- 50.Kutluk K, Geçici iskemik atak, iskemik inme, Nobel Tıp Kitabevleri, 49-51.2004.
- 51.Uzuner N, Kutluk K, Balkan S. İnme tanı ve tedavi kılavuzu,2013.
52. Özeren A, Klinik yaklaşım ve sınıflama, iskemik inme, Nobel Tıp Kitabevleri, 68-69, 2004.
- 53.Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, Caplon LR, Connors JJ, Culebras A, Elkind MS, et al. An Updates definition of stroke for the 21st century:a statement for healthcare professionals from the American Heart Association /American Stroke Association.Stroke.2013, 44(7):2064-2089.
- 54.Bayır A, Ak A, Acil olgularda trombolitik tedavi, Genel Tıp Dergisi 2003, 13(2):81-88.
- 55.Denktaş H, Beyin damar hastalıkları (beyin krizi) sürekli tıp e.etkinlikleri.İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Geriatrik Hasta Ve Sorunları Sempozyumu 1998.İstanbul.
- 56.Antiplatelets Trialists Collobration.Collobrative Owerwiew of Randomised Trials of Antiplatelet Therapy-1:Prevention of death, Myocardial infarction and Stroke by Prolonged Antiplatelet Therapy in varrious category of patients.Br Med J.1994;308:81-106.
- 57.Scandinavian Simvastatin Survival Group.Randomised trial of Cholesterol Lowering İn 4444 Patients With Coronary Heart Disease:The Scandinavian Simvastatin Survival Study. Loncet 1994;344:1383-1389.
- 58.The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators.Effects of an angiotensing converting Enzyme inhibitör, Ramipril on Cardiovasculer events in high risk patients.New Eng J of Med 2000;342:145-153.
59. Emmez ÖH, Egemen E, Kafa içi basınç artışı tedavisinde pratik yaklaşımlar, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara.
- 60.Cingil D. Gözüm S.(2008).Yaşlı birey için aile üyeleri tarafından verilen bakımı değerlendirme envanterinin geçerlilik ve güvenilirliği, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 1(1), 5-18.
61. Karaduman A, Aksu S, Tunca Ö. İnme sonrası fizyoterapi ve rehabilitasyon. 2016.Hipokrat Kitabevi - Cilt Kalkan Matbaacılık Ankara.
- 62.İnci FH, Erdem M.(2008)Bakım verme yükü ölçeğinin türkçeye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(4):85-95.

- 63.Grunfeld E, Glassop R, ve ark(1997), Caring for elderly people at home :the consequences to caregivers.Canadian Medical Association, 157(8), 1101-1104.
- 64.Boyoğlu R, Oktay S.(2002) Hasta destekli evde bakım hizmetleri sunumu
- 65.Aktaş A(2013) Spinal kord (omurilik) yaralanmalı hastalar ve bakım verenleri:bakım alma ve bakım verme sürecindeki psikososyal değişkenler açısından sosyal destek karışıklığının biçimlendirici ve temel etkileri, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.İstanbul.
66. Küçükğüçlü Ö, Esen A, Yener G, Bakım verenlerin yükü envanterinin türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi. J Neurol Sci(turkish)2009, 26:60-73.
- 67.Özer S, Kalp yetersizliğinde aile bakım verici yükü, Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, Derleme, 2010, 1(1):3-7.
- 68.Aşiret GD, Kapucu S, İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü .Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.2012(2):73-80.
- 69.Kasuya, RT, Poglars B, Takeuchi, R(2000).Caregiver burden and burnout.postgraduate medicine, 108(7):119-123.
- 70.Morimoto T, Adrea SS, Asano H, 2003, Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregiver.Age and aging.32(2):218-223.
71. Mauk KI, Gerontological Nursing Competencies For Care, 2009.Second Edition
- 72.King R.B, Ainswath CR., Roren M, Hartke R.J., Stroke Caregivers :Pressing Problems Reported During The Months Of Caregiving, Journal Of Neuroscience Nursing, December :42(6), 302-311, 2010.
- 73.Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S.Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri.Dicle Tıp Dergisi 2011;38(1):57-65.
- 74.Bilgili N. Yaşlı Bireylere bakım veren ailelerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. Hacette Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Doktora Tezi.Ankara:2000.
- 75.Karakurt P, Kaşıkçı M. İnmeli bir olgunun yaşam modeline göre incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,2008;11(1):76-84.
- 76.Üstün ME, Karadeniz G. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının önemi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,2006;1(1):33-43.
- 77.Balkan S.(2009) Serebrovasküler Hastalıklar (3. Baskı) Ankara:Öncü Basımevi
- 78.Tuzer V(2001).Kronik Hastalıklar Ve Yeti Yitiminde Sistemik Aile Yaklaşımı, Klinik Psikiyatri.4(3), 193-202.

- 79.Karabağ H. Evde sağlık bakım hizmetlerinin türkiyede uygulanabilirliğine ilişkin hekimlerin görüşleri ve kardiyoloji hastaları için hastane destekli evde bakım hizmetleri model önerisi.Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007:144 s.
- 80.Taylon S, Alan S, Kadioğlu S. Hemşirelik rolleri ve özerklik. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2012;2:66-74.
- 81.Temizler H. İnmeli hastalara evde bakım aile üyelerine verilen hemşirelik girişimlerinin bilgi düzeylerine ve bakım yükünü algılamalarına etkisi, Doktora Tezi, T.C.Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2009, 70 s.
- 82.Williams LA.Theory of caregiving Dynamics .In:Smith MJ, Liehr PR.Editörs.Middle Range Theory for Nursing, Springer publishing Company;2008:261-276.
- 83.Fadıloğlu Ç, Özer S, Kumral E. Alzheimer hastasına bakım verenler.alzheimer hastalığında bakım ilkeleri.İstanbul:2004
- 84.Küçükdeveci AA, Yavuzer G, Tennant A, Süldür N,Sonel B, & ArasılT.(2000).Adaptation Of Modified Barthel Index For Use İn Physical Medicine And Rehabilitation İn Turkey.Scand Journal Of Rehabilitation Medicine 32(29),87-92
- 85.Hinojosa,M.S.,Rittman,M.,Hinojosa,R.,&Rodriguez,W.2009.Racial/ethnic variation in recovery of motor function in stroke survivors:Role of informal caregivers.Journal of Rehabilitation Research&Developmen,46(2),223-232.
- 86.Yüksel G,Varlıbaş F,Karlıkaya G,Şıpka Y,Tireli H.Parkinson hastalığında bakıcı yükü.parkinson hastalığı Hareket Bozuklukları Dergisi 2007;10:26-34.
- 87.Chaffiri R. T.,Navabi N.,Shamsalinia A.,Ghaffari F.,2016,The Relationship Between The Spiritual Attitude of the Family Carevers of Older Patients with Stroke And Their Burden,Clin Interv Aging:12;453-458.
- 88.Erkan H.(2017) Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Uygulama Ve Araştırma Merkezin'den evde sağlık hizmeti alan hastaların yakınlarının bakım yükünün değerlendirilmesi.Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği.Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- 89.Zaybak A. Güneş Ü, İsmailoğlu GE, Üiker E.(2012).Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi,15:1.
- 90.Tarı-Selçuk K,Avcı D. Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2016;7:1-9.
- 91.Dağdeviren TS(2017).Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Bakım Veren Yakınlarında Bakım Yükünün Değerlendirilmesi.T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Uzmanlık Tezi,Ankara

- 92.Watabane A,Fukuda M, Suzuki M, Kawaguchi T, Et Al.Factors Decreasing Caregiver Burden To Allow Patients With Cerebrovascular Disease To Continue İn Long-Term Home Care.J Strokecerebrovasc Dis 2015;24:424-30.
- 93.Mollaoğlu M, Tuncay ÖF, Fertelli KT.(2011).İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi,4(3):125-130.
- 94.Işık K(2013).Yaşlı hastaya bakım verenlerin yaşam doyumları ile bakım yükleri arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi,İnönü Üniversitesi,Malatya.
- 95.Atagün M.İ.Balaban Ö.D.Atagün Z. Elagöz M.Özpolat A.Y.(2011)Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü,Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar,3(3):513-552.
- 96.Gündüz B,Erhan B.Quality Of Life Of Stroke Patients' Spouses Living İn The Community İn Turkey:Controlled Study With Short Form-36 Questionnaire.Journal Neurol Sci 2008;25:226-34.
- 97.Malak At, Dicle A. Beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü ve etkileyen faktörler.Türk Nöroşirurji Dergisi 2008;18:118-21.
- 98.Çetinkaya F, Karadakovan A.(2012). Demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi.Turkish Journal Of Geriatrics 15(2):171-178.
- 99.Yaşar EK.Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü Ve Etkileyen Faktörler.Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Yüksek Lisans Tezi.İzmir:2009.
- 100.Akyar İ, Akdemir N.(2009) Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadığı güçlükler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 32-49.
- 101.Alpteker H.(2008),65 Yaş Üstü Bireylere Evde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi,Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Yüksek Lisans Tezi,Bolu.
- 102.Tuna M.,Olgun N.(2010),İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarında Görülen Tükenmişlik Durumunda Algılanan Sosyal Desteğin Rolü.Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi,41-52.
- 103.Chou KR.Caregiver burden:A concept analysis. J Pediatr Nurs 2000;15:398-407.
- 104.Çelik A.(2014),İnmeli Hastalarda Fonksiyonel Durumun Bakım Verenlerin Bakım Yüküne Ve Yaşam Kalitesine Etkisi,Yüksek Lisans Tezi,Ankara.
- 105.Bekdemir A.(2014),Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Yaşadıkları Sorunlar Ve Bakım Yükünün Belirlenmesi,Yüksek Lisans Tezi,İstanbul
- 106.Güneş Ü,İsmailoğlu E,Ülker E,Zaybak A,(2012) Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi.Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi,2012;15-17.



107. White C.L., Poissant L., Cote-Le Blanc G., Wood-Dauphinee S. Long-Term Caregiving After Stroke: The Impact on Caregivers' Quality of Life, *Journal Of Neuroscience Nursing*, October:38(5), 354-360, 2006.
108. Hong GS, Kim H. Family Caregiver Burden By Relationship to Care Recipient With Dementia in Korea. *Geriatr Nurs* 2008;29:267-74.
109. McCullagh E, Brigstocke G, Donaldson N, Karla L. Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke* 2005;36:2181-2186.
110. Aldrich N. CDC Seeks to Protect Health Of Family Caregivers. [http://www.Cronicdisease.org/nacdd-INITIATIVES/healthy-aging/meetingrecords/ha\\_cib\\_healthoffamilycaregivers.pdf/view](http://www.Cronicdisease.org/nacdd-INITIATIVES/healthy-aging/meetingrecords/ha_cib_healthoffamilycaregivers.pdf/view). 2011.
111. Guo LY, liu YJ. Family functioning and depression in primary caregivers of stroke patients in China. *International Journal of Nursing Sciences* 2015;2:184-189.
112. Gün S. (2017), İnmeli Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Tükenmişlik ve Stresle Başetme Durumlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Samsun
113. Dramalı A., Demir F., Yavuz M., Evde Kronik Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Karşılaştıkları Sorunlar. 1. Ulusal Evde Bakım Kongresi Özet Kitabı, İstanbul, 24-26 Eylül 1998.
114. Taşdelen P, Ateş M. Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri İle Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi* 2012;9:22-29.
115. Dunkin JJ, Anderson-Hanley C. Dementia caregiver burden: a review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology* 1998;51:53-60.
116. Nabors N, Seacat J, Rosenthal. Predictors of caregiver burden following traumatic brain injury. *Brain Inj* 2002; 16:1039-1050.
117. Asada T, Motonaga T, Kinoshita T. Predictors of severity of behavioral disturbance among community-dwelling elderly individuals with Alzheimer's disease: a 6-year follow-up study *Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 54:673-677.
118. Ö Özer, Şantaş F. Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri Ve Finansmanı, 2012, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3:2
119. Zarit, S. H, & Zarit, J. M. (1990). The memory and behavior problems checklist and the Burden Interview. (pp.260-264). University Park, PA: Pennsylvania State University Gerontology Center.
120. Barthel M, Mahoney K., Agency For Health Care Policy and Research Publication, After Stroke Recovery Patient Guidelines Booklet; Government Printing Office Washington Dc., 23-27, 2003

121.Bedük T, İç Hastahkları Hemşireliği Akıl Notları,2016,Ankara ,Güneş Kitabevi, 271-272.

<b>ÖZGEÇMİŞ</b>			
<b>1. KİŞİSEL BİLGİLER</b>			
<b>ADI, SOYADI: HİLAL ÖDEMİŞ</b>			
DOĞUM TARİHİ ve YERİ: 23.03.1983 MALATYA			
HALEN GÖREVİ: Hemşire			
YAZIŞMA ADRESİ: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Hematoloji/Romatoloji Kliniği			
TELEFON:0 506 836 93 43			
E-MAIL: hilal.odemis@hotmail.com			
<b>2. ÖĞRENİM DURUMU</b>			
DERECE	BÖLÜM/ PROGRAM	ÜNİVERSİTE	YIL
Lisans	Hemşirelik	FIRAT	2007
Y. Lisans	Hemşirelik	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	2018-halen
Doktora			
<b>3. GÖREVLER</b>			
GÖREV UNVANI	GÖREV YERİ	YIL	
Hemşire	Bingöl Kadın Doğum Ve Çocuk Hastanesi Süt Çocuğu Kliniği	Şubat 2011- 2012.	
Hemşire	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Hematoloji/Romatoloji Kliniği	Haziran 2015-2018.	
<b>4. ÇALIŞMA ALANLARI</b>			
İç Hastahkları Hemşireliği			

**EK-1:Kişisel Bilgi Formu****KİŞİSEL BİLGİ FORMU****1.BÖLÜM****SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER****A.BAKIM VEREN BİREYİ TANITICI SORULAR****1.Cinsiyet**

1.Kadın

2.Erkek

**2.Kaç yaşındasınız?****3.Öğrenim Durumunuz nedir?**

1 Okur-Yazar Değil

2.İlkokul

3.Ortaokul

4.Lise

5.Üniversite

**4. Medeni durumunuz nedir?**

1.Evli

2.Bekar

**5. Sosyal Güvenceniz nedir?****6. Çocuğunuz var mı?**

1.Var

2.Yok

**7.Bir işte çalışıyor musunuz?**

- 1.Evet
- 2.Hayır

**8.Gelir düzeyiniz sizce nasıl?**

1. iyi
2. Orta
3. Kötü

**2.BAKIM ALAN BİREYİ TANITICI SORULAR****B.BAKIM ALAN KİŞİNİN BİLGİLERİ****9.Cinsiyeti**

1. Kadın
2. Erkek

**10.Yaşı****11. Öğrenim durumu**

1. Okur-Yazar Değil
2. İlkokul
3. Ortaokul
4. Lise
5. Üniversite

**12.Ekonomik durumunuz nasıl?**

- 1.Çok iyi
- 2.İyi
- 3.Orta
- 4.Kötü

**13.Tedavisi Var mı?**

- 1.Evet
- 2.Hayır

**14.Başka bir kronik hastalığı var mı?****15.Tamı alma süresi ne zamandan itibaren?****BÖLÜM 2****BAKIM VERENLERİN BAKIM VERME İLE İLİŞKİLİ ÖZELLİKLERİ****1.Kronik bir hastalığınız var mı?**

- 1.Evet
- 2.Hayır

**2.Bakım verdiğiniz hasta ile yakınlık dereceniz nedir?**

- 1.Eşi
- 2.Çocuğu
- 3.Gelini
- 4.Damadı
- 5.Torunu
- 6.Diğer(Bakıcı)

**3.Bakım verdiğiniz hastayla aynı evde mi yaşıyorsunuz?**

1.Evet

2.Hayır

**4.Evde birlikte kaç kişi yaşıyorsunuz?**

**5.Bakım verdiğiniz hastaya ne kadar süre\yıl bakım veriyorsunuz?**

**6.Hastanıza günlük kaç saat bakım veriyorsunuz?**

**7.Bakım verdiğiniz hasta ile iletişiminiz nasıl?**

1.Çok iyi

2.iyi

3.orta

4.kötü

**8.Hastanıza hangi alanda bakım desteği veriyorsunuz?**

1.Ekonomik ve fiziksel

2.Fiziksel

3.Sosyal

4.Psikolojik

5.Hepsi

**9.Bakım verirken karşılaştığınız güçlükler nelerdir?**

- 1.Herhangi bir güçlükle karşılaşmıyorum
- 2.Fiziksel
- 3.Psikolojik
- 4.Sosyolojik
- 5.ekonomik
- 6.Öz bakım ile ilgili güçlükler

**10.Karşılaştığınız güçlüklerle başa çıkma yönteminiz var mı?**

- 1.Kendi kendine teselli\içe atma
- 2.Arkadaş-akraba desteği
- 3.Diğer
- 4.Başetme yöntemim yok

**11.Bakıma yardımcı olan başka birileri var mı?**

- 1.Evet
- 2.Hayır

**12.Hastanızın bakımı ile ilgili eğitim aldınız mı ?**

- 1.Evet
- 2.Hayır

## Ek-2:Bakım Verme Yüğü Ölçeği

### BAKIM VERME YÜĞÜ 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.

#### 1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman      1Nadiren      2Bazen      3Oldukça sık      4 Hemen  
her zaman

#### 2. Yakınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman      1Nadiren      2Bazen      3Oldukça sık      4 Hemen  
her zaman

#### 3. Yakınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman      1Nadiren      2Bazen      3Oldukça sık      4 Hemen  
her zaman

#### 4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?

0 Hiçbir zaman      1Nadiren      2Bazen      3Oldukça sık      4 Hemen  
her zaman

#### 5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?

0 Hiçbir zaman      1 Nadiren      2Bazen      3 Oldukça sık      4 Hemen  
her zaman



**6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?**

0 Hiçbir zaman      1 Nadiren      2Bazen      3 Oldukça sık      4 Hemen  
her zaman

**7. Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?**

0 Hiçbir zaman      1 Nadiren      2Bazen      3 Oldukça sık      4 Hemen  
her zaman

**8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?**

0 Hiçbir zaman      1Nadiren      2Bazen      3Oldukça sık      4 Hemen  
her zaman

**9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?**

0 Hiçbir zaman      1Nadiren      2Bazen      3Oldukça sık      4 Hemen  
her zaman

**10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?**

0 Hiçbir zaman      1Nadiren      2Bazen      3Oldukça sık      4 Hemen  
her zaman

**11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?**

0 Hiçbir zaman      1Nadiren      2Bazen      3Oldukça sık      4 Hemen  
her zaman

**12. Yakınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?**

0 Hiçbir zaman      1 Nadiren      2 Bazen      3 Oldukça sık      4 Hemen  
her zaman

**13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?**

0 Hiçbir zaman      1 Nadiren      2 Bazen      3 Oldukça sık      4 Hemen  
her zaman

**14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?**

0 Hiçbir zaman      1 Nadiren      2 Bazen      3 Oldukça sık      4 Hemen  
her zaman

**15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?**

0 Hiçbir zaman      1Nadiren      2 Bazen      3 Oldukça sık      4 Hemen  
her zaman

**16. Yakınına bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?**

0 Hiçbir zaman      1Nadiren      2 Bazen      3 Oldukça sık      4 Hemen  
her zaman

**17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?**

0 Hiçbir zaman      1Nadiren      2 Bazen      3 Oldukça sık      4 Hemen  
her zaman

**18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?**

0 Hiçbir zaman      1Nadiren      2 Bazen      3 Oldukça sık      4 Hemen  
her zaman

**19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?**

0 Hiçbir zaman      1Nadiren      2 Bazen      3 Oldukça sık      4 Hemen  
her zaman

**20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?**

0 Hiçbir zaman      1 Nadiren      2 Bazen      3 Oldukça sık      4 Hemen  
her zaman

**21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?**

0 Hiçbir zaman      1 Nadiren      2 Bazen      3 Oldukça sık      4 Hemen  
her zaman

**22. Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?**

0 Hiç      1 Biraz      2 Orta      3 Oldukça      4 Aşırı

**Ek-3: Barthel İndeksi****MODİFİYE BARTHEL İNDEKSİ**

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

Modifiye Barthel indeksi kodlarının açıklanması:

I: İş yapmak için yetersizdir.

II: Çok bağımlıdır, iş yapmayı dener fakat emniyetsizdir.

III: Orta derecede yardıma gereksinimi vardır.

IV: Minimal yardıma gereksinimi vardır.

V: Tamamen bağımsızdır.

## **A-TRANSFER**

0: Transferine katılamaz, mekanik bir alet olsun ya da olmasın transfer için iki kişi gereklidir.

3: Transferine katılabilir ama transferin tüm aşamalarında bir başka kişinin maksimum yardım gerekir.

8: Transferin herhangi bir aşamasında başka bir kişinin yardımı gereklidir.

12: Başka bir kişinin varlığı güvenlik için veya gözetim için gereklidir.

15: Hasta tekerlekli iskemlesi ile yatağa/sandalyeye güvenle yaklaşır, frenler, kilitler, ayak basacaklarını kaldırır, güvenle yatağa geçer, uzanır, yatak kenarında oturur duruma geçer, tekerlekli sandalyenin pozisyonunu değiştirir, geri sandalyesine güvenle geçebilir. Bu aktivitelerin hepsinde hasta bağımsız olmalıdır.

## **B-AMBULASYON**

0: Ambulasyonda bağımlıdır.

3: Ambulasyonda sürekli bir veya daha fazla yardımcıya ihtiyaç vardır.

8: Yürümeye yardımcı cihazlara erişme ve/veya onların kullanımları için bir yardımcı gereklidir. Yardım için bir kişi yeterlidir.

12: Hasta ambulasyonda bağımsızdır ama yardımsız 50 metre yürüyemez veya tehlikeli/riskli durumlarda güven için gözetim gerekir.

15: Hasta gerekirse cihazını takabilmeli, cihazını kilitleyip açabilmeli, ayakta durabilmeli, oturabilmeli, ambulasyonu için gerekli yardımcı cihaz ve aletleri kullanıma hazır pozisyona getirebilmelidir. Hasta koltuk değneği, kanadien, baston kullanabilmelidir. Ev içinde ve 50 m'lik bir mesafede yardımsız ve gözetimsiz yürüebilir.

### **TEKERLEKLİ İSKEMLE KULLANMA (ambulasyona alternatif, ambulasyon 0 ise skorlanır)**

0: Tekerlekli iskemle ile ambulasyonda bağımlıdır.

1: Hasta düz zeminde kısa mesafelerde tekerlekli iskemlesini sürdürebilir ancak diğer basamaklar için yardım gereklidir.

3: Bir kişinin mevcudiyeti gerekir ve tekerlekli iskemlenin masaya, yatağa vb. yerlere manüplasyonu için daima yardım gereklidir.

4: Belirli güzergahlara, makul bir süre boyunca hasta tekerlekli sandalyesini kendisi sürebilir, sert köşelerde minimal yardıma ihtiyaç duyar.

5: Bağımsız kabul etmek için hasta köşeleri kendisi dönebilmeli, çevresinde dönebilmeli, iskemleyi masaya, yatağa, tuvalete vs. yaklaştırabilmeli; evde, koğuşta vs. sandalyeyi en az 50 m sürebilmelidir.

### **C-MERDİVEN İNİP ÇIKMA**

0: Hasta merdivenleri çıkamaz.

2: Merdiven inip çıkmanın tüm aşamalarında yardım gerekir. Bu yardım yürüme cihazlarının kullanım ve taşınmasının da içerir.

5: Hasta merdiven inebilir çıkabilir ama yürüme cihazlarını taşıyamaz, gözlem ve yardıma ihtiyaç duyar.

8: Genelde hiç yardım gerekmez. Zaman zaman sabah tutukluğu, nefes darlığı gibi durumlarda gözetim gerekir.

10: Yardım veya gözetim olmadan güvenle basamakları iner-çıkır, gerektiğinde trabzanları tutar, kanadien, baston kullanır; inerken çıkarken bu cihazları kullanabilmelidir.

### **D-BESLENME**

0: Tüm aşamalarda bağımlıdır, beslenmeleri gerekir.

2: Kaşık gibi bir beslenme aletini kullanabilir, ancak yemek boyunca bir kişinin aktif yardımı gerekir.

5: Gözetimle kendi kendine beslenebilir. Çaya süt ya da şeker koyma, tuz biber atma, yağ sürme, tabağı çevirme ve diğer yerleştirme aktivitelerinde yardım gereklidir.

8: Et kesme, süt kartonu açma, kavanoz kapağı açma vs. hariç hazırlanmış tepside bağımsız yemek yer. Başka bir kişinin varlığı gerekli değildir.

10: Başka biri yiyecekleri ulaşabileceği bir yere koyunca tepside veya masadan kendi kendine yemek yiyebilir. Hasta gerekirse yardımcı cihaz kullanabilir, yiyeceklerini keser, tuz biber atabilir, ekmeğe yağ sürebilir vs.

### **E-GİYİNME**

0: Hasta giyinmenin tüm aşamalarında bağımlıdır. Aktivitelere katılamaz.

2: Bir dereceye kadar giyinme aktivitelerine katılabilir ancak, tüm aşamalarda bağımlıdır.

5: Herhangi bir giysiyi giymede ve/veya çıkarmada yardım gereklidir.

8: Giyinme için minimal yardım gereklidir: düğme ilikleme, fermuar çekme açma, çıtçıtları açıp kapama, ayakkabı bağlama vs. şeklinde.

10: Hasta kendi kendine giyinir-soyunur, düğmeleri ayakkabı bağlarını ilikler, korseleri splintleri takar çıkarır.

### **F-KİŞİSEL BAKIM**

0: Kişisel bakımın yapamaz, tüm aşamalarda bağımlıdır.

1: Tüm aşamalarda yardım gereklidir.

3: Kişisel bakımın bir veya daha çok basamağında biraz yardım gereklidir.

4: Hasta kişisel bakımını yapabilir ancak önce ve/veya sonrasında minimal yardım gereklidir.

5: Hasta ellerini-yüzünü yıkayabilir, dişlerini fırçalar, traş olabilir, erkek hastalar makine veya traş bıçağını kendi kullanabilmeli fişini takabilmeli, dolap veya çekmecesinden aletleri kendisi alabilmelidir. Bayan hastalar makyajlarını yapabilmeli, saçını tarayabilmelidir (şekil veremeyebilir).

## **G-BANYO YAPMA**

0: Banyo yapmada tam bağımlıdır.

1: Banyonun tüm aşamalarında yardım gereklidir.

3: Duş veya banyoya transferinde veya yıkanıp kurulanmasında yardım gereklidir. Kondisyonu, hastalığı vb. nedeniyle görevi tamamlayamaz.

4: Su sıcaklığını ayarlama veya transferde güvenliği sağlamak için gözetim gereklidir.

5: Duş, küvet vs. hangi metot olursa olsun, diğer bir kişiye gerek duymadan tüm safhaları kendisi yapabilir.

## **H-TUVALET KULLANIMI**

0: Tuvalet kullanımında tam bağımlıdır.

2: Tuvalet kullanımında yardım gereklidir.

5: El yıkama transferler veya giysilerini giyme çıkarmada yardım gereklidir.

8: Normal tuvalet kullanımında güvenlik için gözlem gereklidir. Geceleri lazımlık gerekebilir. Ama kendisi boşaltabilmeli ve temizleyebilmelidir.

10: Tuvalete oturup kalkabilir, giysilerini giyer çıkarır, giysilerini kirletmez, yardımsız tuvalet kağıdı kullanır. Gerekirse geceleri ördek, lazımlık kullanabilir ama boşaltabilmeli ve temizliğini yapabilmelidir.

## **I-İDRAR İNKONTİNANSI**

0: Mesane kontrolünde bağımlıdır. İnkontinandır veya daimi sondası vardır.

2: İnkontinandır ama internal veya eksternal alet ile yardım edilebilir.

5: Gün boyunca kurudur ama gece ıslanabilir. Alet kullanımında biraz yardım gerekir.

8: Gece gündüz genelde kurudur ama nadiren kaçırma olabilir. İnternal, eksternal alet uygulamalarında minimal yardım gereklidir.



10: Gece gündüz kontrolü vardır ve/veya internal, eksternal alet kullanımında bağımsızdır.

### **J-GAİTA İNKONTİNANSI**

0: Hasta inkontinandır.

2: Hastaya uygun pozisyon verilmesi ya da bağırsak uyarı teknikleri şeklinde yardım gerekir.

5: Hasta uygun pozisyona gelebilir, ama uyarı teknikleri kullanamaz kendini temizleyemez. Sık sık kaçıır. Bez ile bağlama gerekir.

8: Supozituar veya lavman uygulamalarında gözetim gerekir, nadiren kaçıır.

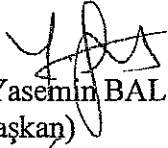
10: Bağırsak kontrolü vardır, hiç kaçırmaz, supozituar veya lavman gerekli ise kendisi yapabilir.


**MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR  
VE YAYIN ETİĞİ KURULU DEĞERLENDİRME FORMU**

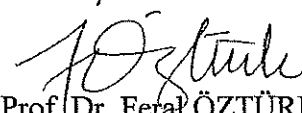
<b>SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURULU</b>		
<b>Protokol No:121</b>		<b>Karar No: 118</b>
<b>Araştırmanın Yürütücüsü</b>	MSKÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hilal ÖDEMİŞ	
<b>Araştırmanın Başlığı:</b>	İnmeli Hastaların Primer Bakım Vericilerinin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi	
<b>Başvuru Formunun Etik Kurula Geldiği Tarih:</b>	03.07.2015	
<b>Başvuru Formunun Etik Kurulda İncelendiği Tarih:</b>	21.08.2015	
<b>Karar Tarihi:</b>	21.08.2015	

**SONUÇ**

1.	<input checked="" type="checkbox"/> Kabul. Araştırmanın/Projenin uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.
2.	<input type="checkbox"/> Düzeltme gereklidir.
3.	<input type="checkbox"/> Red.


  
Prof. Dr. Yasemin BALCI  
(Başkan)

  
Prof. Dr. Nazan TUĞAY

  
Prof. Dr. Feraiz ÖZTÜRK

(izimli)  
Prof. Dr. Nilgün TURHAN

(izimli)  
Prof. Dr. Erşan KARABABA

  
Prof. Dr. Mümtaz NAZLI  
(Yedek Üye)



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELER KURUMU  
Muğla İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 31261031 - 020/  
Konu: Tez Çalışması

MUĞLA İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ

İDARI HİZMETLER  
BAŞKANLIĞI  
Kayıt Tarihi : 11.09.2015  
10:18:18  
- 2592



GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

İlgi: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının 21.07.2015 tarih ve 28677689-302.08.00.00-2309/11694 sayılı yazısı.

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalında öğrenim gören ekli listede tez konuları, çalışma süreleri ve isimleri belirtilen öğrencilerin Tez çalışmalarını 2015-2016 Eğitim- Öğretim Yılı Güz yarıyılında listede belirtildiği gibi Birliğimize bağlı Hastanelerimizde yürütebilmeleri hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

Dr. Oğuz ÖKSÜZLER  
İdari Hizmetler Başkanı

Ek: 28 Sayfa

OLUR  
.../09/2015

Dr. Rıza Murat HİMOĞLU  
Genel Sekreter



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Muğla İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı:31261031-774.99  
Konu: Tez Çalışması

MUĞLA İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ

İDARİ HİZMETLER  
BAŞKANLIĞI  
Kayıt Tarihi : 16.09.2015 /  
09:11:24  
- 12121



.....M.S.K.Ü.E.A.H..... HASTANESİNE

İlgi: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının 21.07.2015 tarih ve 28677689-302.08.00.00-2309/11694 sayılı yazısı.

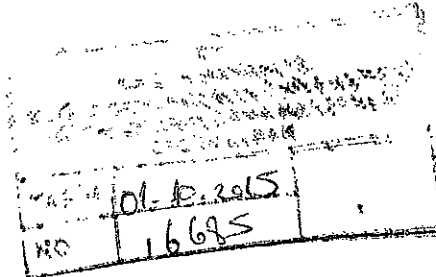
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalında öğrenim gören ekte adı geçen öğrencilerin, listede belirtilen çalışma tarihleri arasında Hastanenizde tez çalışmalarını yapabilmeleri için alınan Onay yazımız ekinde gönderilmiştir. Bilgilerinize ve gereğini rica ederim.

Dr. Oguz ÖKSÜZLER  
İdari Hizmetler Başkanı

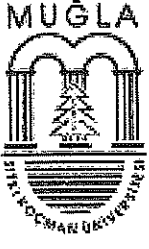
Ek: 20 Sayfa

Dağıtım: M.S.K.Ü.E.A.H  
Marmaris Devlet Hastanesi

Eğilim Başarı



T.C.



**MUĞLA SİTKİ KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**

**Sağlık Bilimleri Etik Kurulu Başkanlığı**

Sayı: 30265539-622.01.00.00-12/19669

21/12/2015

Konu: Talep ve Şikayetler

**Sayın Hilal ÖDEMİŞ**  
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

İlgi: 20/11/2015 tarihli dilekçe

Kurulumuzun 21.08.2015 tarihli toplantısında 2015-118 sayılı karar numarası ile Etik Kurul onayı almış olduğunuz “İnmeli Hastaların Primer Bakım Vericilerinin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi” adlı yüksek lisans tez çalışmasında kullanılacak olan kişisel bilgi formunda yer alan son iki maddenin kaldırılmış olduğu ve yerine Modofiyeye Barthel İndeksinin kullanılmasının düşünüldüğünü belirten ilgi dilekçeniz incelenmiş olup talebiniz Kurulumuzca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

**Prof.Dr. Yasemin BALCI**  
Kurul Başkanı



hanel@pau.edu.tr (hanel@pau.edu.tr) Kişiler ekle 23.06.2015

Kime: hilal.odemis \*

Sayın Ödemis,

Türke gezerlik ve güvenirlilik calismasini yaptigimiz "Bakim Verme Yuku Öçeğini" kullanma isteginiz bizi cok memnun etti. teşekkür eder, calismalarinizda basarihar dileriz. kaynak olarak asagidaki makaleyi gösteretkirsiniz.

İnci F.H., & Erdem M. (2008). Bakim Verme Yuku Öçeğinin Türkeye Uyarlamasi Gezerlik ve Güvenirliligi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(4): 85-95

Öğr. Gör. Dr. Fadime Hatice İnci  
Yard. Doç. Dr. müyesser ERDEM

Fadime Hatice İnci  
Pamukkale Üniversitesi  
Dental Sağlık Yüksekokulu  
Denizli/TÜRKİYE



hilal.odemis 23.06.2015

Kime: hanel@pau.edu.tr \*

mr.ben hilal odemis muğla üniversitesinde yuksokulisanis yapmaktayim.türkeye uyanadiginiz ZARITIN BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEğİNİ bi araştırmamda kullanmak istiyorum  
İznilinizi alabilmem için ne yapmalıyım yardimına olursanız çok teşekkür ederim

Eylemler v

Eylemler v



Sıfır

deneyimle

ayda

42000

ak gair

kazaniyorum

