



T.C.

**SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İNME Lİ BİREYLERE BAKIM VERENLERDE BAKIM YÜKÜ
VE MERHAMET DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Hatice ERDEM

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI**

SIVAS- 2019

T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İNME Lİ BİREYLERE BAKIM VERENLERDE BAKIM YÜKÜ
VE MERHAMET DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Hatice ERDEM

YÜKSEK LİSANS TEZİ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Tülay KARS FERTELLİ

SİVAS- 2019

“İnmeli Bireylere Bakım Verenlerde Bakım Yüğü ve Merhamet Düzeyi Arasındaki İlişki” adlı **Yüksek lisans** Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **İç Hastalıkları Hemşireliği** Ana Bilim Dalında **Yüksek lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Prof.Dr.Mukadder MOLLAOĞLU

Üye

Dr.Öğr.Üyesi Özlem CEYHAN

Üye (Danışman)

Dr.Öğr.Üyesi Tülay KARS FERTELLİ

ONAY

Bu tez çalışması, 29/05/2019 Tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

TEŞEKKÜR

Tüm yüksek lisans eğitim sürecinde ve tez çalışmamda bilgi, beceri ve deneyimlerini benimle paylaşarak, araştırmanın planlaması, yürütülmesi ve sonlandırılmasındaki katkısı, sabrı ve anlayışı için tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Tülay KARS FERTELLİ'ye;

Araştırmanın uygulanması sırasında bana destek veren Yozgat Şehir Hastanesi Nöroloji Servisi hemşireleri, doktorları ve çalışanlarına;

Tez çalışmasına gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve kıymetli zamanlarımı ayıran tüm inmeli birey ve bakım verenlerine;

Hayatımın her anında yanımda olan, beni her konuda cesaretlendiren, destekleyen annem Hidayet Erdem, babam İbrahim Erdem ve kardeşlerime;

Eğitimim sürecinde üzerinde emeği olan kıymetli hocalarıma, desteklerini esirgemeyen çalışma arkadaşlarıma sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

İNME Lİ BİREYLERE BAKIM VERENLERDE BAKIM YÜKÜ VE MERHAMET DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Hatice ERDEM

Yüksek Lisans Tezi

İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Tülay KARS FERTELLİ

2019, 110 sayfa

Bu araştırma, inmeli bireylere bakım verenlerde bakım yükü ve merhamet düzeyi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı ilişki arayıcı özellikte olan araştırma 01 Mart - 30 Aralık 2018 tarihleri arasında Yozgat Şehir Hastanesi Nöroloji Servisi'nde yatan ve araştırmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan 280 inmeli birey ve 280 bakım vereni üzerinde yapılmıştır.

Çalışma verileri, Hasta Tanıtım Formu, Bakım Veren Tanıtım Formu, Merhamet Ölçeği (MÖ), Bakım Verme Yükü Ölçeği (BVYÖ) ve Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAI) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizi bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 22 programı kullanılarak yapılmıştır.

Çalışmada inmeli bireylere bakım verenlerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamaları 34.30 ± 17.42 olup yarısına yakınının (%45.4) orta düzeyde yük yaşadığı belirlenmiştir. Merhamet ölçeği puan ortalamaları ise 3.71 ± 0.85 olarak orta düzeyde belirlenmiştir. Bakım Verme Yükü Ölçeği ile Merhamet Ölçeği toplam puanı arasında negatif yönde yüksek düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerinden yaş, eğitim durumu, sosyal güvencesi, gelir durumu, kronik hastalık varlığı, hasta ile birlikte yaşama durumu, bakım verme süresi, hastalık ve bakım verme hakkında bilgi alma durumu, bakım vermede kendisini yeterli görme durumu, bakım verirken başka bireyden yardım alma durumu, bakmakla yükümlü olduğu başka kişi/kişilerin varlığı, bakım verirken fiziksel, psikolojik ve bilişsel sorun yaşama durumunun bakım yüküne ve merhamet düzeyine etkisi olduğu saptanmıştır. Ayrıca inmeli bireylerin tanıtıcı özelliklerinden

yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, inme tanısı aldığı süre, inme geçirme sayısı, inme tipi, inme dışında başka bir kronik hastalık varlığı ve inmeli bireyin bağımlılık düzeyinin bakım verenlerin bakım yükünü ve merhamet düzeyini etkilediği belirlenmiştir.

Sonuç olarak, inmeli bireylere bakım verenlerin bakım yüklerinin ve merhamet düzeylerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bakım yükü ile merhamet düzeyi arasında ters bir ilişki olduğu, inmeli bireylere bakım verenlerin bakım yükü artıkça merhamet düzeyinin azaldığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda bakım verenlerin bakım yükü, merhamet düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve bakım verenlerin yükünü azaltacak, merhamet düzeylerini yükseltecek eğitim ve danışmanlık programlarının düzenlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnme, Bakım Veren, Bakım Yükü, Merhamet

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE CAREBURDEN IN CAREGIVERS TO STROKE PEOPLE AND THE LEVEL OF MERCY

Hatice ERDEM

Postgraduate Thesis

Department of Internal Diseases Nursing

Supervisor: Assistant Professor Tülay KARS FERTELLİ

2019, 110 pages

This study was carried out to evaluate the relationship between the care burden and the level of mercy in caregivers for patients with stroke. The research which has a feature of seeking for descriptive relationship was conducted on 280 patients with stroke who met the inclusion criteria of the study and hospitalized in the Yozgat City Hospital Neurology Department and on 280 caregivers.

The study data were collected by using the Patient Presentation Form, Caregiver Presentation Form, Compassion Scale (CS), Caregiving Burden Scale (CBS) and Barthel Daily Living Activities Index (BDLAI). Data analyses were performed by using SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 22 program.

Throughout the study, the mean score of the Caregiving Burden Scale was 34.30 ± 17.42 and it was found that almost half of them (45.4%) experienced moderate burden. The mean score of compassion scale was found to be 3.71 ± 0.85 , which is at moderate level. It was also revealed that there is a high, negative and significant correlation between the total scores of the Caregiving Burden Scale and the Compassion Scale.

Among the descriptive characteristics of caregivers, age, educational status, social security, income status, presence of chronic illness, status of living with the patient, duration of caregiving, getting information about illness and caregiving, self-sufficiency in giving care, receiving help from another person while giving care, the presence of other dependents and the status of having physical, psychological and

cognitive problems while giving care were found to have an effect on care load and compassion level. In addition, among the descriptive features of patients with stroke, age, marital status, educational status, working status, income status, duration of stroke diagnosis, number of stroke, type of stroke, presence of another chronic disease other than stroke, and dependence level of patients with stroke were also found to have effect on care load and compassion level of caregivers.

As a result, care burden and compassion levels of caregivers who give care for patients with stroke were found to be at moderate level. It was also found out that there is an inverse relationship between care burden and compassion level, and the level of compassion decreases as the care burden of caregivers increases. In accordance with these results, it is recommended to determine the caregivers' care burden, compassion level and affecting factors and to arrange training and counseling programs that reduce caregiver burden and increase compassion levels for caregivers.

Key Words: Stroke, Caregiver, Care Burden, Compassion

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLolar DİZİNİ	xii
KISALTMALAR/SİMGELER DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Tanımı.....	4
2.2. Epidemiyolojisi	4
2.3. İnmenin Sınıflandırılması	5
2.4. Risk Faktörleri.....	6
2.4.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri.....	6
2.4.2. Değiştirilebilen Risk Faktörleri	7
2.4.2.1. Kesinleşmiş Faktörler.....	7
2.4.2.2. Kesinleşmemiş Faktörler.....	10
2.5. İnme Patofizyolojisi.....	12
2.6. İnmede Görülen Belirti ve Bulgular	12
2.7. İnmede Tanı Yöntemleri.....	13
2.8. İnme Tedavisi.....	14
2.8.1. Genel Tedavi.....	14
2.8.2. Spesifik Tedavi	14
2.8.2.1. İskemik İnme Tedavisi.....	15
2.8.2.1.1. İntravenöz Trombolitik Tedavi	15
2.8.2.1.2. Antikoagülan Tedavi	15
2.8.2.1.3. Antiagregan Tedavi	15
2.8.2.1.4. Endovasküler Girişimsel Tedavi.....	16
2.8.2.2. Hemorajik İnme Tedavisi.....	16

2.9. Bakım Verme ve Bakım Yüğü İle İlgili Kavramlar	16
2.9.1. Bakım Verme/Bakım Verici	16
2.9.2. Bakım Yüğü	17
2.10. Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlükler	18
2.10.1. Fiziksel Güçlükler	18
2.10.2. Duygusal Güçlükler.....	18
2.10.3. Ekonomik ve İş İle İlgili Güçlükler	19
2.11. Bakım Verme Yüğüne Etkileyen Faktörler	19
2.12. İnmeli Bireylere Bakım Verenlerde Bakım Yüğü.....	20
2.13. Merhamet Kavramı.....	21
2.14. Merhamet ve Bakım	22
2.15. Konunun Hemşirelik Açısından Önemi.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Tipi	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	25
3.5. Veri Toplama Formları.....	25
3.5.1. Bakım Veren Tanıtım Formu.....	26
3.5.2. Hasta Tanıtım Formu	26
3.5.3. Bakım Verme Yüğü Ölçeği (BVYÖ).....	26
3.5.4. Merhamet Ölçeği (MÖ).....	26
3.5.5. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAI)	27
3.6. Veri Toplama Formlarının Uygulanması.....	27
3.7. Veri Toplama Formlarının Değerlendirilmesi	28
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu.....	28
4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA.....	42
5.1. Bakım Verenlerin BVYÖ ve MÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması	42
5.1.1. Bakım yüğü.....	42
5.1.2 Merhamet.....	43

5.2. Bakım Verenlerin Bazı Özellikleri ile BVYÖ ve MÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması	44
5.3. İnmeli Bireylerin Bazı Özellikleri İle BVYÖ ve MÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması	48
5.4. BVYÖ ve MÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	52
6.1. Sonuçlar	52
6.2. Öneriler	53
KAYNAKLAR	55
EKLER	72
Ek-1. Bakım Veren Tanıtım Formu	72
Ek-2. Hasta Tanıtım Formu	75
Ek-3. Zarit Bakım Yüğü Ölçeği	77
Ek-4. Merhamet Ölçeği	79
Ek-5. Modifiye Barthel İndeksi	81
Ek-6. Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur Formu	87
Ek-7. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Karar Formu	90
Ek-8. Kurum İzin Belgeleri	92
ÖZGEÇMİŞ	96

TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları (n=280).....	29
Tablo 4.2. Bakım Verenlerin Bakım Vermeye İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımları (n=280).....	30
Tablo 4.3. İnmeli Bireylerin Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımları (n=280).....	32
Tablo 4.4. Bakım Verenlerin BVYÖ Puan Ortalamaları (n=280).....	34
Tablo 4.5. Bakım Verenlerin MÖ Puan Ortalamaları (n=280).....	35
Tablo 4.6. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerinin BVYÖ ve MÖ Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.7. Bakım Verenlerin Bakım Vermeye İlişkin Özelliklerinin BVYÖ ve MÖ Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.8. İnmeli Bireylerin Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerinin Bakım Verenlerin BVYÖ ve MÖ Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.9. BVYÖ, MÖ ve BGYAİ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkisi.....	40
Tablo 4.10. BVYÖ, MÖ ve BGYAİ Puanlarının Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi	41

KISALTMALAR/SİMGELER DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SVO	: Serebrovasküler Olay
GİA	: Geçici İskemik Atak
DALY	: Disability Adjusted Life Year
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
HT	: Hipertansiyon
DM	: Diyabetes Mellitus
AF	: Atrial Fibrilasyon
STOP	: Stroke Prevention Trial in Sickle Cell Anemia
HDL	: Yüksek Dansiteli Lipoprotein
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
NCEP	: The National Cholesterol Education Program
CRP	: C-reaktif protein
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
LP	: Lomber Ponksiyon
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
EKG	: Elektrokardiyografi
HbA1c	: Hemogloblin A1c
rtPA	: Rekombinant Doku Plazminojen Aktivatörü
FDA	: Food and Drug Administration
ASA	: Asetil Salisilik Asit
INR	: International Normalized Ratio-Uluslararası Düzeltme Oranı
ANA	: American Nurses Association
ICN	: International Council of Nurses
BVYÖ	: Bakım Verme Yüğü Ölçeğı
MÖ	: Merhamet Ölçeğı
BGYAI	: Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnme, özürllükte birinci, ölüm sebepleri arasında üçüncü sırada yer alan önemli bir sağlık problemidir (WHO, 2016). Dünyada yılda yaklaşık on beş milyon kişi inme geçirmekte, beş milyon kişi inme nedeni ile yaşamını kaybetmekte ve beş milyon kişide kalıcı hasar meydana gelmektedir (WHO, 2014). İnmeye bağlı olan mortalite ve özürllüğün 2020 yılında 61 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (Lackland ve ark., 2012).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) İnmeyi; “hızla gelişen serebral işlevlerin fokal veya global bozukluğuna bağlı klinik bulgular olup, 24 saat veya daha uzun sürmesi veya ölüm gelişmesi” olarak tanımlamaktadır (WHO, 2016). İnme sonrası kas gücü, hareket, enerji, uyku, hafıza gibi vücut fonksiyonlarında; konuşma, hareket etme, giyinme, öz-bakım, yemek yeme gibi günlük aktivitelerde; ev işlerini yapabilme, kendine yemek hazırlama gibi aktivitelere katılım düzeylerinde sorunlar oluşabilmektedir (Topçu ve Oğuz, 2017). İnme erişkinlerdeki uzun dönem özürllüğünün en önemli nedenidir (Şirzai ve ark., 2015).

İnme geçiren hastaların %50’si iyileşerek ya da hafif kısıtlılıklar ile taburcu olmakta, %20’si hastanede yaşamını yitirmekte ve %30’u ciddi veya kalıcı hasar nedeni ile bakıma ihtiyaç duymaktadır (Topçu ve Oğuz, 2017). Bu bakım ihtiyacı ise genellikle aile üyeleri tarafından karşılandığından, inme bir aile hastalığı olarak tanımlanmaktadır (Aşiret ve Kapucu, 2012; Visser-Meily ve ark., 2006). Aile üyeleri bakım veren kişi olarak önemli sorumluluklar almaktadırlar. Bu sorumluluklar hastanın beslenme, giyinme, banyo yapma, hareket etme gibi günlük yaşam aktiviteleri; yemek hazırlama, alışveriş, ev idaresi, ev bakımı, ulaşım, ilaç yönetimi, sağlık ekibi ile iletişim, koordinasyon ve diğer aile üyelerinin ihtiyaçlarının karşılanması olarak sıralanabilir (Kalınkara ve Kalaycı, 2017). Belirtilen bu sorumluluklar bakım verenlerin bakım yükü yaşamalarına neden olabilmektedir (Tuncay ve Fertelli, 2019; Kalav ve Yurtsever, 2019).

Literatürde bakım yükü, “bakım verenin üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı psikolojik, fiziksel, ekonomik ve sosyal problemler, aile ilişkilerinin bozulması ve

kontrolün kendisinde olmadığı duygusu yaşama gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlar” şeklinde tanımlanmaktadır (Tuncay ve Fertelli, 2019; Imarhiagbe ve ark., 2017). Bakım yükü bakım verenin kendi ihtiyaçlarını ertelemesine sebep olmakta ve kişilerarası ilişkilerde azalma, fiziksel sağlıkta bozulma, stres, depresyon, davranışsal ve bilişsel problemler, aile içi çatışmalar gibi olumsuz sorunlara yol açmaktadır (Imarhiagbe ve ark., 2017; Avcı ve ark., 2016). Yaşanan bu sorunlar bireyin yaşam kalitesinin azalmasına (Yeşil ve ark., 2016; İnci ve ark., 2017) ve merhamet duygusunda değişim yaşamasına neden olabilmektedir (Cingi ve Eroğlu, 2018; Lynch ve ark., 2018; Day ve ark., 2014).

Merhamet; başkasının acısını giderme isteğini, acının kaynağını anlamayla ilgili bilişsel süreci ve merhametli eylemlerde bulunmakla ilgili davranışsal süreci içerisinde barındırır. Merhamet en genel tanımıyla yardıma muhtaç olan kişilere karşı duyulan yardım etme isteğidir (Akdeniz ve Deniz, 2016; Pommier, 2011). Merhamet, başkalarıyla yakın bağlar kurmayı kolaylaştıran bir duygu olarak, ilişkisel anlayış ve eylem yoluyla bir kişinin acı ve ihtiyaçlarını gidermeyi amaçlar (Sinclair, 2016; Shiota ve ark., 2006). Bakım verenlerin bakım alana karşı gösterdiği davranışları etkileyen merhamet duygusu bu nedenle oldukça önemlidir.

Son yıllarda merhamet sağlık alanında giderek ilgi gören bir konu olmaktadır (Crawford ve ark., 2014). Çünkü merhamet bakımın kalitesini artırmakta, bakımın bireysel, uygun, doğru verilmesini ve olumlu sonuçlar alınmasını sağlamaktadır (Sinclair ve ark., 2016; Fotaki, 2015; Shea, 2015). Merhametin hastalar üzerindeki etkisi üzerine yapılan çalışmalarda, merhametin hastaları rahatlattığı, tedavi sürecini kolaylaştırdığı ve fiziksel sağlıklarına olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir (Cingi ve Eroğlu, 2018; Dalgacı ve Gürses, 2018). Hastaların bakım verenleriyle yapılan çalışmalarda da merhametli bakım verenlerin daha az bakım yükü yaşadığı ve merhamet sahiplerine pozitif ruh hali, azalmış depresif semptomlar, artan benlik saygısı ve öznel iyi oluş gibi psikolojik faydalar sağladığı bulunmuştur (İşgör, 2017; Monin ve ark., 2015; Mongrain ve ark., 2010; Hutcherson ve ark., 2008). Bu önemli etkilerinden dolayı bakımın ahlaki temeli için gerekli olan merhamet hastalar, aileler ve klinisyenler tarafından yüksek kaliteli bakımının temel taşlarından biri olarak kabul edilmektedir (Fotaki, 2015; Sinclair ve ark., 2016). Son yıllarda merhamete ilişkin çalışmaların arttığı ve genel olarak konunun sağlık çalışanlarında araştırıldığı

görülmektedir (Alkan ve ark., 2019; Özan, 2019; Seven ve ark., 2019; Arlı ve Balkan, 2018; Çingöl ve ark., 2018; Çınar ve ark., 2018; Cingi ve Eroğlu, 2018; Henderson ve Jones, 2017; Kleiner ve Wallace, 2017). Buna karşın merhamet konusunda bakım veren aile üyelerine ilişkin çalışmalar yok denecek kadar azdır (Schulz ve ark., 2016; Monin ve ark., 2015). Oysa aile üyesine bakım vermenin profesyonel bakım verme ile benzer olduğu ve her iki bakımında merhamet üzerine kurulduğu belirtilmektedir (Perry ve ark., 2010).

Literatür incelendiğinde inmeli bireye bakım verenlerde bakım yükü ile ilgili bir çok çalışma bulunmaktadır (Hu ve ark., 2018; Caro ve ark., 2018; Yılmaz ve ark., 2018; Erkan, 2017; Imarhiagbeve ark., 2017; Han ve ark., 2017; Yılmaz ve Ata, 2017; Şirzai ve ark., 2015). Fakat ulaşılabilen literatürde inmeli bireylere bakım verenlerde merhametin araştırılmadığı ve bu iki faktör arasındaki ilişkinin incelenmediği görülmektedir (Blair ve Beth, 2017; Lynch ve Lobo, 2012). Konuyla ilgili yapılacak çalışmalar, bakım verme rolünü üstlenen bakım verenlerin bütüncül olarak ele alınmasına, bu bireylerde bakım yükü, merhamet düzeylerinin değerlendirilmesine ve aradaki ilişkinin incelenmesini sağlayarak; hem bakım verenlerin hem de hastaların iyilik halini olumlu etkilemesine katkı sağlayacaktır.

1.2 Araştırmanın Amacı

Araştırma inmeli bireylere bakım verenlerde bakım yükü ve merhamet düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlamasına göre inme ya da serebrovasküler olay (SVO); vasküler nedenler dışında belirgin bir neden olmaksızın, 24 saatten uzun süren ya da kısa süre içinde ölümle sonlanabilen, serebral fonksiyon kaybını gösteren bulguların oluşması ile karakterize klinik bir durumdur. Bir başka bir tanıma göre ise inme, beyin kan damarlarının oklüzyonu veya rüptürü sonucu ortaya çıkan, motor kontrol kaybı, duyu değişikliği, kognitif bozukluk, konuşma bozukluğu veya koma gibi nörolojik defisitlerle karakterize travmatik olmayan bir beyin hasarudur (WHO, 2016). Bu tanımlamayla 24 saatten az süren fokal nörolojik belirti ve bulgular olarak tanımlanan geçici iskemik atak (GİA), travma, zehirlenme, tümör subdural ve epidural hematomlar dışlanmaktadır (WHO Steps Stroke Manual, 2006). İnme olarak bilinen bu rahatsızlığın diğer adları; felç, stroke, serebrovasküler hastalık, beyin krizi ve apopleksidir (Avcı ve ark., 2016).

2.2. Epidemiyolojisi

İnme insidansı bölgeler arasında farklılık göstermekle birlikte aynı ülkedeki insanlar arasındaki ırk ve yerleşim bölgelerine göre de farklılık göstermektedir. Yaş arttıkça inmeli hasta sayısı artış göstermekte olup altmış yaşın üzerinde inme prevalansı batı toplumunda 500-600/100.000, Asya ülkelerinde ise 900/100.000 olarak bildirilmektedir. İnmeli hastaların %75 kadarı ise 65 yaş üzeridir (Kumral, 2011). Son 20 yılda yapılmış olan çalışmalarda inme insidansının 1-3/1000 ve prevalansının 6/1000 olduğu söylenebilir (Altun ve ark., 2018). Erkeklerde 55-64 yaş arasında inme insidansı kadınlara göre 2-3 kat fazla iken ileri yaşlarda bu fark azalmaktadır (Yıldız ve ark., 2013).

Akut inmeye bağlı mortalite ve morbidite oranları yüksek olmasına rağmen ülkemizde inme hastalarıyla ilgili epidemiyolojik, demografik ve klinik özellikleri inceleyen çalışma sayısı oldukça azdır (Altun ve ark., 2018). Sağlık Bakanlığı ve Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü'nün 2002-2004 yılları arasında yapmış olduğu Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması'na göre; ölüm nedenlerinde birinci sırada %21.7 ile iskemik kalp hastalığı, ikinci sırada %15 ile serebrovasküler hastalıkları yer

almaktadır. Türkiye’de ulusal düzeyde sakatlığa ayarlanmış yaşam yılı kaybına (Disability Adjusted Life Year-DALY) neden olan ilk 10 hastalık içerisinde yer alan serebrovasküler hastalıklar %5.9 ile üçüncü sırada yer almaktadır. Erkeklerde iskemik kalp hastalığı (%8.9), perinatal nedenler (%8.8) ve serebrovasküler hastalıklar (%6.3) ilk üç sırayı alırken, kadınlarda ise perinatal nedenler ilk sıraya geçmekte (%8.9), ikinci sırada iskemik kalp hastalığı (%6.9) ve üçüncü sırada ise serebrovasküler hastalıklar (%5.5) yer almaktadır (Ünüvar ve ark., 2006). Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) 2018 verilerine göre ise, dolaşım sistemi kaynaklı ölümlerin %22.4’ünü serebrovasküler hastalıklar oluşturmaktadır (TUİK, 2018).

2.3. İnmenin Sınıflandırılması

İnme etyolojisine yönelik ilk sınıflandırmalar, genellikle lezyonun patolojisine göre yapılmış olup tüm inmeler iskemik ve hemorajik olmak üzere iki ana gruba ayrılmıştır. Daha sonraki yıllarda gelişen teknolojiler eşliğinde (nöroradyoloji, biyokimya vb) yeni sınıflamalar yapılmıştır (Şahan ve ark., 2010).

İnmelerin yaklaşık %87’si iskemik gelişirken, %13’ünü hemorajik inmeler oluşturur. Hemorajik inmelerin ise %3’ü subaraknoid kanamalar, %10’u ise intraserebral kanamalardır (Mozaffarian ve ark., 2016). Ülkemizde ise Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği’nin, Türk Çok Merkezli Strok Çalışması verilerine göre tüm inmelerin %71.2’si iskemik inme, %28.8’i hemorajik inmedir (Altun ve ark., 2018).

-İskemik İnme: İskemik inme, beyin kan akımının tromboz, emboli, vazokontrüksiyon gibi lokal ya da akciğer, kalp hastalığı gibi genel nedenlerle birden bozulması sonucu ani bilinç kaybıyla karakterize beyin atağı olarak tanımlanan bir durumdur (Uğur, 2013).

-Hemorajik İnme: Hemorajik inme, yalnızca vasküler bir olay sonucunda meydana gelen, travmatik olmayan ve merkezi sinir sisteminde hasara neden olan intrakraniyal kanamalardır. Hemorajik inme yüksek mortalite ve morbiteye neden olan bir durum olup birincil nedeni hipertansiyon olmakla birlikte, serebral amiloid anjiyopati ve antikoagülan tedavi de hemorajik inmeye neden olabilmektedir.

Hemorajik inme kaynaklandığı yere göre intraserebral ve subaraknoid olmak üzere iki şekilde görülmektedir (Melek ve ark., 2015).

Intraserebral Kanama: Birincil olarak beyin dokusu (serebrum, serebellum, beyin sapı) içine kanamaları içeren beyin damar hastalığı tipidir. İntraserebral kanamada klinik kötüleşme iskemik inmeye göre tipik olarak daha ani gelişir; bilinçte bozukluk, baş ağrısı, bulantı, kusma daha sıktır (Gürol, 2010). Ağır klinik bulgulara yol açmayan küçük hematomlar dışında, mortalite oldukça yüksek olup, %70'lere kadar çıkmaktadır (Balkan, 2009).

Subaraknoid Kanama: Subaraknoid kanama, bir travma olmaksızın subaraknoid aralığa kanama olması sonucunda hızla gelişen nörolojik fonksiyon bozukluğu belirtileri ve/veya baş ağrısı olarak tanımlanır (Melek ve ark., 2015). Subaraknoid kanamanın sıklıkla görülen klinik belirtileri; daha önce deneyimlenmemiş ciddi baş ağrısı, ense sertliği, bulantı, kusma ve bilinç bozukluğu olup, fokal nörolojik defisit genellikle bulunmaz. Hastalığa bağlı ölüm oranı, %30-70 olup, yaşayan hastalarda önemli sekeller bırakır (Balkan, 2009).

2.4. Risk Faktörleri

Bir hastalığın oluşmasında yatkınlık yaratan etkenler risk faktörü olarak tanımlanır (Çoban, 2009). Bu risk faktörleri incelendiğinde, bazı risk faktörlerinin kalıtsal, bazılarının ise çevresel ve kişinin yaşam şekli ile ilişkili olduğu göz önüne alınarak, inme risk faktörleri değiştirilemeyen ve değiştirilebilir risk faktörleri olarak sınıflandırılmaktadır. Başka bir sınıflandırma şeklinde ise, tedavi edildikleri takdirde inme insidansının azalacağı belirlenen risk faktörleri “kesinleşmiş risk faktörleri” olarak ele alınırken, diğer risk faktörleri ile etkileşimleri nedeni ile daha az nedensellik gösteren risk faktörleri ise “kesinleşmemiş risk faktörleri” olarak ele alınmaktadır (Midi ve Afşar, 2010).

2.4.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Yaş: Genel olarak inme insidansı yaşla birlikte artmaktadır. İnme geçirenlerin yaklaşık dörtte üçü 65 yaşın üzerindedir. 55 yaşından sonra her on yılda bu risk iki

katına çıkmaktadır (Boehme ve ark., 2017; Minnerup ve ark., 2013; Goldstein ve ark., 2006).

Cinsiyet: İnme, erkeklerde kadınlara göre daha fazla görülmekle birlikte, inme sonrası mortalite oranı kadınlarda daha yüksektir (Şahin ve ark., 2015; Boehme ve ark., 2017; Minnerup ve ark., 2013). Cinsiyetin inme riski ile ilişkisi yaşa bağlıdır. Genç yaşlarda, kadınlar erkekler kadar ya da onlardan daha fazla inme riskine sahiptir. Bu durum kontraseptif kullanımı, hamilelik ve doğum sonrası duruma ilişkin risklerin yanı sıra diğer hormonal faktörlere bağlı olabilir. Ancak erkekler için risk ileri yaşlarda daha yüksektir (Boehme ve ark., 2017; Midi ve Afşar, 2010).

İrk: Zencilerde beyazlara göre inme insidansı daha yüksek saptanmış olup bunun nedeni olarak hipertansiyon, diyabet ve obezite gibi risk faktörlerinin daha sık görülmesi gösterilmiştir (Boehme ve ark., 2017; Midi ve Afşar, 2010; Goldstein ve ark., 2006).

Aile Öyküsü\Genetik: İkizlerle yapılan çalışmalar da monozigot ikizlerin inme riski, dizigot ikizlere göre 5 kat daha yüksek bulunmuş olup inmenin ailesel geçişini desteklemektedir. Günümüzde kalıtım genellikle değiştirilemeyen bir risk faktörü olarak kabul edilmekte ancak genetik tedaviler bunu gelecekte değiştirebilir (Boehme ve ark., 2017; Midi ve Afşar, 2010).

Ailede İnme ya da Geçici İskemik Atak (GİA) Öyküsü: Daha önce inme geçirmiş bir kişide tekrar inme geçirme riski, geçirmemiş kişiye göre daha fazladır. GİA inme habercisi olup, bir ya da daha fazla sayıda GİA geçiren kişi, aynı yaş ve cinsiyetteki bir kişiye göre yaklaşık 10-20 kat artmış inme riski taşımaktadır (Midi ve Afşar, 2010).

2.4.2. Değiştirilebilen Risk Faktörleri

2.4.2.1. Kesinleşmiş Faktörler

Hipertansiyon (HT): Hipertansiyon hem iskemik hem de hemorojik inme için kesinleşmiş risk faktörleri arasındadır. Hipertansif olarak tanımlanmayanlarda bile, kan basıncı ne kadar yüksek olursa, inme riski de o kadar yüksektir. Kan basıncı ile inme arasında doğrusal ve sürekli bir ilişkinin olduğu ve hipertansiyon tedavisinin inme riskini azaltmada büyük bir öneme sahip olduğu bilinmektedir (Boehme ve

ark., 2017; Kamışlı ve Tecellioğlu, 2016; Rothwell ve ark., 2010; Goldstein ve ark., 2006).

Sigara: Ateroskleroz ve damarda trombüs oluşumuna neden olduğundan dolayı sigara iskemik inme için güçlü bir risk faktörüdür (Weissenberger, 2013). Ayrıca sigaranın subaraknoid kanama riskinde 2-4 kat artışa neden olduğu çalışmalarla ortaya konulmuştur (Kamışlı ve Tecellioğlu, 2016). Aktif sigara içmenin yanı sıra pasif içicilik de akut inme riskini arttırmaktadır (Boehme ve ark., 2017).

Diyabetes Mellitus (DM), Hiperinsulinemi, Glikoz İntoleransı: Diyabeti olan hastalarda inme riski iki kat artmaktadır ve diyabetle ilişkili ölümlerin yaklaşık %20'sini inme oluşturmaktadır (Boehme ve ark. 2017). Diyabetik hastalarda azalmış insülin salınımı, ateroskleroz riskini artırmakta ve serebral küçük damarlarda oklüzyonlara yol açmaktadır. Diyabeti olan hastalarda iskemik inme riski artarken, hemorajik inme riskine artış olmadığı belirlenmiştir (Şahin ve ark. 2015). Diyabet, ateroskleroza yatkınlığın yanı sıra hipertansiyon, hiperlipidemi ve obezite gibi arterojenik risk faktörlerini artırır (Midi ve Afşar, 2010; Weissenberger, 2013). Ayrıca insülin direnci, santral obezite, bozulmuş glukoz toleransı ve hiperinsulinemi gibi diyabete özgü risk faktörlerinin akut inme ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Uzuner ve ark., 2015).

Kardiyovasküler Hastalıklar: İskemik inmelerin %20 sini kardiyoembolik inmeler oluşturmaktadır. İnmeye neden olan en önemli kalp hastalıkları arasında atrial fibrilasyon (AF) ile birlikte veya yalnız görülen mitral stenoz, dilate kardiyomyopati, valvüler kalp hastalıkları, intrakardiyak konjenital defektleri ve kardiyak tümörler yer almaktadır (Goldstein ve ark., 2006).

Asemptomatik Karotis Stenozu: Asemptomatik tarafta %50'den fazla karotis darlık sıklığı 65 yaş üzerindeki erkeklerde %7-10, kadınlarda ise %5-7'dir. Bu vakalarda yıllık inme riski %1-2 olarak bulunmuştur. Asemptomatik karotis stenozu olan hastalarda, stenoz oranı arttıkça inme riski de artmaktadır (Aşiret, 2011; Balkan, 2009).

Orak Hücreli Anemi: Otozomal dominant geçişli nadir bir hastalık olan orak hücreli anemi vakalarında inme prevalansı %11'dir (Şahin ve ark., 2015). Orak Hücre Anemisinde İnme Önleme Denemesi (Stroke Prevention Trial in Sickle Cell

Anemia-STOP) çalışmasında sık kan transfüzyonu ile inme riski yılda %10'dan %1'e düştüğü belirlenmiştir (Goldstein ve ark., 2006).

Dislipidemi: Koroner arter hastalığı ve ateroskleroz gelişimini hızlandırdığından dolayı total kolesterol seviyesinde artma ve yüksek yoğunluklu lipoprotein (High Density Lipoprotein-HDL) seviyesinde azalma, iskemik inmeye neden olan önemli risk faktörlerindedir (Boehmeve ark., 2017; Şahin ve ark., 2015; Balkan, 2009). Hemorajik inme ile total kolesterol arasında ters orantılı bir ilişki olduğunu kolesterol seviyesi düştükçe hemorajik inme riskinin arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Boehmeve ark., 2017).

Fiziksel İnaktivite: Fiziksel inaktivite inme de dahil olmak üzere birçok kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörüdür (Boehmeve ark., 2017). Fiziksel aktivitenin kan basıncı, diyabet ve vücut ağırlığına olan olumlu etkisinin, inme üzerinde koruyucu rol oynadığı düşünülmektedir. Biyolojik olarak ise plazma fibrinojen düzeyi ile platelet aktivitesini düşürmesine, doku plazminojen aktivatör aktivitesi ile HDL kolesterolünü arttırmasına dayanmaktadır (Kamışlı ve Tecellioğlu, 2016).

Diyet/Beslenme: Diyet; diyabet, hipertansiyon ve dislipidemi gibi inme risk faktörlerini etkiler. Düşük yağ tüketimi, akdeniz diyeti, meyve ve sebzelerle artmış diyet inme riskini azaltırken, yüksek sodyum, düşük potasyum alımının da inme riskini azalttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Özellikle bu elektrolitlerin kan basıncı üzerinde değişime yol açarak bu duruma neden olduğu düşünülmektedir (Boehmeve ark., 2017; Kamışlı ve Tecellioğlu, 2016; Şahin ve ark., 2015).

Obezite: Obezite; kan basıncında, aterojenik kan lipidlerinde ve glisemide artışa yol açarak inme riskini artırır (Boehmeve ark., 2017). Kilo durumunun geleneksel sınıflaması vücut kitle indeksine (VKİ) göre tanımlanmaktadır. $(VKİ = \text{Vücut ağırlığı(kg)} / [\text{boy(m)}]^2)$. VKİ'si 25-29.9 kg/m²'nin üstünde ise şişman, VKİ'i ≥ 30 kg/m²'nin üstünde olanlar ise obez olarak sınıflandırılır. Son dönemlerde abdominal obezite kavramı önem kazanmaktadır. Burada ya bel-kalça oranı ya da bel çevresi ölçümü kullanılmaktadır. Erkeklerde bel çevresi >102 cm (40 inç), kadınlarda >88 cm (35 inç)'in üzerinde olma abdominal obezite olarak kabul edilmektedir. Abdominal obezite ve vücut kitle indeksinin normalden yüksek olması inme riskinin artmasına neden olmaktadır (Midi ve Afşar, 2010).

Postmenapozal Hormon Tedavisi: Laboratuvar ve gözlemsel çalışmalar post-menapozal hormon tedavisinin kardiyovasküler hastalıklardan korunmada ve inmenin ciddiyetini azaltmada yararlı etkilerinin olduğunu göstermekte ise de, randomize çalışmalar bu tedavilerin zararlı olduğu sonucunu ortaya koymaktadır. İkincil korumada estradiol ile hormon tedavisinin tekrarlayan inme ve ölüm riskini azaltmadığı, özellikle de ilk 6 ayda riskin daha yüksek olduğu görülmüştür (Şahin ve ark., 2015; Midi ve Afşar, 2010).

2.4.2.2. Kesinleşmemiş Faktörler

Metabolik Sendrom: Metabolik sendromun her komponenti iskemik inme riskini artırmaktadır. Ulusal Kolesterol Eğitim Programı (The National Cholesterol Education Program-NCEP) tarafından şu altı kriterden üç veya daha fazlasının olması ile tanımlanmıştır:

- 1) Bel çevresinin erkeklerde 102 cm, kadınlarda 88 cm'den fazla olması,
- 2) Trigliserid seviyesinin >150 mg/dl olması,
- 3) HDL-kolesterolün erkekler için 40 mg/dl, kadınlar için 50 mg/dl olması,
- 4) Kan basıncının 130/85 mmhg üzerinde olması,
- 5) Açlık glukozunun 110 mg/dl olması ve
- 6) Hiperinsülinemidir (Midi ve Avşar 2010).

Alkol kullanımı: Hafif ve orta düzeyde alkol tüketimi, HDL-kolesterolü arttırarak, plazma fibrinojen konsantrasyonu ve platelet agregasyonunu azaltarak iskemik inmeden koruyucu etkiye sahip olmasına karşın, yüksek düzeyde alkol tüketimi ise hipertansiyon, aritmi ve hiperkoagülabilitateye yol açarak iskemik inme riskini arttırdığı belirlenmiştir. Yüksek düzeyde alkol tüketimi ise hemorajik inme için risk faktörü olarak gösterilmektedir (Balkan, 2009; Goldstein ve ark., 2011).

Hiperhomosisteinemi: Hiperhomosisteinemi, tromboembolik ve aterotrokslerotik hastalıklar, venöz tromboz için bir risk faktörüdür. Diyetle alınan B6, B12 ve folik asit kandaki homosistein düzeyi düşürmekte ancak inme riskini kesin olarak azalttığı gösterilememiştir (Şahin ve ark., 2015).

İlaç kullanımı ve bağımlılığı: Eroin, kokain, amfetamin ve ekstazi gibi bağımlılık yapan maddelerin kullanımı hem hemorajik hem de iskemik inme riski ile ilişkilidir. Bu maddelerin etkileri multifaktöriyel olup ani kan basıncı yüksekliği,

endokardite, serebral vazospazma, embolizasyona ve hematolojik bozukluklara yol açarak inmeye neden olabilir (Balkan, 2009; Silvestrelli ve ark., 2010; Boehmeve, 2017).

Hiperkoagulabilite: Hiperkoagülasyona yol açan trombofililer (protein C, protein S, anti-trombin III eksikliği, faktör V leiden mutasyonu, protrombin 20210 A mutasyonu ve antifosfolipid antikorları pozitifliği) venöz tromboza ve iskemik inmeye neden olabilir (Şahin ve ark., 2015; Midi ve Afşar, 2010).

Oral kontraseptif kullanımı: Oral kontraseptiflerden içerdikleri estradiol miktarı 50 mikrogramdan fazla olanların inme riskini artırdığı bilinmektedir. Bu nedenle, 35 yaş üzerinde olan, sigara içen, migren, HT, DM, hiperkolesterolemi tanısı olan, ailede inme öyküsü olan, koagülopatisi olan kadınlar yüksek riskli kabul edilip oral kontraseptif kullanmaları önerilmemektedir (Şahin ve ark.,2015; Balkan, 2009).

İnflamasyon ve Enfeksiyon: Serebral kan damarlarının endotel yüzeyindeki hasar intralüminal tromboz ve inme için bir risk faktörü olmaktadır. Bir akut faz reaktanı olan C-Reaktif Protein (CRP) seviyesi ile inme riski ilişkili bulunmuş ve yüksek CRP seviyelerinin inme riskini 2-3 kat arttırdığı belirlenmiştir (Midi ve Afşar, 2010; Balkan, 2009).

Migren: Migrenin iskemik inme için risk faktörü olduğu ve 55 yaşından genç kadın hastalarda, özellikle auralı migrenlilerde bu oranın daha yüksek olduğu bulunmuştur. Migrenin inmeyle ilişkisinde arka sistem dolaşımında serebral kan akımının, kan volümünün azalması, trombosit aktivasyon ve agregasyonunun artışı sorumlu tutulmaktadır (Şahin ve ark., 2015; Midi ve Afşar, 2010; Balkan, 2009).

Lipoprotein-a Artışı: Lipoprotein-a bir lipid-protein kompleksi olup, proaterojenik ve protrombotik özelliklerinden dolayı aterosklerotik damar hastalığı, koroner arter hastalığı ve inme için bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Morrisett, 2000).

Uykuda solunum bozuklukları: Obstrüktif uyku apnesi kişilerde inme riskini arttırmaktadır. Horlama genelde hipertansiyon kontrolünü güçleştirerek inme riskini arttırmaktadır. Uykuda solunum bozukluğu olan olgularda apnetik süreç, oksijen saturasyon düşüklüğü ve muhtemel kardiyak aritmilere (AF gibi) neden olmaktadır (Şahin ve ark., 2015).

2.5. İnme Patofizyolojisi

Hemorojik inme kan damarının rüptürü, iskemik inme ise tıkanması ile gelişen patolojik bir durumdur. Beyin iskemik toleransı sınırlı olan bir doku olup global iskemi sırasında, yani beyni besleyen bütün damarlarda kan akımı kesildiği zaman, iskemiye hassas bölgelerde dakikalar içerisinde kalıcı hasar meydana gelmektedir. Fokal iskemide ise geri dönüşsüz zedelenme saatler hatta günler içerisinde gelişmektedir. Bunun nedeni tıkanan damarın beslediği sahada beyin kan akımının kolaterallerce kısmen sürdürülmesidir. Normal kortikal kan akımı dakikada 60 ml/100gr beyin dokusu civarındadır. İnsan beyinde bir damar tıkanıdığı zaman, merkezdeki çekirdek bölgede kan akımı kritik seviyenin altına düşer ve doku hızla nekroza gider. İskemik çekirdeği çevreleyen bölgelerde ise kollateral damarlarca sağlanan ve periferik doğru gittikçe artış gösteren kan akımı bölgeleri bulunmaktadır. Eğer iskemik durum düzeltilmezse, birkaç saat içerisinde bu alanın nekroze olma durumu vardır. Kan akımının azaldığı ancak kalıcı hasarın henüz oluşmadığı “penumbra” adı verilen “kurtarılabilir doku” günümüzde tedavi yaklaşımlarının temel hedefini oluşturmaktadır (Balkan, 2009).

2.6. İnmede Görülen Belirti ve Bulgular

Nörolojik bulguların niteliği, inmenin tipine, etkilenen beyin bölgesine ve lezyon alanının büyüklüğüne bağlı olarak değişmektedir. İnme nedeni ile etkilenen beyin alanına bağlı olarak, fiziksel ve mental yetersizlikler hafif veya şiddetli olabilir. Bireylerde belirtiler, baş dönmesi ve konfüzyondan, duyu kayba, felce hatta ölüme kadar sıralanabilir. Beyin alanının sağ veya sol bölgesinin etkilenmesi birey üzerinde farklı etkilere yol açmaktadır. Beyin sol hemisferi, vücudun sağ tarafının duyu ve motor fonksiyonlarından sorumlu olduğundan burada meydana gelen lezyonlarda sağ hemipleji, sağduyu alanlarında kayıplar, apraksi, yavaşlamış, dikkatli davranış, hesap yapma ve analitik düşünmede yetersizlik, konuşma ve ifade bozukluğu gibi belirtiler görülür. Beyin sağ hemisferi ise vücudun sol tarafının duyu ve motor fonksiyonlarından sorumlu olduğundan burada meydana gelen lezyonlarda görülen belirtiler ise, sol hemipleji, sol duyu alanlarında kayıp, uzaysal- algısal kayıplar, artmış dalgınlık, karar vermede yetersizlik ve sol mekân ihmalidir (Ovayolu ve Ovayolu, 2016).

2.7. İnmede Tanı Yöntemleri

İNme tanısı, nörolojik bulgulardan elde edilen bilgi ve nörolojik görüntülemeye sağlanan bulguların bir araya getirilmesiyle konulmaktadır (Uzuner ve ark., 2015).

- I. **Anamnez:** İnmenin başlangıcı, hangi belirtilerin ortaya çıktığı ve ne kadar süredir devam ettiği, bulgularının nasıl seyir gösterdiğini değerlendirilmek için önemlidir. Anamnezde alınacak en önemli bilgi, belirtilerin ortaya çıkış zamanı olup bu bilgiyi veremeyen veya inme belirtileriyle uyanan hastalar için başlangıç zamanı, hastanın en son uyanık ve semptomsuz olduğu zamandır (Uzuner ve ark., 2015; Cameron ve Monroe, 2011).
- II. **Genel fizik muayene:** Havayolu, solunum ve dolaşım değerlendirildikten ve kan basıncı, kalp hızı, oksijen saturasyonu ve vücut sıcaklığı gibi vital bulgular alındıktan sonra, detaylı ve dikkatli bir fizik muayene yapılması inme mekanizmasının belirlenmesi için ek veri sağlar (Uzuner ve ark., 2015; Arsava ve ark., 2015).
- III. **Nörolojik Muayene:** Hastanın defisitlerini saptamaya yönelik mental durum, oküler hareketler, motor ve duyuşal işlevler, serebellar işlevler, konuşma yetisi ve refleksler değerlendirilir (Cameron ve Monroe, 2011).
- IV. **Laboratuvar ve Radyolojik İncelemeler**
 - Bilgisayarlı Tomografi (BT):** İnme hastalarında ilk ve en çok kullanılan görüntüleme yöntemidir. BT yalnızca kanamayla iskemiyi ayırt etmekle kalmayıp inmeye bağlı gelişebilecek nörolojik komplikasyonlara ait radyolojik değişikliklerin tanınmasını ve inme ile karışabilecek diğer hastalık süreçlerinin dışlanmasını sağlamaktadır (Kutluk, 2004; Krespi ve Bahar, 2009).
 - Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRG):** MRG iskemik lezyonları göstermekte BT'ye oranla daha yaygın, kolay uygulanabilir ve invazif olmayan bir görüntüleme yöntemidir (Balkan, 2009).
 - Lomber ponksiyon (LP):** LP uygulaması sıklıkla inme türünün belirlenmesini sağlar. İskemik inmede Beyin Omurilik Sıvısı (BOS) normal olup, hemorajik inmede BOS eritrosit içermektedir (Ovayolu ve Ovayolu, 2016).

Beyin Sintigrafisi: Bu yöntem infarktüs alanında aktivite artışının görüntülenmesini sağlar. Aktivite artışı genellikle inme geçirilmesinden 4-5 gün sonra meydana gelmektedir (Ovayolu ve Ovayolu, 2016).

Doppler-ultrasonografi: Ekstranial ve intrakranial damar yapıları ve kan akımı hakkında bilgi verir (Ovayolu ve Ovayolu, 2016).

Serebral anjiografi: Beyin damarlarında varolan patolojik durumların görüntülenmesini sağlar (Ovayolu ve Ovayolu, 2016).

Elektrokardiyografi (EKG): EKG özellikle atrial ritim bozukluğu ve geçirilmiş miyokard infarktüsü gibi bulguların saptanmasında etkilidir (Ovayolu ve Ovayolu, 2016).

İnmenin nedenini ve oluşabilecek komplikasyonları tespit etmek için klinik ve radyolojik değerlendirmelerden başka laboratuvar testleri de yapılmalıdır. Her hastada mutlaka açlık kan şekeri, lipid incelemeleri, kardiyak belirteçler ve diyabetik hastalarda glikozile hemoglobin (HbA1c) düzeyine bakılmalıdır. Ayrıca koagülasyon testleri, iskemik inme etiyojisini aydınlatmada ve trombolitik tedavi kararında oldukça önemlidir (Uzuner ve ark., 2015).

2.8. İnme Tedavisi

2.8.1. Genel Tedavi

Ayrıntılı muayene ve inmeye spesifik olan tedavilere başlamadan önce her hastanın mutlaka hava yolu kontrol edilmeli, kan basıncı, kan glukozu, oksijen saturasyonu, vücut ısısı, EKG, solunum hızı, kalp atım hızı, nabız basıncı ve bilinç düzeyi yakından izlenmelidir.(Topçu, 2017; Ovayolu ve Ovayolu, 2016; Uzuner ve ark., 2015).

2.8.2.Spesifik Tedavi

Uygulanan genel tedaviden sonra hastanın inme tipi belirlenip, uygun tedavi planı oluşturulur (Ovayolu ve Ovayolu, 2016).

2.8.2.1. İskemik İnme Tedavisi

İskemik inmenin tedavisinde amaç, hasarlı beyin dokusunu en az düzeye indirmek, oluşabilecek ikincil hasarları engellemektir. Tedavinin bir diğer amacı ise akut dönemde oluşabilecek komplikasyonların önüne geçmektir. Trombolitik, antiagregan, antikoagülan, antiödem ve nöroprotektif gibi tedaviler bu yaklaşımların ana başlıklarını oluşturmaktadır (Şahan ve ark., 2010).

2.8.2.1.1. İntravenöz Trombolitik Tedavi

Mümkün olduğu kadar çabuk reperfüzyonu sağlayarak iskemik kalmış beyin dokusunu kurtarmak amacıyla yıllardır kullanılan rekombinan doku plazminojen aktivatörü (rtPA), ‘Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi’ (Food and Drug Administration-FDA) tarafından yararı kanıtlanmış bir trombolitik ajandır. İntravenöz yolla yapılan trombolitik tedavi semptomların başlangıcından itibaren ilk üç saat içinde rutin tedavi seçeneği olarak kabul edilmiştir (Uzuner ve ark., 2015; Minnerup ve ark., 2013; Krespi ve Bahar, 2009).

2.8.2.1.2. Antikoagülan Tedavi

İskemik inmeli hastada inmenin akut döneminde rutin ve etkin dozda heparin veya düşük molekül ağırlıklı heparinlerle antikoagülan tedavinin yararı olmadığı gösterilmiştir. Bunun nedeni antikoagülan tedavilerin serebral ve sistemik kanama riskini arttırması ve prognozu kötüleştirmesidir (Krespi ve Bahar, 2009).

2.8.2.1.3. Antiagregan Tedavi

Bilgisayarlı tomografide hemorajik inme olasılığı dışlandıktan sonra ve herhangi bir kontrendikasyon olmadıkça, inmenin ilk 48 saatinde 160-300 mg dozunda Asetil salisilik asit (ASA) tedavisi uygulandığında küçük de olsa anlamlı bir yarar sağlamaktadır. (Ovayolu ve Ovayolu, 2016; Uzuner ve ark., 2015; Krespi ve Bahar, 2009).

2.8.2.1.4. Endovasküler Girişimsel Tedavi

İskemik inmede uygulanabilen endovasküler tedavi seçenekleri arasında intraarteriyel tromboliz, mekanik rekanalizasyon uygulamaları ve akut anjiyoplastiyle stent takılması yer almaktadır (Uzuner ve ark., 2015).

2.8.2.2. Hemorajik İnme Tedavisi

Hemorajik inme için standart bir tedavi protokolü bulunmamaktadır. Genellikle altta yatan nedene ve hastanın klinik durumuna göre tedavi protokolü düzenlenmektedir. Cerrahi yaklaşımların tedavide etkinliği araştırılmakta olup, acil nöroşirurjik girişimler hayat kurtarıcı olabilir. Medikal tedavide ise uluslararası normalleştirilmiş oranın (International Normalized Ratio-INR) en kısa sürede normale döndürülmesi amacıyla, K vitamini ve taze donmuş plazma verilmektedir. Trombositopenisi olan hastalara ise uygun replasman tedavisi, kan basıncı ve kafa içi basıncı takibi yapılmaktadır (Topçu, 2017; Ovayolu ve Ovayolu, 2016).

2.9. Bakım Verme ve Bakım Yüğü İle İlgili Kavramlar

2.9.1. Bakım Verme/Bakım Verici

Bakım; bakma işi, bir şeyin iyi olgunlaşabilmesi ve iyi bir durumda kalabilmesi için gösterilen çaba, kişinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işidir (TDK, 2018). Bakım aynı zamanda, insanın temel ihtiyacı olan, karşılıklı ilişki ve güvene dayanan, duyuşsal özellikleri ve ahlaki boyutu olan, bilimsel bilgi temelini ve özelleşmiş psikomotor becerileri gerektiren bir kavramdır (Dinç, 2010).

Bakım verme, hastayı bütüncül ve çok yönlü yaklaşımla değerlendirebilmek ve ihtiyaçları doğrultusunda bakım sürecini planlamak, yürütmek, hastanın gereksinim duyabileceği her türlü alanda emosyonel, fiziksel, sosyal ve maddi desteğin düzenlenmesini kapsayan, bakım sunma faaliyetlerini ve sorumluluklarını üstlenme süreci olarak tanımlanmaktadır (Aşiret, 2011). Bakım verme hasta bireye alışveriş yardımı, banyo yaptırma, giydirme, besleme, kaldırma, yatakta çevirme, günlük ev işleri yardımı, ilaç verme ve duygusal destek sağlama gibi pek çok alanda yardım etmeyi içermektedir (Kalinkara ve Kalaycı, 2017). Bu kadar sorumluluğu bir arada bulunduran bakım verme sevgi, merhamet ve sabır ile anlam bulurken, bakım

vericilerde sosyal ve psikolojik destek gerektiren bir durum olarak karşımıza çıkabilmektedir (Özdemir, 2018). Bakım verme, formal ya da informal olmak üzere genellikle iki şekilde tanımlanmaktadır (Gel ve Kesgin, 2017).

Formal bakım, hemşire, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen veya evde bakım yardımcıları gibi farklı meslek grupları tarafından evde ya da kurumunda verilen bakımdır (Gel ve Kesgin, 2017).

İnformal bakım, herhangi bir uzmanlık gerektirmeyip, bakıma ihtiyacı olan birey ile birlikte yaşayarak bir yakınına yardım etme rolünü üstlenen, temel ihtiyaçlarını karşılayan, tıbbi bakımını ve doktor ya da hastane ilişkilerini takip eden, ücretsiz olarak evde bakım sağlayan aile üyeleri, eş, çocuklardan biri, komşu veya arkadaşları tarafından verilen bakımdır (Gel ve Kesgin, 2017). Akut, kronik işlevsel yetersizlikler sebebiyle artan informal bakım verme; banyo yapmasına yardım etmek, beslemek gibi kronik bakımdan intravenöz ilaç uygulaması, trakeostomi bakımı gibi ileri düzeyde beceri gerektirecek uygulamaları da kapsamaktadır (İnci, 2006).

Bakım vericiler ise, çeşitli nedenlere bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyen hasta bireyin bakımını üstlenen kişilerdir (Karahana ve İslam, 2013). Hastanın bakımından birinci derece sorumlu olup bakım görevini herhangi bir ücret almaksızın yerine getiren kişiler primer (birincil) bakım verici olarak adlandırılırken, hastanın bakımından doğrudan sorumlu olmayan ve primer bakım vericiye destek olan kişiler ise sekonder (ikincil) bakım verici olarak adlandırılır. Genellikle primer bakım vericileri aile üyeleri oluştururken, sekonder bakım vericileri ise akraba çevresi, arkadaş veya komşuları oluşturmaktadır (Uygun ve Taylan, 2018).

2.9.2. Bakım Yüğü

Bakım verme sonucu bireylerde sevgi ve samimiyetin artması, bakım verme deneyimi sayesinde anlam bulma, kişisel gelişim, diğer bireylerden sosyal destek alma ve kişinin kendine saygı duyması gibi olumlu özelliklerinin yanında, bakım vermektten kaynaklı olarak duygusal, ekonomik, fiziksel ve sosyal sorunlar sonucunda bakım veren yüğü gibi bazı olumsuz sonuçların ortaya çıkmasına neden olabilir (Tuncay ve Fertelli, 2019; Uygun ve Taylan, 2018; Mollaoğu ve ark., 2011).

Bakım yükü, bakım vericinin, kronik hastalığı veya yetersizliği olan kişiye bakım verdiği zaman içerisinde, kendini baskı altında hissetmesi, zorlanması veya yük altına girmesi olarak tanımlanmaktadır (İnci ve ark., 2017). Bakım yükü genellikle nesnel ve öznel yük olarak sınıflandırılmıştır (Atagün ve ark., 2011).

Objektif Yük (Nesnel); bakımın ortaya çıkardığı güçlükler ve fiziksel iş olarak tanımlanabilir. Objektif yük somut yapıda olup genellikle, hastalığın ortaya çıkardığı direkt bakım yükü olarak görülmektedir. Bu bakım verenin tüm işleri (yardım, kontrol, ödemeler), deneyimleri (aile ya da sosyal ilişkilerin bozulması) ve yapamadığı aktiviteleri (hobiler, kariyer, meslek) içermektedir (Uğur ve Fadiloğlu, 2006).

Subjektif Yük (Öznel); bakım verenin içinde bulunduğu durum nedeniyle duygularında ortaya çıkan değişiklikler, bu duruma karşı tutumlar ve duygusal tepkileri olarak tanımlanmıştır. Hissedilen bu duygular ise genellikle keder, sıkıntı, utanma, suçluk duygusu gibi duygusal yanıtlar ve bakım verme işinin sonucu olan depresyonun da göstergeleridir (Uğur ve Fadiloğlu, 2006). Objektif yük somut olması nedeni ile daha kolay belirlenmesine karşın, bireyin subjektif algılarının belirlenmesi kolay değildir (İnci, 2006).

2.10. Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlükler

2.10.1. Fiziksel Güçlükler

Bakım veren bireylerde, yemek yemede düzensizlik, sindirim ve iştahta değişim, baş ağrısı gibi somatik şikâyetlerde artma görülebilir. Bakım verenlerin kronik yorgunluk, kilo alıp verme, dikkat güçlüğü, dış görünümde dağınıklık ve kendi bakımına yeterli zaman ayıramama gibi fiziksel güçlükler yaşadıkları görülmüştür (Işık, 2013; İnci, 2006).

2.10.2. Duygusal Güçlükler

Bakım verenlerin yaşadığı duygusal güçlükler çoğunlukla huzursuzluk hissi, benlik saygısında azalma, sosyal izolasyon, problem çözmede güçlük, suçluluk duygusu, kızgınlık, güçsüzlük, hayal kırıklığı, keder, zorlanma ve umutsuzluk olarak sıralanabilir (Aşiret ve Kapucu, 2012). Arkadaşlık ve aile ilişkileri, sosyal aktiviteler

gibi eğlendirici ve dinlendirici bir faaliyetle uğraşacağı zaman dilimi sınırlanan bakım verenlerin kendilerini yalnız ve izole hissettikleri görülmüştür (Işık, 2013; İnci, 2006).

2.10.3. Ekonomik ve İş İle İlgili Güçlükler

İş saatlerinin azaltılması ya da işlerinin sonlandırılması, sağlık güvencesi tarafından karşılanmayan masrafların yük getirmesi bakım verenlerin ekonomik güçlükler yaşamalarına sebep olmaktadır (Işık, 2013; İnci, 2006). Ayrıca hastalar hastalıkları nedeniyle çalışmamakta hastalığın kendisi ve bakımın ekonomik boyutları artmakta ve bu durum ailenin ekonomik zorluklar yaşamalarına yol açmaktadır (Aşiret ve Kapucu, 2012).

Yapılan bir çalışmada, bakım verenlerin bakım verdikleri durumdan dolayı bel ağrıları, bel fitiği ve eklem ağrıları gibi fiziksel güçlükler ve stres, bıkkınlık, uykusuzluk, yorgunluk, tükenmişlik ve gelecek kaygısı gibi duygusal güçlükler yaşadıkları görülmüştür. Bakım verenlerin çoğunluğu bakım verme durumundan ötürü evden dışarı çıkamadıklarını, kendine özel zaman ayıramadıklarını, sosyal etkinliklere katılamadıklarını, akraba, arkadaşlık ve komşuluk ilişkilerini yeterince sürdürülemediklerini belirtmişlerdir. Ayrıca bakım verenlerin büyük çoğunluğunun bakım ve sağlık giderlerinin çok olması nedeniyle ekonomik güçlükler yaşadıkları belirlenmiştir (Karataş, 2011).

2.11. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Faktörler

İnmeli bireye bakım verenlerin yükünü etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar;

- Bakım veren bireylerin cinsiyet, yaş, ekonomik durumu gibi kişisel özellikleri,
- Bakım veren bireylerin sağlığının bozulması ya da yaşının ilerlemesi,
- Hastanın bakımına karar verilirken bakım veren kişinin fikirlerinin alınmaması,
- Bakım veren kişinin zıt duygular yaşamaması,

- Bakım veren bireylerin hasta bakımı dışında başka sorumluluklara sahip olması,
- Hastaya tek bir alanda değil, fiziksel ruhsal, ekonomik vb gibi holistik bakım vermek durumunda kalması,
- Bakım veren bireyin birden fazla bağımlı aile üyesine (bebek, engelli çocuk vs.) bakıyor olması,
- Kırsal kökenli hasta bireylerin aile içi uyumsuzluk yaşamaları,
- Ekonomik zorunluluklardan ya da eğitimleri gereği kadınların çalışması, bu nedenle hastaya bakacak ya da eşlik edecek bir kişinin evde bulunmaması,
- Bakım verenin hasta bireyin bakım sorumluluğunu kabul etmekle, toplumsal rollerinin kısıtlandığını düşünmesi,
- Bakım verenin bakımını üstlendiği hasta bireyin ciddi bellek ve davranışsal sorunlarının olması,
- Bakım veren bireyin yaşamına hastanın müdahale etme çabası,
- Hastanın ve bakım veren bireyin aralarındaki ilişkinin niteliği,
- Hasta bireyin bakım veren kişiden aşırı ilgi beklemesi,
- Hasta bireyle aynı evi paylaşma durumu ve bakım verme süresi,
- Hasta bireyin bakım veren bireye kendisini ihmal ettiği, umursamadığı gibi şikâyetlerde bulunması gibi durumlar bakım verme güçlüğünü etkileyen faktörler arasında sayılabilir (Dağdeviren, 2017; Işık, 2013; Aşiret ve Kapucu, 2012; İnci, 2006).

2.12. İnmeli Bireylere Bakım Verenlerde Bakım Yüğü

İnme hastalarının yaklaşık %50'sinde fonksiyonel bağımsızlık düzeyini etkileyen önemli nörolojik defisitler meydana gelmektedir. Bu hastaların %20'si ise tamamen bağımlı grupta yer almaktadır. İnme hastalarının akut tedavisi ve bakımı sağlık kuruluşlarında yapıldıktan sonra bu hastaların tedavi ve bakımı evde aile üyeleri tarafından sürdürülmektedir (Yıldırım ve ark., 2013). İnmeli hastanın evde aile üyeleri tarafından bakımı hasta ve bakım verenler açısından oldukça uzun ve zorlu bir süreç olup, bu dönemde bakım ve tedavinin sürdürülmesinde bakım verenlere önemli sorumluluklar düşmektedir (İnci ve Temel, 2016).

Bakım veren kişiler inmeli hastaların akut bakım, rehabilitasyon ve topluma adaptasyon dönemlerinde gerek kognitif gerekse fiziksel yönden destek verirler (Şirzai ve ark., 2015). Çoğunlukla, bakım vermenin kronik, yoğun ve yorucu yapısı bakım veren bireylerin yaşamlarındaki (aile, iş, ve sosyal yaşam) diğer problemlerle birleşerek bakım verenlerin yük yaşamalarına neden olmaktadır (Atagün ve ark., 2011). Bakım verme sebebiyle gerçekleşen yük bakım verenlerde stres, anksiyete, yorgunluk, uykusuzluk, kilo kaybı, korku, çaresizlik, sıkıntı, mutsuzluk, umutsuzluk, güçsüzlük, öfke, suçluluk, depresyon, tükenme, sosyal izolasyon, yaşam kalitesinde azalma, evlilik içi ve aile ilişkilerinde gerginlik, ekonomik güçlükler, kendine ve diğer aile üyelerine yeterince zaman ayıramama gibi problemler yaşamalarına sebep olabilir (Özyeşil ve ark., 2014; Cheng ve ark., 2014; Lutz ve Young, 2010; Koçak, 2011; Given ve ark., 2001).

2.13. Merhamet Kavramı

Merhamet "bir kimsenin veya başka bir canlının karşılaştığı kötü durumdan dolayı duyulan üzüntü ve acıma" hissi olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2018).

Gilbert (2009) merhameti, kendinin ya da başkalarının sıkıntılı durumlarına karşı derin bir farkındalık duyması ve sıkıntıyı giderme isteği ve çabasını içerme hali olarak tanımlamıştır. Sprecher ve Fehr (2005) ise merhameti(duyarlı) sevgi şeklinde kavramsallaştırılmıştır. Merhametli (duyarlı) sevgi, diğer insanları sıkıntılı ve ihtiyaç duydukları zamanlarında onları desteklemeye yönelik, davranışsal, bilişsel ve duygusal bir tutum olarak tanımlanmıştır (İşgör, 2017).

Pommier (2011), ve Neff'in (2003)'in üç bileşenli öz-anlayış modelinden hareketle merhamet; sevecenlik, paylaşımların bilincinde olma ve bilinçli farkındalık olmak üzere üç temel özellikten oluşmaktadır. Sevecenlik boyutu bireyin kendine ve başkalarına karşı anlayışlı ve ilgili olması anlamına gelmektedir. Paylaşımların bilincinde olma, insanın mükemmel olmadığı hata yapabileceğinin bilincinde olmayı ifade ederken, bilinçli farkındalık kendine ve başkalarına merhamet göstererek acı çekmenin tüm insanlığın ortak bir deneyimi olduğunun bilincine varır. Bu sayede birey acı çektiğinde ya da acı çeken birisine şahit olduğunda bu durumun kendini alıp götürmesine izin vermez (Neff, 2003).

Merhamet; yardım etme, gönüllülük ve etkileşimi içerdiğinden davranışsal olarak empati ve sempati gibi kavramlarla benzerlik göstermektedir (Akdeniz ve Deniz, 2016). Empati kendini bilişsel ve duygusal açıdan sıkıntı çeken kişinin yerine koyabilme kapasitesi olarak tanımlanır. Karşımızda ağlayan birini gördüğümüzde üzücü bir durum yaşadığını düşünür, onu anlamaya çalışırız. Karşısındakinin duygusunu yaşamak yerine anlamak esası olduğundan empati, sempatiye göre daha az rastlanan bilişsel bir beceridir. Empati bazen merhametin karşılığı olarak da kullanılabilir ancak empatide sıkıntıları gidermeye yönelik motivasyon ve harekete geçme yoktur (Dalgacı ve Gürses, 2018). Sempati de merhamet gibi başkasının sıkıntılı durumuna karşı verilen bir tepki vardır ancak merhamet daha önemli durumlarda oluşur. Örneğin; uzun saatler çalışmak zorunda olan bir kişiye merhamet değil sempati duyulurken, ölen kişinin yakınına duyulan duygu merhamettir (Özan, 2019).

2.14. Merhamet ve Bakım

Sağlık hizmetlerinde merhamet kavramı giderek artan bir ilgi görmektedir (Crawford, 2014). Yapılan araştırmalarda merhametin hastaların bakımı açısından çok önemli olduğu bilinmektedir. Nitekim hastalarla en uzun süre birlikte olan ve yüz yüze iletişimi daha fazla kuran sağlık profesyonelleri, hastaların ve yakınlarının yaşamış oldukları her türlü sorunda ilk başvurduğu meslek grubudur. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin teşhis ve tedavi hizmetleri verdikleri sırada acıya maruz kalan hastalara ve onların yakınlarına karşı merhamet göstermesi önemlidir (Polat, 2016). Hastanelerde yapılan çalışmalarda merhametin hastaların tedavi sürecini kolaylaştırdığı ve fiziksel sağlıklarını olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir (Dalgacı ve Gürses, 2018). Literatüre bakıldığında konu ile ilgili yapılan çalışmalarda merhametli davranışın çeşitli şekillerinin merhamet sahiplerine pozitif ruh hali (Hutcherson, Seppala ve Gross, 2008; Lutz, Greischar, Rawlings, Ricard ve Davidson, 2004), azalmış depresif semptomlar (Gilbert ve Procter, 2006; Shapiro, Brown ve Biegel, 2007) artan benlik saygısı (Krause ve Shaw 2000), artan sosyal destek (Crocker ve Canevello 2008; Clark ve ark., 2008) gibi psikolojik faydalar sağladığı belirtilmektedir. Formal bakım verenlerin yanında informal bakım verenlerle yapılan bir çalışmada merhametin bakım verenlerde bakım yükünü

azalttığı gözlenmiş olup bakım verenlerin daha az depresif belirtiler yaşadıkları belirlenmiştir (Monin ve ark., 2015).

2.15. Konunun Hemşirelik Açısından Önemi

Hemşirelikte bakım, kişinin kendi içinde yaşadığı huzursuzluk, yalnızlık, yardıma muhtaç oluşu gibi konularda hastanın rahatlığı ve ona destek vermeyi amaçlayan kişiyi dinlemek, mevcut durumunu değerlendirmek ve bu duruma göre önlemler almayı kapsayan bir süreçtir (Rego ve ark., 2010). Hemşirelik sürecinde bakım, teknik bilgi ve becerilere sahip olmanın yanı sıra bakım verilen bireylere karşı merhametli olmayı da gerektirir. Öyle ki hastaların merhametli bir tutuma ve önemsemeye olan ihtiyaçları pek çok kez teknik bakıma olan ihtiyaçlarından çok daha fazla olmaktadır (Çingöl ve ark., 2018). Merhametli uygulamalar için hemşirelere çağrı yapan Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association-ANA) ve Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses-ICN) nin etik kodları merhameti temel almaktadır. ANA (2001) da etik hükümlerin ilk maddesinde; “hemşire, tüm profesyonel ilişkilerde, her bireyin değer ve teklifi, sosyal ya da ekonomik statüsü, kişisel nitelikleri ya da sağlık sorunlarının doğasına göre ayırt etmeksizin sınırsız merhamet ile kişilik onuruna saygı gösterir.” denmektedir (Uğurlu ve Aslan, 2017). Hastaların bir anlık bile olsa merhamete ihtiyaç duyduğunu işaret eden mesajlarına (bir gözyaşı, bir gülüş, bir bakış, hatta sessizlik) cevap verilmesinin çok önemli bir eylem olduğu bildirilmektedir (Koca, 2018). Merhamet ile verilen bakımın hasta memnuniyetini arttırma, iyileşme süreci hızlandırma, hastanede kalış süresi ve tedavi maliyetlerini azaltmada önemli olduğu bildirilmektedir (Babaei ve Taleghani, 2019; Dalgacı ve Gürses, 2018). Merhamet ayrıca artan iş doyumunu, mesleki yaşam kalitesi ve refah başta olmak üzere sağlık çalışanları açısından da olumlu sonuçlar doğurmaktadır (Kelly ve ark., 2015). Buradan hareketle merhametin, hem yardıma ihtiyacı olan ve bakım hizmeti alan hastalar hem de bu hizmeti veren hemşireler açısından çok daha önemli olduğu düşünülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Yozgat Şehir Hastanesi Nöroloji Servisi'nde yapılmıştır. Dördüncü katta bulunan ve 24 saat esasına göre çalışan Nöroloji Servisi 24 yatak kapasitesine sahiptir. Nöroloji Servisinde 10 hemşire çalışmaktadır. Hemşirelerin 6'sı üniversite, 1'i ön lisans, 3'ü sağlık meslek lisesi mezunudur. 08-16, 16-08 olmak üzere iki vardiya şeklinde çalışmaktadırlar. 08-16 vardiyasında 4 hemşire, 16-08 vardiyasında ise 2 hemşire çalışmaktadır. Ayrıca serviste 4 doktor ve 2 personel çalışmaktadır. Bu serviste taburculuk eğitimi ve bakım verme hakkında bakım veren bireylere eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmemektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini 01 Mart 2018-30 Aralık 2018 tarihleri arasında Yozgat Şehir Hastanesi Nöroloji Servisi'nde tedavi gören inmeli hasta ve bakım verenleri oluşturmaktadır. Bir yıl süresince kliniğe başvuran hasta sayısının tekrarsız olarak 750 olduğu tespit edilmiştir. Araştırma örneklemi Gpower programı ile güç analizi yapılarak belirlenmiştir. Güç analizinde belirlenen $\pm\%10$ 'luk bir sapma öngörülerek $\%80$ güç ve $\%5$ hata ile alınması gereken minimum örnek büyüklüğü 210 kişi olarak hesaplanmıştır. Çalışmada hatalı veya eksik soru formu olabileceği ihtimaline karşın çalışma örneklemine 280 inmeli birey ve bakım vereni alınmıştır.

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri;

- Bakım verenin 18 yaş ve üzeri olması,
- Bilişsel ve duyuşsal fonksiyonlarının araştırmada kullanılacak veri toplama formlarını yanıtlamaya engel olmayacak düzeyde olması,
- Türkçe konuşuyor olması,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması,
- Hastanın bakımından en az üç ay süre ile sorumlu olması ve
- Hastanın bakımından birinci derecede sorumlu olmasıdır.

Araştırmaya dâhil edilmeme kriterleri;

- Bakım verenin 18 yaş altında olması,
- Bilişsel ve duyuşsal fonksiyonlarının araştırmada kullanılacak veri toplama formlarını yanıtlamaya engel olacak düzeyde olması,
- Türkçe konuşamıyor olması,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmaması,
- Hastanın bakımından üç aydan daha az süre ile sorumlu olması ayrıca
- Geçici iskemik atak geçiren hastalara bakım veriyor olması ve
- Profesyonel bakım verici olması çalışmaya dâhil edilmeme kriterleri olarak belirlenmiştir.

3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Araştırmadaki bağımlı ve bağımsız değişkenlerin dağılımları aşağıda incelenmiştir.

Bağımlı Değişken: Araştırmanın bağımlı değişkenleri; bakım yükü, merhamet düzeyi ve bağımlılık düzeyidir.

Bağımsız Değişkenler: Bu araştırmanın bağımsız değişkenleri; bakım verenlere ait yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu gibi sosyodemografik özellikler, bakım verme süresi, kendi kendine yeterli olma durumu, bakımda yardımcı birinin varlığı gibi bakım vermeye ilişkin özellikler ile inmeli bireylere ait yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu gibi sosyodemografik özellikler ve tanı aldığı süre, inme geçirme sayısı, inme tipi gibi hastalık özellikleridir.

3.5. Veri Toplama Formları

Araştırmanın verileri, inme tanısı almış bireyler ve bakım verenlerinin tanıtıcı bilgilerini içeren “Bakım Veren Tanıtım Formu” (EK-1), “Hasta Tanıtım Formu” (EK-2), bakım verenlerin bakım yüklerini değerlendirmek amacıyla uygulanan “Bakım Verme Yükü Ölçeği”, (EK-3), merhamet düzeyini değerlendirmek için uygulanan “Merhamet Ölçeği” (EK-4) ve inmeli bireylerin bağımlılık düzeylerini belirlemek içinde “Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi” (EK-5) kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1. Bakım Veren Tanıtım Formu

Bakım Veren Tanıtım Formu araştırmacı tarafından literatür (Ödemiş, 2018; Dağdeviren, 2017; Çelik, 2014; Aşiret, 2011; Koçak, 2011; İnci, 2006; Bilgili, 2000) incelenerek hazırlanmıştır. Bu form bakım verenlerin sosyodemografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu gibi) ve bakım vermeye ilişkin özelliklerini (bakım verme süresi, kendi kendine yeterli olma durumu, bakımda yardımcı birinin varlığı gibi) belirlemeye yönelik 23 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Hasta Tanıtım Formu

Literatür taraması sonucu (Ödemiş, 2018; Çelik, 2014; Aşiret, 2011; Koçak, 2011) araştırmacı tarafından geliştirilen inmeli bireylerin sosyodemografik ve tıbbi özelliklerinin değerlendirildiği form yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, inme tanısı aldığı süre, inme geçirme sayısı ve inme tipi gibi bilgileri içeren 12 sorudan oluşmaktadır.

3.5.3. Bakım Verme Yükü Ölçeği (BVYÖ)

Zarit, Reeve ve Bach-Peterson (1980) tarafından geliştirilen bu form bakım gereksinimi olan kişiye ya da yaşlıya bakım verenlerin bakım yükünü değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir (Zarit ve Zarit, 1990). Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirliği, İnci ve Erdem tarafından (2006) yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı .87 ile .99'dır. Ölçek, 22 ifadeden oluşmaktadır (İnci ve Erdem, 2008). Ölçek 5'li likert tipindedir. (asla, nadiren, bazen, sık sık, hemen her zaman) Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Bu araştırmada ölçekten alınan puanlar hiç/az (0–20 puan), orta (21–40 puan), ileri (41–60 puan) ve aşırı yük (61–88 puan) olmak üzere dört kategoride değerlendirilmiştir (Tuncay ve Fertelli, 2019; Mollaoğlu ve ark., 2011). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alpha değeri 0,921'dir.

3.5.4. Merhamet Ölçeği (MÖ)

Pommier (2011) tarafından geliştirilen, Akdeniz ve Deniz (2016) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılan "Merhamet Ölçeği" 24 maddeden oluşmakta olup, cevaplama sistemi her ifade için "(5) Her Zaman", "(4) Sık Sık", "(3) Ara Sıra", "(2)

Nadiren" ve "(1) Hiçbir Zaman" olarak beşli Likert ölçeği şeklindedir. Her bir maddenin puanları "5 ile 1" arasında değişmektedir. Ölçek sevecenlik (6,8,16,24), umursamazlık (2,12,14,18), paylaşımların bilincinde olma (11,15,17,20), bağlantısızlık (3,5,10,22), bilinçli farkındalık (4,9,13,21) ve ilişki kesme (1,7,19,23) olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme alt boyutları ters çevrilerek hesaplanmakta ve bu hesap sonrasında toplam puan ortalaması alınmaktadır. Toplam Merhamet puanı için tersten puanlama yapılan alt boyutları puanladıktan sonra tüm alt boyutların toplamını alınır. Alt boyutları ayrı ayrı puanlamak gerektiği durumlarda tersten puanlama yapılmaz. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça merhamet düzeyi de artmaktadır. Akdeniz ve Deniz'in (2016) çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.85 olarak bulunmuştur (Akdeniz ve Deniz, 2016). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.947'dir.

3.5.5. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAI)

Hastaların bağımlılık düzeyini ölçen indeks Barthel ve Mahoney tarafından geliştirilmiştir (Barthel ve Mahoney, 2003). Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından 2000 yılında yapılmıştır (Küçükdeveci ve ark., 2000). Barthel İndeksi ile hastanın beslenme, banyo, günlük bakım, giyinme, gaita inkontinans, idrar inkontinans, tuvalete gidiş, transfer, tekerlekli sandalyeye bağlı olma, ambulans durumu gibi günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumu değerlendirilmektedir. Barthel indeksinin puanları 0-100 arasında değişmekte, 0-20 puan; tamamen bağımlılığı, 21-61 puan; ileri derecede bağımlılığı, 62-90 puan; orta derecede bağımlılığı, 91-99 puan; hafif derecede bağımlılığı, 100 puan; tam bağımsızlığı açıklamaktadır (Ödemiş, 2018).

3.6. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yapılacağı hastane yönetiminden yazılı izin ve ilgili kurumdan etik onay alınarak araştırmanın kriterlerine uyan, araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Onam sonrası hastane ortamında, bakım verenin tanıtıcı bilgileri ile "Bakım Verme Yükü Ölçeği" ve "Merhamet Ölçeği" bireylere araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek ayrı bir odada uygulanmıştır. İnmeli

bireylerin tanıtıcı bilgileri yüz yüze görüşülerek ve klinik kayıtları kullanılarak elde edilip, “Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi” araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. İnmeli bireyler ve bakım verenler ile sadece bir görüşme yapılmış olup, uygulama esnasında anlaşılmayan noktalar, kişiye bir yönlendirme yapılmadan, bireysel olarak açıklanmıştır. Formların uygulanması ortalama 30-35 dakika sürmüştür.

3.7. Veri Toplama Formlarının Değerlendirilmesi

Toplanan verilerin istatistik analizleri, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 22 programı kullanılarak yapılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel ölçütlerin (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart Sapma (SS), Minimum, Maksimum) yanı sıra niceliksel verilerin normal dağılıma uyan boyutlarda ikili gruplarda Bağımsız gruplarda t testi, normal dağılıma uymayan boyutlarda Mann Whitney U testi uygulanmıştır. İki den fazla grup olduğunda normal dağılıma uyanlarda Varyans Analizi, grup içindeki farkın nerden kaynaklandığını bulmak için LSD Post Hoc testi, normal dağılıma uymayanlarda Kruskal Wallis testi grup içindeki farkın nerden kaynaklandığını bulmak için Dunnett T3 Post Hoc testi kullanılmıştır. Bakım yükü ile merhamet ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkiyi belirlemek için ise Pearson Korelasyon Analizi uygulanmıştır. Ayrıca Basit Doğrusal Regresyon analizi ve Durbin-Watson testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak belirlendi.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma öncesi araştırmanın ilgili kurumda yürütülebilmesi için Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 26.02.2018 tarihinde 2018-01/08 karar numaralı etik kurul izni (EK-7) ve araştırmanın yapılacağı hastane yönetiminden (EK-8) yazılı izin alınmıştır. Çalışmaya katılacak bireylere, çalışmaya başlamadan önce gönüllülük esası alınarak yalnızca çalışmayı kabul edenlerin alınacağı ve alınan bilgilerin sadece araştırma için kullanılacağı, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaştıktan sonra korunacağı, araştırmanın amacı, süresi, konusunda araştırma yapılarak, araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden yazılı ve sözlü onam alınmıştır (EK-6).

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan 280 inmeli birey ve bakım verenlerinden elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular sunulmuştur.

Tablo 4.1. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları (n=280)

Özellikler		<i>n</i>	%
Yaş ($\bar{X} \pm SS$)(<i>min-max</i>): 42.60 ± 11.19 (18-68)	18-28 yaş	46	16.4
	29-39 yaş	68	24.3
	40-50 yaş	105	37.5
	51 yaş ve üzeri	61	21.8
Cinsiyet	Kadın	161	57.5
	Erkek	119	42.5
Medeni Durum	Evli	203	72.5
	Bekâr	77	27.5
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	55	19.6
	Okur yazar	15	5.4
	İlköğretim	73	26.1
	Lise ve üzeri	137	48.9
Çalışma Durumu	Tam gün çalışıyor	59	21.1
	Yarım gün çalışıyor	82	29.3
	Çalışmıyor	139	49.6
Sosyal Güvence	Var	231	82.5
	Yok	49	17.5
Gelir Durumu	Gelir=gider	181	64.6
	Gelir>gider	26	9.3
	Gelir<gider	73	26.1
Aile Tipi	Çekirdek	189	67.5
	Geniş	91	32.5
Kronik Hastalık Varlığı	Var	61	21.8
	Yok	219	78.2
Hasta ile Yakınlık Derecesi	Anne/baba	30	10.7
	Kızı	100	35,8
	Oğlu	22	7,8
	Eşi	35	12.5
	Akraba	93	33.2
Hasta ile Birlikte Yaşama Durumu	Yaşayan	199	71.1
	Yaşamayan	81	28.9

Araştırmaya katılan bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.1’de gösterilmiştir. Buna göre; araştırmaya katılan bakım

verenlerin yaş ortalaması 42.60±11.19 (Min:18, Max:68), %37.5'i 40-50 yaş aralığında, %57.5'i kadın, %72.5'i evli olup, %48.9'unun eğitim durumu lise ve üzeridir. Araştırmada bakım verenlerin %49.6'sı herhangi bir işte çalışmıyor, %82.5'inin sosyal güvencesi var, %64.6'sının gelirinin giderine eşit, %67.5'i çekirdek aile tipinde ve %78.2'sinin kronik bir hastalığı bulunmamaktadır. Yine %35.8'inin hastanın kızı olduğu, %71.1'inin ise hastayla birlikte yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Bakım Verenlerin Bakım Vermeye İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımları (n=280)

Özellikler		n	%
Bakım Verme Süresi	3-9 ay	135	48.2
	10-16 ay	51	18.2
	17-23 ay	27	9.6
	24-30 ay	18	6.4
	31 ay ve üzeri	49	17.5
Hastalık ve Bakım Verme Hakkında Bilgi Alma Durumu	Alan	101	36.1
	Almayan	179	63.9
Bakım Vermede Kendisini Yeterli Görme Durumu	Evet	144	51.4
	Hayır	136	48.6
Bakım Verirken Başka Bireyden Yardım Alma Durumu	Alan	174	62.1
	Almayan	106	37.9
Bakım Verirken Profesyonel Destek Alma Durumu	Alan	114	40.7
	Almayan	166	59.3
Bakım Vermeye İlişkin Deneyim Varlığı	Var	63	22.5
	Yok	217	77.5
Bakmakla Yükümlü Olduğu Başka Kişi(ler) Varlığı	Var	154	55.0
	Yok	126	45.0

Tablo 4.2. Bakım Verenlerin Bakım Vermeye İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımları (n=280)

Özellikler		<i>n</i>	%
Bakım Verirken Zorlanılan Alanlar	Beslenme	87	31.1
	Giyinme	100	35.7
	Hareket ettirme	193	68.9
	Tuvalet	161	57.5
	Temizlik	121	43.2
	Pozisyon değiştirme	110	39.3
	İletişim	76	27.1
Bakım Verirken Fiziksel Sorun Yaşama Durumu	Yaşayan	155	55.4
	Yaşamayan	125	44.6
Yaşanılan Sorunlar (n=155)*	Yorgunlukta artma	152	98.1
	Yorgunlukta azalma	3	1.9
	İştah değişiminde artma	24	32.9
	İştah değişiminde azalma	49	67.1
	Boşaltım şekli ishal	3	7.3
	Kabızlık	30	73.2
	İdrarda değişim	8	19.5
	Uyku süresinde artma	23	19.2
	Uyku süresinde azalma	97	80.8
	Kişisel bakımda artma	3	3.2
	Kişisel bakımda azalma	90	96.8
	Bakım Verirken Psikolojik ve Bilişsel Sorun Yaşama Durumu	Yaşayan	143
Yaşamayan		137	48.9
Yaşanılan Sorunlar (n=143)*	Ağlama isteğinde artma	80	97.6
	Ağlama isteğinde azalma	2	2.4
	Gülme isteğinde artma	9	37.5
	Gülme isteğinde azalma	15	62.5
	Çaresizlik hissinde artma	93	98.9
	Çaresizlik hissinde azalma	1	1.1
	Konuşma isteğinde artma	61	85.9
	Konuşma isteğinde azalma	10	14.1
	Dikkat değişiminde artma	23	28.8
	Dikkat değişiminde azalma	57	71.3
	Sıkıntı hissinde artma	116	99.1
	Sıkıntı hissinde azalma	1	0.9
	Güçsüzlük hissinde artma	82	98.8
	Güçsüzlük hissinde azalma	1	1.2
	Ümitsizlik hissinde artma	86	98.9
	Ümitsizlik hissinde azalma	1	1.1
	Korku hissinde artma	74	94.9
	Korku hissinde azalma	4	5.1

*Bir bakım veren birden fazla yanıt vermiştir.

Tablo 4.2’de bakım verenlerin bakım vermeye ilişkin özelliklerinin dağılımları verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi bakım verenlerin %48.2’sinin 3-9 aydır bakım verdiği, %63.9’unun hastalık ve bakım vermeye ilişkin bilgi almadığı, %51.4’ünün kendisini bakım vermede yeterli gördüğü, %62.1’inin bakımda başka bireyden yardım aldığı, %59.3’ünün profesyonel destek almadığı, %77.5’inin bakım vermeye ilişkin deneyimsiz olduğu, %55’inin bakmakla yükümlü olduğu başka kişi/kişilerin olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin hasta bakımı sırasında en çok hareket ettirme (%68.9), tuvalet (%57.5) ve temizlik (%43.2) alanlarında zorlandıkları tespit edilmiştir. Öte yandan bakım verenlerin bakım verirken fiziksel (%55.4), psikolojik ve bilişsel sorunlar (%51.1) yaşadıkları belirlenmiştir. Yaşanan fiziksel sorunlara bakıldığında en çok artan yorgunluk hissi (%98.1), kişisel bakımda (%96.8) ve uyku süresinde (%80.8) azalmadır. Bakım verenlerin bakım verirken en çok yaşadıkları psikolojik ve bilişsel sorunlar ise sıkıntı hissi (%99.1), çaresizlik ve ümitsizlik (%98.9) duygularıdır.

Tablo 4.3. İnmeli Bireylerin Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımları (n=280)

Özellikler		n	%
Yaş ($\bar{X} \pm SS$)(<i>min-max</i>): 65.45±11.79 (24-82)	40-61 yaş	102	36.4
	62 yaş ve üzeri	178	63.6
Cinsiyet	Kadın	134	47.9
	Erkek	146	52.1
Medeni Durum	Evli	196	70.0
	Bekâr	84	30.0
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	115	41.1
	Okuryazar	50	17.9
	İlköğretim	67	23.9
	Lise ve üzeri	48	17.1
Çalışma Durumu	Çalışan	46	16.4
	Çalışmayan	234	83.6
Gelir Durumu	Gelir=gider	154	55.0
	Gelir>gider	17	6.1
	Gelir<gider	109	38.9

Tablo 4.3. İnmeli Bireylerin Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımları (n=280)

Özellikler		n	%
İnme Tanısı Aldığı Süre	3ay-4 yıl	200	71.4
	5-9 yıl	46	16.4
	10 yıl ve üzeri	34	12.1
İnme Geçirme Sayısı	Bir	160	57.1
	İki ve üzeri	120	42.9
İnme Tipi	İskemik	149	53.2
	Hemorojik	131	46.8
İnme Sonrası Gelişen Yetersizlik*	Yüz kol veya bacakta, vücudun bir tarafında güçsüzlük, uyuşma veya karıncalanma	179	63.9
	Yürüme güçlüğü	201	71.8
	Denge kaybı	184	65.7
	Kolları ve bacakları hareket ettirmede güçlük	187	66.8
	Yutma güçlüğü	92	32.9
	Konuşamama	40	14.3
	Konuşma güçlüğü	139	49.6
	Anlama güçlüğü	81	28.9
	Bir veya iki gözde görme sorunu veya çift görme	29	10.4
	Bilinç bulanıklığı veya kişilik değişiklikleri	58	20.7
İnme Dışında Başka Bir Kronik Hastalık Varlığı	Var	156	55.7
	Yok	124	44.3
BGYAI Puan Aralığı	Tam bağımlı (0-20 puan)	47	16.8
	İleri derece bağımlı (21-61 puan)	151	53.9
	Orta derecede bağımlı (62-90 puan)	81	28.9
	Hafif derecede bağımlı (91-99 puan)	1	0.4
BGYAI Toplam Puan Ortalaması	X±SS	Min	Max
	47.14±22.68	0	95

*Bir bakım veren birden fazla yanıt vermiştir.

BGYAI: Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

Tablo 4.3’de inmeli bireylerin sosyodemografik ve hastalık özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. İnmeli bireylerin yaş ortalaması 65.45 ± 11.79 (Min:24, Max:82), %63.6’sı 62 ve üzerinde bir yaşta olup, %52.1’i erkek, %70’i evli ve %41.1’i okur yazar değildir. İnmeli bireylerin %83.6’sının herhangi bir işte çalışmadığı, %55’inin gelirinin giderine eşit olduğu görülmüştür. %71.4’ü 3 ay-4 yıldır inme tanısı almış, %57.1’i bir defa inme geçirmiş ve %53.2’si iskemik tipte inme hastasıdır. Ayrıca inmeli bireylerin %71.8’inin inme sonrası yürüme güçlüğü, %66.8’inin kolları ve bacakları hareket ettirme güçlüğü, %65.7’sinin ise denge kaybı yaşadığı görülmüştür. İnmeli bireylerin %55.7’sinin inme dışında başka bir kronik hastalığının olduğu belirlenmiştir. Barthel günlük yaşam aktiviteleri indeksi puan aralığına baktığımızda %53.9’unun ileri derecede bağımlı olduğu belirlenmiştir. Barthel günlük yaşam aktiviteleri indeksi toplam puan ortalaması ise 47.14 ± 22.68 olarak belirlenmiş olup bakım alan inmeli bireylerin bağımlılık düzeyinin ileri derecede olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.4. Bakım Verenlerin BVYÖ Puan Ortalamaları (n=280)

BVYÖ Puan Aralığı		n	%
Hiç/Az Yok (0-20 puan)		69	24.6
Orta Düzeyde Bakım Yüğü (21-40 puan)		127	45.4
İleri Düzeyde Bakım Yüğü (41-60 puan)		54	19.3
Aşırı Bakım Yüğü (61-88 puan)		30	10.7
BVYÖ Toplam Puan Ortalaması	X±SS	Min	Max
	34.30±17.42	8.00	80.00

BVYÖ: Bakım Verme Yüğü Ölçeğı

Bakım veren bireylerin BVYÖ toplam puan ortalaması Tablo 4.4’de verilmiştir. BVYÖ puan aralığına baktığımızda bakım verenlerin %24.6’sının bakım yüğü yaşamadığı, %45.4’ünün orta düzeyde, %19.3’ünün ileri düzeyde ve %10.7’sinin ise aşırı düzeyde bakım yüğü yaşadığı belirlenmiştir. Toplam BVYÖ puanı 34.30 ± 17.42 olarak belirlenmiş olup bakım verme yüğü orta düzeyde bulunmuştur.

Tablo 4.5. Bakım Verenlerin MÖ Puan Ortalamaları (n=280)

MÖ Alt Boyut Puan Ortalamaları	X±SS	Min	Max
Sevecenlik	3.94±0.86	1.00	5.00
Umursamazlık*	3.56±1.18	1.00	5.00
Paylaşımların Bilincinde Olma	3.58±0.90	1.00	5.00
Bağlantısızlık*	3.76±1.06	1.00	5.00
Bilinçli Farkındalık	3.68±0.91	1.00	5.00
İlişki Kesme*	3.76±1.10	1.00	5.00
MÖ Toplam Puan Ortalaması	3.71±0.85	1.21	4.83

MÖ: Merhamet Ölçeği

*Toplam puan hesaplamasında ters puanlama yapılmıştır.

Bakım veren bireylerin MÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ve toplam MÖ puan ortalamaları Tablo 4.5’de gösterilmiştir. MÖ alt boyutlarından sevecenlik alt boyutu 3.94±0.86 ile en yüksek puanda olduğu, umursamazlık alt boyutu puan ortalamasının ise 3.56±1.18 ile en düşük puanda olduğu görülmektedir. Toplam MÖ puanı 3.71±0.85 olarak orta düzeyde belirlenmiştir.

Tablo 4.6. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerinin BVYÖ ve MÖ Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

Değişkenler	BVYÖ Puan Ortalamaları X±SS	p	MÖ Puan Ortalamaları X±SS	p
Yaş				
18-28 yaş	27.07±12.24	^a F=14.14 p=0.000 *3-4>1-2	4.01±0.51	^b χ^2_{kw} =16.82 p=0.001 **1-2>3-4
29-39 yaş	28.21±14.20		3.92±0.79	
40-50 yaş	35.58±17.24		3.63±0.81	
51 yaş ve üzeri	44.36±19.21		3.40±1.05	
Cinsiyet				
Kadın	35.78±18.55	^c t=1.701 p=0.090	3.69±0.93	^d U=9397.000 p=0.785
Erkek	32.30±15.61		3.74±0.75	
Medeni Durum				
Evli	35.38±17.53	^c t=1.691 p=0.092	3.69±0.86	^d U=7229.500 p=0.333
Bekâr	31.45±16.88		3.77±0.84	

Tablo 4.6. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerinin BVYÖ ve MÖ Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

Değişkenler	BVYÖ Puan Ortalamaları $\bar{X} \pm SS$	p	MÖ Puan Ortalamaları $\bar{X} \pm SS$	p
Eğitim Durumu				
Okur yazar değil	40.82±19.17	$^b\chi^2_{kw}=20.903$ $p=0.000$ $**1-2-3>4$	3.29±1.08	$^b\chi^2_{kw}=27.834$ $p=0.000$ $**4>1-2-3$
Okur yazar	41.67±21.20		3.25±1.04	
İlköğretim	37.22±18.03		3.63±0.79	
Lise ve üzeri	29.33±14.32		3.97±0.64	
Çalışma Durumu				
Tam gün çalışıyor	34.44±16.94	$^aF=1.655$ $P=0.193$	3.63±0.84	$^b\chi^2_{kw}=4.562$ $p=0.102$
Yarım gün çalışıyor	31.50±13.74		3.92±0.67	
Çalışmıyor	35.90±19.36		3.63±0.93	
Sosyal Güvencesi				
Var	32.30±15.61	$^c t=-3.462$ $p=0.001$	3.87±0.70	$^d U=2902.000$ $p=0.000$
Yok	43.76±22.02		2.95±1.08	
Gelir Durumu				
Gelir=gider	31.88±15.06	$^a F=14.259$ $p=0.000$ $*3>1-2$	3.85±0.66	$^b \chi^2_{kw}=18.464$ $p=0.000$ $**1-2>3$
Gelir>gider	26.96±13.66		4.07±0.64	
Gelir<gider	42.93±20.83		3.24±1.13	
Aile Tipi				
Çekirdek aile	33.33±16.54	$^c t=1.353$ $p=0.177$	3.83±0.76	$^d U=6510.000$ $p=0.001$
Geniş aile	36.33±19.04		3.46±0.96	
Kronik Hastalık Varlığı				
Var	30.60±14.30	$^c t=7.349$ $p=0.000$	3.91±0.64	$^d U=32.076$ $p=0.000$
Yok	47.59±20.91		2.99±1.09	
Hasta ile Yakınlık Derecesi				
Anne/baba	34.60±16.10	$^a F=0.670$ $p=0.571$	3.86±0.67	$^b \chi^2_{kw}=3.048$ $p=0.384$
Çocuğu	34.93±16.45		3.68±0.84	
Eşi	30.40±17.79		3.86±0.84	
Akraba	34.86±18.93		3.64±0.91	
Hasta ile Birlikte Yaşama Durumu				
Yaşayan	36.35±17.79	$^c t=3.316$ $p=0.001$	3.59±0.89	$^d U=5500.000$ $p=0.000$
Yaşamayan	29.28±15.45		4.02±0.67	

$p<0.05$, $^a F$ =Varyans Analizi, $^b \chi^2_{kw}$ =Kruskal-Wallis testi, $^c t$ =Bağımsız grup t testi, $^d U$ =Mann-Whitney U testi,

*LSD Post Hoc testi, ** Dunnet T3 Post Hoc testi

Bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerinin BVYÖ ve MÖ puan ortalamaları ile karşılaştırılması Tablo 4.6’ da verilmiştir. Buna göre araştırmaya alınan 18-28 yaş grubunda olan, eğitim durumu lise ve üzeri olan, sosyal güvenceye sahip olan, geliri giderinden fazla olan, kronik bir hastalığa sahip olan ve hasta ile birlikte yaşamayan bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamalarının düşük, MÖ puan ortalamalarının ise daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmaya alınan bakım verenlerin aile tipine göre BVYÖ puanları arasındaki fark anlamlı bulunmazken ($p>0.05$), MÖ puanları açısından arasındaki fark olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Tabloya göre bakım verenlerin cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu ve hasta ile yakınlık derecesine göre BVYÖ ve MÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Bakım Verenlerin Bakım Vermeye İlişkin Özelliklerinin BVYÖ ve MÖ Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

Değişkenler	BVYÖ Puan Ortalamaları $\bar{X}\pm SS$	p	MÖ Puan Ortalamaları $\bar{X}\pm SS$	p
Bakım Verme Süresi				
3-9 ay	27.23±12.08	^aF=52.678 p=0.000 *5>1-2-3-4	4.06±0.47	^b$\chi^2_{kw}=88.319$ p=0.000 **1-2-3-4>5
10-16 ay	28.88±12.69		3.96±0.55	
17-23 ay	34.19±16.10		3.94±0.71	
24-30 ay	37.50±17.33		3.52±0.66	
31 ay ve üzeri	58.33±13.28		2.44±0.87	
Hastalık ve Bakım Verme Hakkında Bilgi Alma Durumu				
Alan	31.31±13.17	^ct=-2.410 p=0.017	3.95±0.60	^dU=7333.000 p=0.009
Almayan	35.99±19.24		3.58±0.94	
Bakım Vermede Kendisini Yeterli Görme Durumu				
Evet	30.24±14.76	^ct=-4.099 p=0.000	3.96±0.62	^dU=7110.000 p=0.000
Hayır	38.60±18.98		3.45±0.98	
Bakım Verirken Başka Bireyden Yardım Alma Durumu				
Alan	39.86±19.69	^ct=4.294 p=0.000	3.37±1.00	^dU=6104.500 p=0.000
Almayan	30.92±14.94		3.92±0.67	
Bakım Verirken Profesyonel Destek Alma Durumu				
Alan	34.33±18.47	^ct=0.025 p=0.980	3.65±0.92	^ct=1.547 p=0.123
Almayan	34.27±15.83		3.81±0.72	

Tablo 4.7. Bakım Verenlerin Bakım Vermeye İlişkin Özelliklerinin BVYÖ ve MÖ Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

Bakım Vermeye İlişkin Deneyim Varlığı				
Var	32.21±13.69	^c t=1.272 p=0.206	3.66±0.87	^d U=5607.000 p=0.030
Yok	34.91±18.34		3.89±0.77	
Bakmakla Yükümlü Olduğu Başka Kişi(ler) Varlığı				
Var	37.47±18.81	^c t=3.425 p=0.001	3.92±0.72	^d U=7396.500 p=0.001
Yok	30.44±14.71		3.54±0.91	
Bakım Verirken Fiziksel Sorun Yaşama Durumu				
Yaşayan	42.54±17.73	^c t=10.346 p=0.000	3.43±0.96	^d U=6111.000 p=0.000
Yaşamayan	24.10±10.11		4.06±0.50	
Bakım Verirken Psikolojik ve Bilişsel Sorun Yaşama Durumu				
Yaşayan	42.01±19.09	^c t=8.035 p=0.000	3.34±0.97	^d U=5415.500 p=0.000
Yaşamayan	26.92±11.59		4.07±0.51	

p<0.05, ^aF=Varyans Analizi, ^b χ^2_{kw} =Kruskal-Wallis testi, ^ct=Bağımsız grup t testi, ^dU=Mann-Whitney U testi, *LSD Post Hoc testi, ** Dunnet T3 Post Hoc testi

Tablo 4.7’ de bakım verenlerin bakım vermeye ilişkin özelliklerinin BVYÖ ve MÖ puan ortalamaları ile karşılaştırılmasına verilmiştir. Buna göre 31 ay ve üzeri süredir bakım veren, hastalık ve bakım verme hakkında bilgi almayan, bakım vermede kendisini yeterli görmeyen, bakım verirken başka bireyden yardım alan, bakmakla yükümlü olduğu başka kişi/kişileri olan, bakım verirken fiziksel, psikolojik ve bilişsel sorun yaşayan bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamalarının yüksek, MÖ puan ortalamalarının ise daha düşük ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.05). Çalışmaya alınan bakım verenlerin bakımda profesyonel destek alma durumlarına göre BVYÖ ve MÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0.05). Tabloya göre bakım verenlerin bakım vermeye ilişkin deneyim durumuna göre BVYÖ puanları arasındaki fark anlamlı bulunmazken (p>0.05), MÖ puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 4.8. İnmeli Bireylerin Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerinin Bakım Verenlerin BVYÖ ve MÖ Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

Değişkenler	BVYÖ Puan Ortalamaları X±SS	P	MÖ Puan Ortalamaları X±SS	P
Yaş				
40-61 yaş	30.71±16.07	^c t=2.644	3.92±0.71	^d U=7061.000
62 yaş ve üzeri	36.37±17.86	p=0.009	3.59±0.91	p=0.002
Cinsiyet				
Kadın	35.02±17.86	^c t=0.661	3.69±0.89	^d U=9585.000
Erkek	33.64±17.04	p=0.509	3.74±0.82	p=0.771
Medeni Durum				
Evli	29.56±14.63	^c t=-6.976	3.92±0.71	^d U=4798.000
Bekâr	45.37±18.43	p=0.000	3.23±0.96	p=0.000
Eğitim Durumu				
Okur yazar değil	36.09±18.28	^a F=7.150 p=0.000 *1-2-3>4	3.54±0.95	^b x ² _{kw} =31.485 p=0.000 **4>1-2-3
Okur yazar	40.42±17.82		3.51±0.85	
İlköğretim	33.01±16.61		3.80±0.70	
Lise ve üzeri	25.46±11.92		4.20±0.55	
Çalışma Durumu				
Çalışan	35.35±17.54	^c t=2.286	3.66±0.88	^d U=4207.000
Çalışmayan	28.98±15.93	p=0.023	3.99±0.64	p=0.019
Gelir Durumu				
Gelir=gider	30.12±13.44	^a F=17.415 p=0.000 *3>1-2	3.96±0.55	^b x ² _{kw} =22.584 p=0.000 **1-2>3
Gelir>gider	26.12±11.72		3.96±0.86	
Gelir<gider	41.49±20.49		3.32±1.04	
İnme Tanısı Aldığı Süre				
3 ay-4 yıl	12.98±0.92	^a F=43.444 p=0.000 *2-3>1	1.09±0.18	^b x ² _{kw} =53.967 p=0.000 **1>2-3
5-9 yıl	17.43±2.57		0.87±0.12	
10 yıl ve üzeri	22.83±3.92		0.59±0.04	
İnme Geçirme Sayısı				
Bir	30.93±12.81	^c t=3.839 p=0.000	3.94±0.64	^d U=6727.500 p=0.000
İki ve üzeri	38.81±21.36		3.40±0.99	
İnme Tipi				
İskemik	38.05±19.71	^c t=4.032 p=0.000	3.46±0.93	^d U=6156.500 p=0.000
Hemorajik	30.05±13.20		4.00±0.64	
İnme Dışında Başka Bir Kronik Hastalık Varlığı				
Var	28.73±13.64	^c t=4.969 p=0.000	3.93±0.59	^d U=8022.000 p=0.014
Yok	38.73±18.81		3.54±0.98	

Tablo 4.8. İnmeli Bireylerin Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerinin Bakım Verenlerin BVYÖ ve MÖ Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

Değişkenler	BVYÖ Puan Ortalamaları $\bar{X} \pm SS$	<i>p</i>	MÖ Puan Ortalamaları $\bar{X} \pm SS$	<i>p</i>
Bağımlılık Düzeyi				
Tam bağımlı	52.74±18.64	^a F=38.021 p=0.000 *1>2-3-4	2.86±1.01	^b $\chi^2_{kw}=77.56$ 0 p=0.000 **2-3-4>1
İleri derecede bağımlı	34.17±15.81		3.67±0.76	
Orta derecede bağımlı	23.93±8.94		4.27±0.36	
Hafif derecede bağımlı	28.00±0.00		4.54±0.00	

p<0.05, ^aF=Varyans Analizi, ^b χ^2_{kw} =Kruskal-Wallis testi, ^ct=Bağımsız grup t testi, ^dU=Mann-Whitney U testi,

*LSD Post Hoc testi, ** Dunnet T3 Post Hoc testi

İnmeli bireylerin sosyodemografik ve hastalık özelliklerinin bakım verenlerin BVYÖ ve MÖ puan ortalamaları ile karşılaştırılması Tablo 4.8’de verilmiştir. Buna göre 40-61 yaş grubunda olan, medeni durumu evli olan, eğitim durumu lise ve üzeri olan, çalışmayan, geliri giderinden fazla olan, 3 ay-4 yıl inme tanısı alan, bir kez inme geçiren, hemorajik inme tipinde olan ve inme dışında başka bir kronik hastalığa sahip olan inmeli bireylere bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamalarının düşük, MÖ puan ortalamalarının ise daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.05). Tabloya göre inmeli bireylerin bağımlılık düzeylerine göre bakım verenlerin BVYÖ ve MÖ puanları arasındaki fark anlamlıdır (p<0.05). Çalışmaya alınan inmeli bireylerin cinsiyetlerine göre bakım verenlerin BVYÖ ve MÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.9. BVYÖ, MÖ ve BGYAİ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkisi

Değişkenler	1	2	3
1.MÖ	1		
2.BVYÖ	-0.786**	1	
3.BGYAİ (Hasta)	0.607**	-0.623*	1

BVYÖ: Bakım Verme Yükü Ölçeği, MÖ: Merhamet Ölçeği, BGYAİ: Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi, *p<0.05 düzeyinde önemli, ** p<0.01 düzeyinde önemli

İnmeli bireylere bakım verenlerin BVYÖ, MÖ ve BGYAİ puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 4.9’da verilmiştir. Buna göre inmeli bireylere bakım verenlerin BVYÖ ve MÖ toplam puanı arasında yüksek düzeyde ($r=-0.786$) negatif yönde, BGYAİ toplam puanı ile MÖ toplam puanı arasında orta düzeyde ($r=0.607$) pozitif yönde BVYÖ ve BGYAİ toplam puanı arasında ise orta düzeyde ($r=-0.623$) negatif yönde anlamlı ilişkiler ($p<0.05$) bulunmuştur.

Tablo 4.10. BVYÖ, MÖ ve BGYAİ Puanlarının Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi

Değişkenler	β	Standart Hata	B	t	P
Sabit	4.491	0.146		30.679	0.000
BVYÖ	-0.033	0.002	-0.667	-14.480	0.000
BGYAİ	0.017	0.002	0.449	8.136	0.000

$R=0.800$ Adj. $R^2=0.641$ $F_{(2,277)}=247.007$ $p<0.05$

BVYÖ: Bakım Verme Yükü Ölçeği, **BGYAİ:** Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi, β : Standardize edilmiş regresyon katsayısı, t: Bağımsız grup t testi

Modelde otokorelasyon olup olmadığını anlamak için Durbin-Watson (D-W) testine bakılmıştır. D-W değeri 1.937 olarak bulunmuş ve bulunan bu değer 2’ye yakın olduğu için otokorelasyon olmadığı söylenebilir. Çoklu bağlantı sorunu için ise tolerans değerlerine bakılmış ve tüm tolerans değerlerinin ($1-R^2$)’den büyük olduğu görülmüştür. Otokorelasyon ve çoklu bağlantı sorunlarının olmadığı görüldükten sonra analize devam edilmiştir. Tablo 4.10 incelendiğinde bakım yükü ve bağımlılık değişkenleri ile merhamet düzeyi değişkeni arasında anlamlı bir ilişki vardır ($R=0.800$, $R^2=0.641$, $p<0.05$). Bakım yükü ve bağımlılık değişkenleri merhametin toplam varyansının %64’ünü açıklamaktadır. Standardize edilmiş regresyon katsayısına (β) göre yordayıcı değişkenine göre, bakım yükü ve bağımlılık düzeyi değişkenlerinin merhametin anlamlı bir yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçları incelendiğinde bakım yükü yüksek olanların merhamet düzeyini azaltıcı yönde ve barthel indeksi yüksek olanların merhametinin arttırdığı yönde yordadığı söylenebilir.

5.TARTIŞMA

Bu bölümde çalışma kapsamına alınan 280 inmeli bireyler ve bakım verenlerden elde edilen bulguların aşağıdaki maddeler doğrultusunda literatür bilgileriyle karşılaştırılmalarına ve tartışmalarına yer verilmiştir.

- Bakım Verenlerin BVYÖ ve MÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması
- Bakım Verenlerin Bazı Özellikleri ile BVYÖ ve MÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması
- İnmeli Bireylerin Bazı Özellikleri ile BVYÖ ve MÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması
- BVYÖ ve MÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

5.1. Bakım Verenlerin BVYÖ ve MÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması

5.1.1. Bakım yükü

İnme tüm vücudu etkilemekle birlikte, algılama yetersizlikleri, emosyonel problemler, konuşma bozuklukları, ağrı ve günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yerine getirememe gibi sorunlara neden olmakta ve çok kapsamlı bir bakım gerektirmektedir (Kevser, 2016). Bu bakım genellikle aile üyeleri tarafından verilmekte olup bireylere ciddi yük getirmektedir (Şahin ve ark., 2009). Yapılan çalışmalarda da bakım yükünün ciddi boyutlara ulaşabilen fiziksel hastalıklara ve depresyon, anksiyete, sosyal izolasyon, tükenmişlik, huzursuzluk gibi psikolojik problemlere yol açtığı bildirilmektedir (Selçuk ve Avcı, 2016). Bakım verme yükünün belirlenmesi ile bahsedilen bu olumsuz sonuçları azaltmaya yönelik girişimlerin uygulanması, bakım verenin sağlık ve iyilik durumunun sürdürülmesi açısından önemlidir (Dağdeviren, 2017).

Bu çalışmada inmeli bireylere bakım verenlerde bakım yükü orta düzeyde bulunmuştur. Hem yurt dışında hem de ülkemizde yapılan çalışmalarda inmeli bireylere bakım verenlerin bakım yüklerinin benzer şekilde orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Hu ve ark., 2018; İmarhiagbe ve ark., 2017; Chafjini ve ark., 2017; Caro ve ark., 2016; Erkan, 2017, Yılmaz ve Ata, 2017; Şirzai ve ark., 2015; Yıldırım ve ark., 2013; Mollaoğlu ve ark., 2011). Literatürde farklı hastalıklara sahip bireylere bakım verenlerin bakım yüklerinin orta düzeyde olduğunu gösteren

çalışmalar da bulunmaktadır (Ateş ve ark., 2018; Ay ve ark., 2017; Özdemir ve ark., 2017; Türkmen ve ark., 2016; Orak ve Sezgin, 2015; Sarıtaş ve ark., 2014; Tel ve ark., 2012).

Bunun yanı sıra literatürde bu çalışma sonuçları ile farklılık gösteren çalışmalarda bulunmaktadır. Kalav ve Yurtsever'in (2019) inme tanısı almış hastalara bakım veren aile üyeleriyle yaptığı çalışmada bakım verenlerin ileri düzeyde bakım yükü yaşadığı saptanmıştır. Benzer bir şekilde Selçuk ve Avcı (2016) kronik hastalıklı bireylere bakım verenlerle yaptığı çalışmada en çok inmeli hastalara bakım verenlerin aşırı düzeyde bakım yükü yaşadığını bulmuşlardır. Bu çalışma ile bahsedilen çalışma sonuçları (Kalav ve Yurtsever, 2019; Selçuk ve Avcı 2016) arasındaki fark, örneklem özelliklerinden kaynaklı olabilir. Nitekin Kalav ve Yurtsever'in (2019) örneklemini incelendiğinde inmeli bireylerin yaş ortalamalarının (73.58 ± 11.15) bu çalışmadaki inmeli bireylerin yaş ortalamalarından (65.45 ± 11.79) yüksek olduğu görülmüştür. Yine Selçuk ve Avcı'nın (2016) örneklemini incelendiğinde hastaların çoğunluğunun yaşlı hastalardan (65–74 yaş; %53.2) oluştuğu görülürken, bu çalışmada ise orta yaş grubunda (40-61 yaş; %36.4) yer alan hastaların yüksek olmasının sonucu etkileyen bir durum olduğu düşünülebilir. Nitekim literatürde de bakım verme yükünü etkileyen faktörler arasında hastanın yaşı gösterilmektedir (Özgünay ve ark., 2019; Tuncay ve Fertelli, 2019; Sıkılmaz, 2018).

5.1.2 Merhamet

Merhamet, kaliteli hasta bakımı için gerekli bir faktördür (Sinclair ve ark., 2017). Hem profesyonel hemde profesyonel olmayan bakım verenlerin tedavi ve bakım esnasında inmeli bireylere karşı duyarlı ve merhametli davranış göstermeleri önemlidir. Merhametin, hastaların endişe hissini azalttığı, tedavi sürecini kolaylaştırdığı ve fiziksel sağlıklarını olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir (Dalgali ve Gürses, 2019; Cingi ve Eroğlu, 2018). Bununla birlikte merhametin pozitif psikolojik sağlık sonuçlarına yol açtığı, merhamet ile depresyon ve algılanan stres arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur (Stephen ve Masters, 2005). Bu sebeple merhametin hem bakım verenler tarafından hem de bakıma ihtiyacı olan bireyler açısından önemli olduğu belirtilmektedir. (Dalgali ve Gürses, 2018; Polat, 2016). Merhamet kavramının yönetilmesi için ise merhamet düzeylerinin

ölçülmesine ihtiyaç vardır (Çınar ve Arslan, 2018). Fakat literatür incelendiğinde merhamet ile ilgili çalışmaların daha çok yoğun bir bakım süreci gerektiren bölümlerde profesyonel olarak hizmet veren sağlık çalışanlarında olmakla birlikte çoğunlukla hemşirelerde araştırıldığı görülmektedir (Alkan ve ark., 2019; Arlı ve Balkan, 2018; Cingi ve Eroğlu, 2018; Durkin, 2016). Hemşireler de merhamet düzeylerinin incelendiği çalışmalarda merhamet düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Özan, 2019; Gündüzoğlu ve ark., 2019; Çınar ve ark., 2018; Çingöl ve ark., 2018). Doktorlarla yapılan bir çalışmada da merhamet düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Cingi ve Eroğlu, 2018). Buna karşın inmeli bireylere bakım vermek durumunda kalan profesyonel olmayan bakım verenlerde merhamet düzeylerinin araştırılmadığı görülmektedir. İnmeli bireylere bakım verenlerde merhamet düzeyinin incelendiği ilk araştırma olan bu çalışmada bakım verenlerin merhamet düzeylerinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Literatürde inmeli bireylere bakım verenlerde yapılmış bir çalışma olmadığı için sonuçlar başka çalışmalar ile karşılaştırılamamıştır. Fakat Avşaroğlu ve Güleş (2019) profesyonel bakım verici olmayan, özel gereksinimli çocuğa sahip anne ve babaların merhamet düzeyini araştırdığı çalışmada merhamet düzeyini yüksek düzeyde saptamışlardır. Avşaroğlu ve Güleş'in (2019) çalışması ile bu çalışma sonuçları arasındaki fark örneklem özelliklerinden kaynaklı olabilir. Avşaroğlu ve Güleş (2019) özel gereksinimli çocukların anne ve babaları ile çalışırken, bu çalışmada daha yaşlı hasta grubu ile çalışılmıştır. Engelli çocuğu olan ailelerin engelli çocuğun dünyaya gelişini kendilerinin çok iyi ve merhametli olmaları nedeniyle bir lütuf olarak görmelerinin (Acar, 2009) bu durumda etkili olduğu düşünülebilir. Bunun yanı sıra yaşlı bireyin bakımı daha zor olarak algılanmakta ve bakım verenlerde aşırı sorumluluk, stres, hayal kırıklığı, öfke ve tükenmeye neden olmaktadır (Selçuk ve Avcı, 2016; Köse ve ark., 2015; Karahan ve Güven, 2002).

5.2. Bakım Verenlerin Bazı Özellikleri ile BVYÖ ve MÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması

Ülkemizdeki ataerkil aile yapısı ve geleneklerine bağlı olarak sürdürülen yaşantı nedeniyle aile üyelerinin bakımından genellikle eş, kız, gelin gibi evde bulunan kadınlar sorumlu olarak görülmektedir (Tanrıku, 2019). Kadınların bakım verme

işlevine uygun görülmesinin nedenleri olarak; genellikle toplumlar tarafından ev işleri ve aile ile ilgili özel alanların, kadının doğal işi olarak görülmesinden, daha merhametli, daha duyarlı davranmaları, yakın ve güçlü ilişki kurabilme becerilerine sahip olmaları ve erkeklere kıyasla bakım verme işlevinin zorlukları ile daha iyi baş edebilecekleri düşüncesindedir (Yeşil ve ark., 2016; Şirzai ve ark., 2015; Aşiret, 2011). Bu çalışmada da bakım verenlerin %35.8'i hastanın kızı olup, çoğunluğunun kadınlardan (%57.5) oluşması literatürle uyumludur (Kalav ve Yurtsever, 2019; Özgünay ve ark., 2019; Tuncay ve Fertelli, 2019).

Bakım yükünü etkileyen faktörlerden biride yaştır (Uygun ve Taylan, 2018; Yıldız ve Ekinci, 2017; Selçuk ve Avcı, 2016). Bu çalışmada 51 ve üzeri yaş grubunda olan bakım verenlerin bakım yüklerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatüre bakıldığında çalışma bulgumuza paralel olarak, bakım verenlerin yaşı arttıkça bakım verme yükü puanının da arttığı saptanmıştır (Kalav ve Yurtsever, 2019; Özgünay ve ark., 2019; Özmen ve Yurttaş, 2018; Çeler ve ark., 2018; Gülpak ve Kocaöz, 2014; Tel ve ark., 2012). Bakım verenlerin yaşının ilerlemesi fiziksel sağlık sorunlarında artma ve hasta ihtiyaçlarını karşılamada bir takım zorluklar yaşamalarına; emekli olma veya çalışamamaya bağlı finansal sorunlar yaşamalarına ve sosyal etkileşimde azalmaya bağlı olarak bakım yükünü arttırabilir (Sıkılmaz, 2018). Ayrıca 51 ve üzeri yaş grubunda olan bakım verenlerin merhamet düzeylerinin diğer yaş gruplarına göre daha düşük olduğu da belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde farklı örneklerde yapılan çalışmalarda, bu çalışma sonucundan farklı olarak yaş arttıkça merhamet düzeyinin arttığını gösteren çalışmalara rastlanırken (Arkan ve ark., 2019; Cingi ve Eroğlu, 2018), yaş ile merhamet düzeyi arasında farkın önemli olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Çalışoğlu, 2018; Çingöl ve ark., 2018).

Bu çalışmada bakım verenlerin eğitim düzeyinin bakım yükünü etkilediği, bakım verenlerin eğitim düzeyi arttıkça bakım yükünün azaldığı ve bu bulgunun literatürle uyumlu olduğu belirlenmiştir (Kalav ve Yurtsever, 2019; Metin ve Karataş, 2018; Akosile ve ark., 2018; Han, 2018; Karıcı ve ark., 2018). Bu sonuçta, eğitim düzeyinin yükselmesiyle birlikte bireylerin bilgiye ulaşma, bilgiyi anlamlandırma ve bilgiyi uygulama yönünden daha etkili oldukları ayrıca finansal

kaynaklara nasıl erişebileceklerini ve kullanabileceklerini bilmelerinin etkili olduğu düşünülebilir (Sıkılmaz, 2018). Ayrıca çalışmada eğitim durumu lise ve üzeri olan bakım verenlerin merhamet düzeylerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Arkan ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada lisansüstü eğitim düzeyine sahip hemşirelerin merhamet düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Özan'ın (2019) yaptığı çalışmada ise bu çalışma sonucundan farklı olarak eğitim değişkeninin merhamet düzeyi ile ilişkisinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan çalışmalarla farklılıkların sebebi literatürün sağlık çalışanlarına uygulanmasından kaynaklı olabileceği düşünülebilir.

Bu çalışmada geliri giderinden az olan bakım verenlerin bakım yüklerinin diğer gelir grubundakilere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuç literatürdeki daha düşük sosyoekonomik düzeye sahip bakım verenlerin daha fazla yüke sahip olduğunu belirten çalışmalarla benzerdir (Karcı ve ark., 2018; Çeler ve ark., 2018; Yeşil ve ark., 2016; Tosun ve ark., 2015). Ekonomik durumu kötü olan bakım verenlerin sağlık hizmetine yeterince ulaşamadıkları, bu durumun hastalık sürecini olumsuz etkilediği ve bakım yükünü arttırdığı düşünülebilir (Türkmen ve ark., 2016). Çalışmada bakım verenlerin gelir düzeyleri ile merhamet düzeyleri karşılaştırıldığında geliri giderinden az olan bakım verenlerin ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Literatür araştırıldığında bu çalışmadan farklı olarak bazı araştırmalar da gelir düzeyinin merhamet düzeyi ile ilişkisinin olmadığı görülmüştür (Seven ve ark., 2019; Çingöl ve ark., 2018; İşgör, 2017).

Çalışmada aile tipi ile bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, merhamet düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu, geniş aile tipinde olan bakım verenlerin merhamet düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç inmeli bireye bakım verenlerin bakım yükünün aile tipinden etkilenmediği gösteren bir çalışma ile benzerken (Selçuk ve Avcı, 2016), hemşirelik öğrencileri (Seven ve ark., 2019) ve sınıf öğretmenlerinde (Çalışoğlu, 2018) merhametin incelendiği aile tipi ve merhamet arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmalar ile farklıdır.

Bakım veren kişinin sağlık sorununun olmasının hem bakım yükünün artmasına hem de hasta bakım sürecinde aksaklıklara neden olabileceği düşünülebilir (Eğilli ve Sunal, 2017). Çalışmada kronik hastalığı olmayan bakım verenlerin bakım

yüklerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuç literatürdeki bazı çalışma sonuçlarından farklılık göstermektedir (Kalav ve Yurtsever, 2019; Özgünay ve ark., 2019; Ödemiş, 2018; Karcı ve ark., 2018; Erkan, 2017; Yıldız ve Ekinci, 2017; Ay ve ark., 2017). Bu sonucun kronik hastalığı olanların hastalığa uyum sağlarken güçlenebildiği, kronik hastalığı olmayanların ise inmeli bireye bakım verdiği zaman içerisinde, kendini daha fazla baskı altında hissederek, daha fazla bakım yükü yaşadığı şeklinde yorumlanabilir. Çalışmada kronik bir hastalığı bulunan bakım verenlerin merhamet düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ayrıca bu çalışmada 31 ay ve üzeri süredir bakım verenlerin bakım verme yüklerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu, merhamet düzeylerinin ise daha düşük olduğu belirlenmiştir. Eğilli ve Sunal'ın (2017) çalışmasında hastalara bir yıldan daha az süreyle bakım verenlerin bakım verme yükü puan ortalaması hastalara bir yıldan daha fazla süreyle bakım verenlerin bakım verme yükü puan ortalamasından daha düşük bulunmuştur. Selçuk ve Avcı (2016) çalışmasında, 37 ay ve daha uzun süre bakım veren bireylerin bakım yüklerinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Bu bağlamda yapılan çalışma literatür ile paralellik göstermektedir. Öte yandan uzun süreli bakım verme, bakım verenlerin çeşitli stresörlere daha uzun süre maruz kalmasını sağlayarak daha fazla fiziksel, duygusal, sosyal ve maddi sorunlara neden olabilmektedir (Kaynar ve Vural, 2018; Söğüt ve Dündar, 2017). Bu durumun, bakım verenlerin merhamet düzeylerinin azalmasına neden olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada hasta bakımına ilişkin bilgi almayan ve kendilerini yeterli görmeyen bakım verenlerin bakım yüklerinin hasta bakımına ilişkin bilgi alan ve kendilerini yeterli görenlere kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bakım verenin tıbbi sorunlarla ilgili bilgilendirilmesinin bakım verenin anksiyete, depresyon ve diğer psikolojik sorunlarında farkındalık yarattığı bilinmektedir (Özgünay ve ark., 2019). Hekmatpou ve arkadaşlarının (2019) yapmış olduğu çalışmada inmeli hastaların bakım verenlerine verilen hasta bakımı eğitiminin bakım yüklerini azalttığı görülmüştür. Yapılan farklı çalışmalarda da eğitim alan bakım verenlerin hastalarına daha güvenli bakım verdikleri, bakım yükleri ve depresyon düzeylerinin azaldığı, yaşam doyumlarının arttığı belirlenmiştir (Varol, 2018; Bıçkılı, 2018; Arslan, 2017).

Ayrıca çalışmada hasta bakımına ilişkin bilgi almayan ve kendilerini yeterli görmeyen bakım verenlerin merhamet düzeylerinin daha düşük olduğu bulunan bir diğer sonuçtur. Literatür incelendiğinde bakım verme konusunda yeterli eğitim ve donanıma sahip olmayan bakım verenlerin, bakım vermekten dolayı uzun süre strese maruz kaldıktan sonra merhametlerinin azaldığı ve merhamet yorgunluğu riski ile karşılaştıkları görülmektedir (Day ve Anderson, 2011; Day, Ruth ve Davis, 2014).

Bu çalışmada bakım verirken fiziksel, psikolojik ve bilişsel sorun yaşayan bakım verenlerin, yaşamayanlara göre bakım yüklerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ödemiş (2018) çalışmasında bakım verirken fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorun yaşayan bakım verenlerin bakım yüklerinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Benzer şekilde başka bir çalışmada da bakım vermenin ortaya çıkardığı gereksinimlerin, bakım veren için stres kaynağı oluşturduğu, bu durumun kişinin sağlığını etkilediği ve bakım verirken sağlık sorunu gelişenlerin gelişmeyenlere göre bakım verme yüklerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Gülpak ve Kocaöz, 2014). Çalışmada bakım verirken fiziksel, psikolojik ve bilişsel sorun yaşamayanın merhamet düzeyini azalttığı bulunan bir başka sonuçtur. Bu sonuçlar doğrultusunda özellikle yatağa tam bağımlı hastalara bakım verenlerde, sağlık sorunlarının ve tükenmenin önlenmesi için; sosyal destek kaynaklarının harekete geçirilmesi, stresle etkili baş etme yöntemlerinin öğretilmesi ve evde bakım hizmetleri kapsamında profesyonel sağlık çalışanlarından sürekli ve destekleyici yardım alınmasının (Mollağlu ve ark., 2011) merhameti arttırmada önemli olduğu söylenebilir.

5.3. İnmeli Bireylerin Bazı Özellikleri İle BVYÖ ve MÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması

Bu çalışmada 62 ve üzeri yaş grubunda olan inmeli bireylere bakım verenlerin bakım yüklerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatüre bakıldığında çalışma bulgumuza paralel olarak, bakım verilen bireylerin yaşı arttıkça bakım verenlerin bakım verme yükü puanının da arttığı saptanmıştır (Özgünay ve ark., 2019; Sıkılmaz, 2018; Kalınkara ve Kalaycı, 2017; Selçuk ve Avcı, 2016; Tel ve ark., 2012). Çalışmada inmeli bireylerin yaş gruplarına göre merhamet düzeyleri karşılaştırıldığında, 62 ve üzeri yaş grubunda olan inmeli bireylere bakım verenlerin

merhamet düzeylerinin diğer gruplara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. İleri yaş grubundaki bireyler günlük yaşam aktivitelerini kendi başına yerine getirmede güçlük yaşayarak, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan bakım verene daha çok bağımlı hale gelmekte ve daha uzun süreli bakım gereksinimleri ortaya çıkmaktadır (Selçuk ve Avcı, 2016). Bu durumun bakım verenlerin merhamet düzeylerinin azalmasına sebep olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada medeni durumu bekâr olan inmeli bireylere bakım verenlerin bakım yüklerinin evli olanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum evli olmayan hastaların bakım verenlerinin bakım verme rollerinde evli olanlara göre daha bağımsız hareket edebilmeleriyle açıklanabilir. Literatürde bizim çalışmamızdan farklı olarak inmeli hastaların medeni durumlarının bakım verenlerin bakım yüküne etkisinin olmadığı tespit eden çalışmalar bulunmaktadır (Çelik, 2014; Koçak, 2011). Ayrıca çalışmada inmeli bireylerin medeni durumlarına göre bakım veren bireylerin merhamet düzeyleri incelendiğinde evli olmayan inmeli bireylere bakım verenlerin merhamet düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışmada eğitim durumu lise ve üzeri olan inmeli bireylere bakım verenlerin bakım yüklerinin diğer gruplara göre daha düşük olduğu, merhamet düzeylerinin ise daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgu literatür ile paralellik göstermektedir (Selçuk ve Avcı, 2016; Işık, 2013; Tel ve ark., 2012). Eğitim düzeyi yüksek olan hasta bireylere bakım verenlerin bakım ve tedavi gereksinimi ile ilgili farkındalıklarının yüksek olmasından, bakım ve tedaviyi daha kolay anlayıp uyumlarının daha iyi olmasından veya bakım veren ile işbirliği yapmasından kaynaklı olarak bakım yükünde etkili olduğu bilinmektedir (Sıkılmaz, 2018). Bu durumun merhamet düzeyinde de etkili olduğu düşünülebilir.

Literatüre göre tam bağımlı bireyin bakımının daha çok zaman aldığı ve bakım veren bireyler için bakım yükünü arttırdığı belirtilmektedir (Atagün ve ark., 2011; Aşiret, 2011). Bu çalışmada Barthel günlük yaşam aktiviteleri indeks puanı ile bakım yükü puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Barthel günlük yaşam aktiviteleri indeks puanı azaldıkça bakım verme yükü puanı artmaktadır. Bu bulgunun literatürle uyumlu olduğu görülmüştür (Ödemiş, 2018; Çelik, 2014). Mollaoğlu ve arkadaşlarının (2011) yapmış olduğu çalışmada da Barthel İndeksi'ne göre ileri derecede bağımlı olan hastaya bakım verenlerin bakım

yüklerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çalışmada Barthel günlük yaşam aktiviteleri indeks puanı ile merhamet ölçeği puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Ancak literatürde inmeli bireylerin bağımlılık düzeyi ile bakım verenlerin merhamet düzeyini karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Hastaların bağımlılık düzeyinin artması, bakım verenin bakıma ayırdığı zamanın uzamasına, kendi yaşamı ve sorumluluklarına ayırdığı zamanın azalmasına ve sosyal yaşamının sınırlanmasına yol açarak, bakım verenin hem fiziksel hem de ruhsal açıdan tükenmesine sebep olabilir (Sögüt ve Dündar., 2017; Özden ve ark., 2016; Selçuk ve Avcı, 2016). Bu durumun inmeli bireylere bakım verenlerin merhamet düzeylerinin azalmasına da neden olduğu düşünülebilir. Nitekim merhametin stres, destek eksikliği, merhametten yoksun öğrenilmiş davranışlar nedeniyle zaman içinde değişimler gösterebildiği belirtilmektedir (Papadopoulos ve Ali, 2016).

5.4. BVYÖ ve MÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Çalışmadan elde edilen bir diğer sonuç, inmeli bireye bakım verenlerde bakım yükü ile merhamet düzeyi arasında negatif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki olmasıdır. Bu sonuç, bakım yükü yüksek olan bireylerinin merhamet düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir. Öte yandan bu çalışmada bakım yükünün merhametin anlamlı bir yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir.

Bakım verme sürecinde yaşanan bakım yükü, bakım veren kişilerin stres, tükenmişlik, sevilen birinin çektiği acıları hafifletmemek gibi olumsuz duyguları yaşamaları, zamanla kendi gereksinimlerini ihmal ederek merhametlerinin azalmasına neden olabilmektedir (Cingi ve Eroğlu, 2018; Blair ve ark., 2017; Perry ve Edwards, 2015). Merhamet düzeylerinin azalması ise bireylerin tükenme, depresyon gibi sorunlarını artırarak daha fazla bakım yükü yaşamasına neden olabilmektedir (Kalınkara ve Kalaycı, 2017). Literatürde inmeli bireye bakım veren bireylerin bakım yükü ve merhamet düzeyini araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Fakat bu çalışma sonucuna benzer olarak, Alzermier hastalarına bakım veren eşlerde merhametin araştırıldığı ve merhametin bakım yükünü azalttığı saptanmıştır (Monin ve ark., 2015).

Merhamet, bakımın bireysel, uygun ve doğru verilmesini sağlayarak bakımın kalitesini arttırmakta, hem hastalar için daha iyi klinik sonuçlara, hem de bakım verenlerin yaşam kalitesinin artmasına, tükenmişlik ve bakım yükü duyguları gibi olumsuz sonuçlarının azalmasına neden olduğu bildirilmektedir (Patel ve ark., 2018; Sinclair ve ark., 2017). Yapılan çalışmalarda merhametin bakım verenlerin mutluluğunu, olumlu düşünmesini ve pozitif ruh halini arttırdığı (Akdeniz ve Deniz 2016; Shapira ve Mongrain, 2010; Stephen ve Masters, 2005) ve merhametin öznel iyi oluşun anlamlı bir yordayıcısı olduğu kanıtlanmıştır (İşgör, 2017; Leary ve ark., 2007). Bu sebeple merhametin hem bakım verenler tarafından hem de bakımı alan bireyler açısından önemli olduğu belirtilmektedir (Dalgacı ve Gürses, 2018; Polat, 2016). İnmeli bireye bakım verenlerin çoğunlukla aile üyeleri olduğu ve bakım verenlerin yoğun bir bakım yükü yaşadığı düşünülürse hem bakım alanın hemde bakım veren bireylerin sağlığı açısından merhametin belirlenmesinin önemli olduğu söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

İnmeli bireylere bakım verenlerde bakım yükü ve merhamet düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Bu çalışmada bakım veren bireylerin %45.4'ünün orta düzeyde bakım yükü yaşadığı belirlenmiştir. Toplam BVYÖ puanı 34.30 ± 17.42 olarak belirlenmiş olup bakım verme yükü orta düzeyde bulunmuştur (**Tablo 4.4**).
2. Bu çalışmada bakım veren bireylerin MÖ alt boyutlarından sevecenlik alt boyut puan ortalaması 3.94 ± 0.86 , umursamazlık alt boyut puan ortalaması 3.56 ± 1.18 , paylaşımların bilincinde olma alt boyut puan ortalaması 3.58 ± 0.90 , bağlantısızlık alt boyut puan ortalaması 3.76 ± 1.06 , bilinçli farkındalık alt boyut puan ortalaması 3.68 ± 0.91 ve ilişki kesme alt boyut puan ortalaması 3.76 ± 1.10 olarak bulunmuştur. Toplam MÖ puanı 3.71 ± 0.85 olarak orta düzeyde belirlenmiştir (**Tablo 4.5**).
3. Bu çalışmada bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerinden yaş, eğitim durumu, sosyal güvencesi, gelir durumu, kronik hastalık varlığı ve hasta ile birlikte yaşama durumu ile BVYÖ ve MÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$) (**Tablo 4.6**).
4. Bu çalışmada bakım verenlerin bakım vermeye ilişkin özelliklerinden bakım verme süresi, hastalık ve bakım verme hakkında bilgi alma durumu, bakım vermede kendisini yeterli görme durumu, bakım verirken başka bireyden yardım alma durumu, bakmakla yükümlü olduğu başka kişi/kişilerin varlığı, bakım verirken fiziksel, psikolojik ve bilişsel sorun yaşama durumu ile BVYÖ ve MÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$) (**Tablo 4.7**).
5. Bu çalışmada inmeli bireylerin sosyodemografik ve hastalık özelliklerinden yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, inme tanısı aldığı süre, inme geçirme sayısı, inme tipi, inme dışında başka bir kronik hastalık varlığı ve inmeli bireyin bağımlılık düzeyi ile BVYÖ ve MÖ

puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) (**Tablo 4.8**).

6. Bu çalışmada inmeli bireylere bakım verenlerin BVYÖ ve MÖ toplam puanı arasında yüksek düzeyde ($r=-0.786$) negatif yönde, BGYAİ toplam puanı ile MÖ toplam puanı arasında orta düzeyde ($r=0.607$) pozitif yönde, BVYÖ ve BGYAİ toplam puanı arasında ise orta düzeyde ($r=-0.623$) negatif yönde anlamlı ilişkiler ($p<0.05$) bulunmuştur (**Tablo 4.9**).
7. Bu çalışmada bakım yükü, bağımlılık düzeyi ile merhamet düzeyi değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olduğu ($R=0.800$, $R^2=0.641$, $p<0.05$), bakım yükü ve bağımlılık düzeyinin merhametin anlamlı bir yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir ($F_{(2,277)}= 247.007$ $p<0.05$) (**Tablo 4.10**).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

- Bakım verenlerin bakım yükü ile merhamet düzeyleri ve etkileyen faktörlerin düzenli olarak değerlendirilmesi,
- Bakım verenlerin kaliteli bakım vermesini sağlayacak, bakım verme yükünü azaltacak, merhamet düzeyini yükseltecek, hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi,
- İnmeli bireylere bakım verenlerin bakım yükünü azaltmak ve merhamet düzeylerini arttırmak için bakım verenler de merhamet kavramı konularında farkındalık oluşturulması, destek sistemlerinin artırılması, bu konuda bilinçlendirilme çalışmalarının yapılması özellikle hemşirelerin bakım veren bireylerin sorunlarını belirleyerek bu sorunlarla baş etmelerine yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi,
- İnmeli bireylere bakım verenlerin bakım verirken yaşadıkları zorluklarla baş etmeleri için psikolojik ve sosyal destek sağlanması, bakım verenlerin dinlenmesi ve duygusal olarak rahatlayabileceği ortamlar oluşturulması veya bakım verenlere danışmanlık hizmetinin sağlanması,

- Hemşirelerin inmeli bireylere ve bakım verenlerine hastaneden taburcu olduğu andan itibaren bakım vermeye ilişkin eğitim vermesi ve evde bakım hizmetlerinin inmeli bireylere bakım verenlerde yükü hafifleten bir hizmet olduğunun anlatılması,
- Hemşirelerin inmeli bireylere bakım verenlerin bakım yükü ve merhamet düzeylerini belirlemeye yönelik daha geniş örneklemli çalışmaların planlanması önerilebilir.



KAYNAKLAR

1. Acar, M. (2009). Zihinsel ve Fiziksel Özürlü Çocuğa Sahip Anne ve Babaların Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
2. Akdeniz, S., Deniz, M.E. (2016). Merhamet Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 4(1): 50-61.
3. Akosile, C.O., Banjo, T.O., Okoye, E.C., Ibikunle, P.O., Odole, A.C. (2018). Informal caregiving burden and perceived social support in an acute stroke care facility. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1): 57.
4. Altun, Y., Aydın, İ., Algın, A. (2018). Adıyaman İlinde İnme Tiplerinin Demografik Özellikleri. *Türk Nöroloji Dergisi*, 24(1): 26-31.
5. Arkan, B., Yılmaz, D., Düzgün, F. (2019). Determination of Compassion Levels of Nurses Working at a University Hospital. *Journal of Religion and Health*, 4(3): 273-282.
6. Arlı, Ş.K., Bakan, A.B. (2018). Cerrahi Hemşirelerde Merhamet ve Kültürlerarası Duyarlılığı Etkileyen Faktörler. *Araştırma Research*, 27(4): 277-283.
7. Arsava, E.M., Öztürk, V., Kutluk, K., Uzuner, N. (2015). İskemik İnme Tanısı: Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu-2015. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*, 21(2): 80-84.
8. Aslan, S. (2017). Demanslı Hastalara Bakım Verenlere Verilen Eğitimin Bakım Yüküne ve Depresyon Düzeyine Etkisi. Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
9. Aşiret, G.D. (2011). İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yükü. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
10. Aşiret, G.D., Kapucu, S. (2012). İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yükü. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2: 73-80.

11. 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.
12. Ateş, E., Set, T., Canyılmaz, E., Çakır, N.G., Yurtsever, C., Yöney, A. (2018). Kanser Hastalarının ve Onlara Bakım Veren Kişilerin Depresyon ve Anksiyete Durumlarının Değerlendirilmesi. *Med J*, (1): 61-7.
13. Avcı, Y.D., Gözüm, S., Özer, Z. (2016). İnmeli Hastaların Ailelerinin, Bakım Verme Yeterliliğini Geliştirmek İçin Yapılan Girişimler: Sistemik Derleme. *TJFM&PC*, 10(3): 164-174.
14. Avşaroğlu, S., Güleş, E. (2019). Özel Gereksinimli Çocuğa Sahip Anne Babaların Yaşam Doyumlarının Öz-Anlayış ve Merhamet Düzeyleri Açısından İncelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 27(1): 365-376.
15. Ay, S., Ünübol, H., Ezer, S., Omay, O., Sayar, G.H. (2017). Yaşlı Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükleri ve Başa Çıkma Biçimleri ile Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Fam Pract Palliat Care*, 2(3): 38-44.
16. Babaei, S., Taleghani, F. (2019). Compassionate Care Challenges and Barriers in Clinical Nurses: A Qualitative Study. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 24(3):213-219.
17. Balkan, S. (Ed.), (2009). *Serebrovasküler Hastalıklar*. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 51-62.
18. Balkan, S. (Ed.), (2009). *Serebrovasküler Hastalıklar*. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 29-36.
19. Balkan, S. (Ed.), (2009). *Serebrovasküler Hastalıklar*. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 207-223.
20. Barthel, M., Mahoney. K., (2003). Agency For Health Care Policy and Research Publication. *After Stroke Recovery Patient Guidelines Booklet*; Government Printing Office Washington Dc. 23-27.
21. Bıçkı, A. (2018). Erişkin Yoğun Bakım Ünitesinden Taburcu Olacak Hastaların Bakım Vericilerine Yönelik 'Planlı Taburculuk Eğitiminin' Güvenli Hasta Bakımına Ve Bakım Yüküne Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

22. Bilgili, N. (2000). Yaşlı Bireye Bakım Veren Ailelerin Karşılaştıkları Sorunların Belirlenmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
23. Bilgili, N., Gözüm, S. (2014). İnmeli Hastaların Evde Bakımı: Bakım Verenler İçin Rehberi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 7(2): 128-150.
24. Blair, M., Beth, P. (2017). Family caregiving and compassion fatigue: a literature review. The Journal of the Gerontological Nursing Association (Perspectives), 39(2): 14-19.
25. Boehme, A.K., Esenwa, C., Elkind, M.S. (2017). Stroke Risk Factors, Genetics, and Prevention. Circulation Research, 120(3): 472-495.
26. Cameron, M.H., Monroe, L.G. (2011). Fiziksel Rehabilitasyon: Kanıta Dayalı Muayene Değerlendirme ve Girişim. Aksoy, C., Dıraçoğlu, D.(Ed.) Nobel Tıp Kitabevleri, isbn : 978-975-420-832-0.
27. Caro, C.C., Costa, J.D., Da Cruz, D.M.C. (2018). Burden and quality of life of family caregivers of stroke patients. Occupational Therapy in Health Care, 33: 1-18.
28. Chafjiri, R., Navabi, N., Shamsalinia, A., Ghaffari, F. (2017). The relationship between the spiritual attitude of the family caregivers of older patients with stroke and their burden. Clin Interv Aging, 1(12): 453-458.
29. Cheng, H.Y., Chair, S.Y., Chau, J.P. (2014). The effectiveness of psychosocial interventions for stroke family caregivers and stroke survivors: a systematic review and meta-analysis. Patient Educ Couns, 95: 30-44.
30. Cingi, C.C., Eroğlu, E. (2018). Sağlık çalışanlarında merhamet yorgunluğu. Osmangazi Tıp Dergisi, 41(1): 58-71.
31. Clark, M.M., Atherton, P.J., Lapid, M.I., Rausch, S.M., Frost, M.H., et al. (2013). Caregivers of Patients With Cancer Fatigue: A High Level of Symptom Burden. American Journal of Hospice and Palliative Medicine, p:1-5
32. Crawford, P., Brown, B., Kvangarsnes, M., Gilbert, P. (2014). The design of compassionate care. J Clin Nurs, 23(23-24): 3589-99.

33. Crocker, J., Canevello, A. (2008). Creating and undermining social support in communal relationships: the role of compassionate and self-image goals. *J Pers Soc Psychol*, 95(3): 555-575.
34. Çalışoğlu, M. (2018). The Analysis of the Compassion Levels of the Classroom Teachers in Terms of Different Variables. *Journal of Education and Training Studies*, 6(7): 63-72.
35. Çeler, H.G., Özyurt, B.H., Elbi, H., Özcan, F. (2018). Meme Kanseri Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesinin ve Bakım Yükünün Değerlendirilmesi. *Ankara Med J*, 2: 164-74.
36. Çelik, A. (2014). İnmeli Hastalarda Fonksiyonel Durumun Bakım Verenlerin Bakım Yüküne ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
37. Çınar, F., Aslan, F.E. (2018). Ameliyathane Hemşirelerinin Merhamet Düzeylerinin Ölçülmesi: Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 7(3): 222-229.
38. Çingöl, N., Çelebi, E., Zengin, S., Karakaş, M. (2018). Bir Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Merhamet Düzeylerinin İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 21: 61-67.
39. Çoban, O. (2009). Beyin Damar Hastalıklarında Tanımlar, Sınıflama, Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri. <http://www.itfnoroloji.org/svh/bdhtanimlar.htm>. Son Güncelleştirme Tarihi:12.01.2009
40. Dağdeviren, T.S. (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 Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Uzmanlık Tezi, Ankara.
41. Dalgalı, B., Gürses, İ. (2018). Merhametin sağlık hizmetlerindeki yeri ve önemi. *Sinop Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2: 181-204.
42. Day, J.R., Anderson, R.A., Davis, L.L. (2014). Compassion fatigue in adult daughter caregivers of a parent with dementia. *Issues of Mental Health Nursing*, 35(10): 796- 804.

43. Dinç, L. (2010). Bakım Kavramı ve Ahlaki Boyutu. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 17: 74-82.
44. Durkin, B.E., Martin, M.H., Hollins Martin, CJ, Carson, J. (2015). Compassion for other, self-compassion fatigue and burnout in student midwives: A quantitative survey. Midwifery, 34: 239-244.
45. Eğilli, C.S., Sunal, N. (2017). Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN, 3(2):83-91.
46. Erkan, H. (2017). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Uygulama ve Araştırma Merkezinden Evde Sağlık Hizmeti Alan Hasta Yakınlarının Bakım Yükünün Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul.
47. Family Caregiver Alliance. (2006). Caregiver assessment: principles, guidelines and strategies for change. report from a national consensus development conference. Vol. I. San Francisco, Calif.: Family Caregiver Alliance. http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content/pdfs/v1_consensus. (ErişimTarihi:10.3.2012).
48. Fotaki, M. (2015). Why and how is compassion necessary to provide good quality health care. Int J Health Policy Manag, 4(4): 199-201.
49. Gel, K.T., Kesgin, M.T. (2017). İnfomal Bakım Verenlerin Bakım Yüküne İlişkin Hemşirelerin Görüşleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 20(4): 267-278.
50. Gilbert, P. (2009). The compassionate mind: A new approach to life's challenges. Oaklaand, CA: New Harbinger.
51. Gilbert, P., Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. Clinical Psychology & Psychotherapy, 13(6): 353-379.
52. Given, B.A., Given, C.W., Kozachik, S. (2001). Family Support In Advanced Cancer. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 51: 213-231.
53. Goldstein, L.B., Adams, R., Alberts, M.J., et al. (2006). A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council:

Cosponsored by the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Interdisciplinary Working Group; Cardiovascular Nursing Council; Clinical Cardiology Council; Nutrition, Physical Activity, and Metabolism Council; and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. *Stroke*, 113(24): e873-e923.

54. Green, T.L., King, K.M. (2009). Experiences of male patients and wife caregivers in the first year post-discharge following minor stroke: A descriptive qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(9): 1194-200.
55. Gülpak, M., Kocaöz, S. (2014). Hemodiyaliz Tedavisi Alanlara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler. *TAF Prev Med Bull*, 13(2): 99-108.
56. Gündüzoğlu, N.Ç., Korhan, E.A., Yıldırım, Y.K., Aykar, F.Ş., Üstün, Ç. (2019). H emşirelik Öğrencilerinde Merhamet Düzeyi. *Journal of Human Rhythm*, 5(2): 104-116.
57. Gürol, M.E. (2010). Akut İntraserebral Kanama Tanı ve Tedavisi. *Klinik Gelişim Dergisi*, 19-27s. http://www.klinikgelisim.org.tr/kg_10_1/3.pdf.
58. Hacikeleşoğlu, H., Kartopu, S. (2017). Merhamet Ve Dindarlık: Üniversite Öğrencileri Üzerine Ampirik Bir Araştırma. *International Journal of Social Science*, 59: 203-227.
59. Han, Y., Liu, Y., Zhang, X., Tam, W., Mao, J, Lopez, V. (2017). Chinese family caregivers of stroke survivors: Determinants of caregiving burden within the first six months. *J Clin Nurs*, 26(23-24): 4558-4566.
60. Hekmatpou, D., Baghban, E.M., Dehkordi, L.M. (2019). The effect of patient care education on burden of care and the quality of life of caregivers of stroke patients. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, (12): 211–217.
61. Henderson, A., Jones, J. (2017). Developing and maintaining compassionate care in nursing. *Nurs Stand*, 32(4): 60-69.
62. Hu, P., Yang, M.Q., Kong, M.L. Hu, L., Zeng, Z.L. (2018). Relationship between the anxiety/depression and care burden of the major caregiver of stroke Patients. *Medicine*, 97(40): e12638.

63. Hutcherson, C.A., Seppala, E.M., Gross, J.J. (2008). Loving-kindness meditation increases social connectedness. *Emotion*, 8(5): 720-724.
64. Imarhiagbe, F.A., Asemota, A.U., Oripelaye, B.A., Akpekpe, J.E., Owolabi, A.A., et al. (2017). Burden of informal caregivers of stroke survivors: Validation of the Zarit burden interview in an African population. *Ann Afr Med*, 16(2): 46-51.
65. Işık, K. (2013). Yaşlı Hastaya Evde Bakım Verenlerin Yaşam Doyumları ile Bakım Yükleri Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.
66. İnci, F.H., Erdem, M. (2008). Bakım Verme Yükü Ölçeği' nin Türkçeye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(4): 85-95.
67. İnci, F.H., Kartal, A., Koştu, N. (2017). İnmeli Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yüküne Yönelik Kanıt Dayalı Uygulamalar. *Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Hemşireliği Özel Dergisi*, 3(1): 46-51.
68. İnci, F.H., Temel, A.B. (2016). İnmeli Hastaya Bakım Veren Aile Bireylerinin Gereksinimleri: Sistemik İnceleme. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3(3): 28-43.
69. İnci, H.F. (2006). Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması, Geçerlilik Ve Güvenilirliği. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
70. İşgör, İ. (2017). Merhametin Öznel İyi Oluş Üzerindeki Yordayıcı Etkisinin İncelenmesi. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 16(2): 425-436.
71. Kalav, S., Yurtsever, S. (2019). İnme Tanısı Almış Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Yükü İle Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 15: 48-69.
72. Kalınkara, V., Kalaycı, I. (2017). Yaşlıya Evde Bakım Hizmeti Veren Bireylerde Yaşam Doyumu, Bakım Yükü ve Tükenmişlik. *Elderly Issues Research Journal*, 10(2): 19-39.
73. Kamışlı, S., Tecelioğlu, M. (2016). İnme Nedir? İnmede Birincil ve İkincil Koruma. *Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Surg-Special Topics*, 8(1): 8-15.

74. Karahan, A., Güven, S. (2002). Yaşlılıkta evde bakım. *Turkish Journal of Geriatrics*, 5:155-9.
75. Karahan, Y.A., İslam, S. (2013). Fiziksel Engelli Çocuk ve Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yükü Üzerine Bir Karşılaştırma Çalışması. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(1): 1-7.
76. Karataş, Z. (2011). Evde Bakım Hizmeti Sunan Aile Bireyi Bakıcıların Moral ve Manevi Değerlerinin Başa Çıkmadaki Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Rize Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Rize.
77. Karcı, G.U., Yoldaşcan, B.E., Okyay, R.A. (2018). Yaşlı Bireylere Bakım Veren Aile Bireylerinin Karşılaştığı Sorunların ve Bakım Yükünün Değerlendirilmesi. *Kocaeli Med J*, 7(3): 146-153.
78. Kelly, L., Runge, J., Spencer, C. (2015). Predictors of Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction in Acute Care Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(6): 522–528.
79. Kleiner, S., Wallace, J.E. (2017). Oncologist burnout and compassion fatigue: investigating time pressure at work as a predictor and the mediating role of work-family conflict. *BMC Health Services Research*, 17(1):639.
80. Koca, F. (2018). Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu ve Etkili Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
81. Koç, Z., Sağlam, Z., Çınarlı, T. (2016). Kanser Tanısı Almış Olan Bireylere Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükü ile Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1): 99-116.
82. Koçak, G. (2011). İnmeli Hastalarda Bakım Vericinin Yükü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
83. Köse, G., Ayhan, H., Taştan, S., İyigün, E., Hatipoğlu, S., Açikel, C.H. (2015). Sağlık Alanında Farklı Bölümlerde Öğrenim Gören Öğrencilerin Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. *Gülhane Tıp Derg*, 57: 145-151.
84. Krause, N., Shaw, B.A. (2000). Giving social support to others, socioeconomic status, and changes in self-esteem in late life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(6): S323-S333.

85. Krespi, Y., Bahar, S.Z. (2009). İskemik Beyin Damar Hastalıklarında Tanı ve Tedavi Yaklaşımları. (Son güncelleştirme tarihi:31.05.2009) <http://www.itfnoroloji.org/svh/inmetedavi.htm>.
86. Kumral E. (Ed.) (2011). Santral Sinir Sisteminin Damarsal Hastalıkları. Güneş Tıp Kitabevi, 3-15.
87. Kumral E. (Ed.) (2011). Santral Sinir Sisteminin Damarsal Hastalıkları. Güneş Tıp Kitabevi, 17-20.
88. Kutluk K. (Ed.)(2004). İskemik İnme. İzmir Nobel Tıp Kitabevleri, 95-143.
89. Küçükdeveci, A.A., Yavuzer, G., Tennant, A., Sürdür, N., Sonel, B., Arasıl, T. (2000). Adaptation Of Modified Barthel Index For Use İn Physical Medicine And Rehabilitation İn Turkey. Scand Journal Of Rehabilitation Medicine, 32(29): 87-92.
90. Lackland, D.T., Elkind, M.S.V., D'Agostino, R., Dhamoon, M.S., Goff, D.C., Higashida, R.T., et. all. (2012). Inclusion of stroke in cardiovascular risk prediction instruments: a statement for health care professionals from the american heart association/american stroke association. Stroke, 43: 1998-2027.
91. Leary, M.R., Tate, E.B., Adams, C.E., Batts Allen, A., Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. Journal of personality and social psychology, 92(5): 887- 904.
92. Lutz, A., Greischar, L.L., Rawlings, N.B., Ricard, M., Davidson, R.J. (2004). Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. Proceedings of the National academy of Sciences of the United States of America, 101(46): 16369-16373.
93. Lutz, B.J., Young, M.E. (2010). Rethinking intervention strategies in stroke family caregiving. Rehabil Nurs JulAug, 35(4): 152-60.
94. Lynch, S.H., Lobo, M.L. (2012). Compassion fatigue in family caregivers: a Wilsonian concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 68(9): 2125-2134.
95. Lynch, S.H., Shuster, G., Lobo, M.L. (2018). The family caregiver experience – examining the positive and negative aspects of compassion satisfaction and compassion fatigue as caregiving outcomes. Aging Ment Health, 22(11): 1424-1431.

96. Melek, İ., Afşar, N., Güngör, L., Gökçe, M., Utku, U., Kutluk, K. (2015). Hemorajik İnme Tanısı: Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği İnme Tanısı ve Tedavi Kılavuzu. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*, 21(2): 85-88.
97. Metin, Z. M., Karadas, C., Balci, C., Cankurtaran, M. (2018). The Perceived Caregiver Burden Among Turkish Family Caregivers Providing Care for Frail Older Adults. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(3): 222-230.
98. Midi, İ., Afşar, N. (2010). İnme Risk Faktörleri, Klinik Gelişim, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul, 1-14s.
99. Minnerup, J., Albert-Weissenberger, C., Schmidt, A., Kleinschnitz, C. (2013). Stroke: Pathophysiology and Therapy. In D. N. Granger, & J.P. Granger (Eds.), *Colloquium series on integrated systems physiology: From molecule to function to disease*. San Rafael (CA): Morgan & Claypool Life Sciences. doi:10.4199/C00088ED1V01Y201308ISP042.
100. Mollaoğlu, M., Tuncay, F.Ö., Fertelli, T.K. (2011). İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(3): 125-130.
101. Mongrain, M., Chin, J.M., Shapira, L.B. (2010). Practicing compassion increases happiness and self esteem. *Journal of Happiness Studies*, 12(6): 963-981.
102. Monin, J.K., Schulz, R., Feeney, B.C. (2015). Compassionate Love in Individuals With Alzheimer's Disease and Their Spousal Caregivers: Associations With Caregivers' Psychological Health. *The Gerontologist*, 55(6): 981-989.
103. Morrisett, J.D. (2000). The role of Lipoprotein[a] in atherosclerosis. *Curr Atheroscler Rep*, 2: 243-250.
104. Mozaffarian, D., Benjamin, E.J., Git, A.S., Arnett, D.K., Blaha, M.J., Cushman, M., Fullerton, H.J. (2016). Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, 26;133(4): e38-360.
105. Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2): 85-101.

106. Neff, K.D., Pommier, E. (2013). The Relationship Between Self- Compassion And Other-Focused Concern Among College Undergraduates, Community Adults, And Practicing Meditators. *Self and Identity*, 12: 160-176.
107. Orak, O.Y., Sezgin, S. (2015). Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(1): 33-9.
108. Ovayolu, N., Ovayolu, Ö. (Ed.). (2016). Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar. Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, Adana, 89-98.
109. Ödemiş, H. (2018). İnmeli Hastaların Primer Bakım Vericilerinin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla.
110. Özcan, A. (2019). Yoğun Bakım Hemşirelerinde Merhametin ve Merhamet Yorgunluğunun Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
111. Özdemir, F.K., Şahin, Z.A., Küçük, D. (2009). Kanserli Çocuğu Olan Annelerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 26: 153-158.
112. Özdemir, Ü., Taşcı, S., Kartın, P., Çürük, G.N., Nemli, A., Halit Karaca, A. (2017). Kemoterapi Alan Bireylerin Fonksiyonel Durumu ve Bakım Verenlerin Yükü. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1): 49-61.
113. Özden, D., Karagözoğlu, Ş., Güler, N., Bülbüloğlu, S. (2016). Evde Enteral Tüple Beslenen Hastaların Beslenmeye İlişkin Yaşadığı Sorunlar ve Yakınlarının Bakım Yükü. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(4): 134-141.
114. Özgünay. Ş.E., Akça, F., Karasu, D., Kılıç, İ. (2019). Yoğun Bakım Sonrası Evde Bakım Gerektiren Hastaların Özellikleri ile Bakım Verenlerdeki Hasta Bakım Yükü ve Empati Arasındaki İlişki. *JARSS*, 27(1): 15-21.
115. Özmen, S., Yurttaş, A. (2018). Determination of Care Burden of Caregivers of Patients with Multiple Sclerosis in Turkey. *Behavioural Neurology*, 2: 1-7.

116. Özyeşil, Z., Oluk, A., Çakmak, D. (2014). Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yükünün Durumluk Sürekli Kaygıyı Yordama Düzeyi. *Anadolu Psikiyatri Hemşirelik Dergisi*, 15: 39-44.
117. Papadopoulos, I., Ali S. (2016). Measuring compassion in nurses and other healthcare professionals: An integrative review. *Nurse education in practice*, 16(1): 133-139.
118. Patel, S., Pelletier-Bui, A., Smith, S., Roberts, M.B., Kilgannon, H.J., Trzeciak, S., Roberts, B.W. (2018). Curricula and methods for physician compassion training: protocol for a systematic review. *BMJ Open*, 8(9): e024320.
119. Perry, B., Dalton, J.E., Edwards, M. (2010). Family caregivers' compassion fatigue in long-term facilities. *Nursing Older People*, 22(4): 26–31.
120. Polat, N.F. (2016). Merhamet Yorgunluğu Düzeyinin Çalışma Yaşam Kalitesi ile İlişkisi: Sağlık Profesyonelleri Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
121. Pommier, E.A. (2011). The compassion scale. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*. 72: 1174.
122. Rego, A., Godinho, L., Mcqueen, A., Cunha, M.P. (2010). Emotional Intelligence and Caring Behaviour in Nursing. *The Service Industries Journal*, 30(9): 1419-1437.
123. Renoux, C., Dell'aniello, S., Garbe, E., Suissa, S. (2010). Transdermal and oral hormone replacement therapy and the risk of stroke: a nested case-control study. *BMJ*, 340:c2519.
124. Rothwell, P.M., Howard, S.C., Dolan, E., O'Brien, E., Dobson, J.E., Dahlöf, B., et al. (2010). Prognostic significance of visit-to-visit variability, maximum systolic blood pressure, and episodic hypertension. *Lancet*, 375(9718): 895-905.
125. Sarıtaş S.Ç., Bayır, K., Sarıtaş, S., Ucuzal, M. (2014). Karaciğer transplantasyonu yapılan hastalara bakım verenlerin bakım yüklerinin belirlenmesi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, 2(1): 18-23.

126. Schulz, R., Savla, J., Czaja, S.J., Monin, J. (2016). The role of compassion, suffering, and intrusive thoughts in dementia caregiver depression. *Aging Ment Health*, 21(9): 997-1004.
127. Selçuk, K.T., Avcı, D. (2016). Kronik Hastalığa Sahip Yaşlılara Bakım Verenlerde Bakım Yükü ve Etkileyen Etmenler. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7: 1-9.
128. Seven, A., Doğan, S.G., Kınık, A., Toraman, K., Daşkın, G., Sevinen, G.G., Doğru, T. (2019). Hemşirelik Bölümü İntörn Öğrencilerin Merhamet Düzeyi ve Etkileyen Faktörler: Pilot Çalışma. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3): 273-282.
129. Shapira, L. B., Mongrain, M. (2010). The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *The Journal of Positive Psychology*, 5(5): 377-389.
130. Shapiro, S.L., Brown, K.W., Biegel, G.M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(12): 105-115.
131. Shea, S. (2015). Is It Possible to Develop a Compassionate Organization? Comment on "Why and How Is Compassion Necessary to Provide Good Quality Healthcare?". *Int J Health Policy Manag*, 4(11): 769-70.
132. Shiota, M.N., Keltner, D., John, O.P. (2006). Positive emotion dispositions differentially associated with Big Five personality and attachment style. *The Journal of Positive Psychology*, 1(2): 61-71.
133. Sıkılmaz, D.Ç. (2018). Evde Yatağa Tam Bağımlı Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
134. Silvestrelli, G., Corea, F., Michelli, S., Lanari, A. (2010). Clinical pharmacology and vascular risk. *The Open Neurology Journal*, 4(2): 64-72.
135. Sinclair, S., Beamer, K., Hack, T.F., McClement, S., Raffin Bouchal, S., Chochinov, H.M., Hagen, N.A. (2017). Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative carepatients' understandings, experiences, and preferences. *Palliat Med*, 31(5): 437-447.

136. Sögüt, Ç., Dündar, P.E. (2017). Manisa'da Bir Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde Evde Sağlık Hizmeti Alan Kişilere Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi. *Turk J Public Health*, 15(1): 26-36.
137. Sprecher, S., Fehr, B. (2005). Compassionate love for close others and humanity. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22(5): 629-651.
138. Steffen, P.R., Masters, K.S. (2005). "Does Compassio Mediate the Intrinsic Religion- Health Relations? " *Annals of Behavioral Medicine*, 30: 217-24.
139. Şahan, M., Satar, S., Koç, A., Sebe, A. (2010). İskemik İnme ve Akut Faz Reaktanları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 19(2): 85-140.
140. Şahin, A.D., Yusuf, Ü., Işık, D. (2015). Serebrovasküler Hastalıklarda Önlenebilen Risk Faktörlerinin Yönetimi. *Ankara Med J*, 15(2): 106-113.
141. Şahin, Z.A., Polat, H., Ergüney, S. (2009). Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2): 1-9.
142. Şirzai, H., Delialioğlu, Ü.S., Sarı, İ.F., Özel, S. (2015). İnme ve bakım verme yükü. *FTR Bil Der*, 18(3): 162-169.
143. Tanrıku, S. (2019). Evinde Bir Aile Üyesine Bakım Veren Kadınların Bakım Verme Yüklerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
144. Tel, H., Demirkol, D., Kara, S., Aydın, D. (2012). "Care burden and quality of life among the caregivers of patients with COPD,". *Turkish Thoracic Journal*, 13(3): 87-92.
145. Topçu, S., Oğuz, S. (2017). İnme sonrası öz etkililik ve yaşam kalitesi. *Journal Of Human Sciences*, 14(2): 1388-1396.
146. Tosun, A.S., Doğan, S., Kartın, P.T., Zincir, H. (2015). Radyoterapi uygulanan kanser hastalarının bakım vericilerinin bakım verme yükü ve yaşam kalitesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18: 9-16.
147. Tuncay, Ö.F., Fertelli K.T. (2019). Effects of the caregiver burden perceived by caregivers of patients with neurological disorders on caregiver wellbeing and caregiver stres. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1-6s. <https://doi.org/10.1111/ppc.12405>.

148. Türk Dil Kurumu, Merhamet, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gtsHYPERLINK http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c8aadf68f0b99.63806650"&HYPERLINK "http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c8aadf68f0b99.63806650"arama=gtsHYPERLINK "http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c8aadf68f0b99.63806650"&HYPERLINK "http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c8aadf68f0b99.63806650"guid=TDK.GTS.5c8aadf68f0b99.63806650 (Erişim Tarihi: 27.03.2019)
149. Türk Dil Kurumu. Sözlükler. Bakım. İnternet Erişimi: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.59b077666b4c04.70019743 (Erişim tarihi: 17.03.2018)
150. Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK). Ölüm Nedeni İstatistikleri 2018. <Http://Www.Tuik.Gov.Tr/Prehaberbultenleri.Do?İd=24572> (Erişim Tarihi; 6.10.2018)
151. Türkmen, S.N., Özgedirgen, Y.B., Uzun, M. (2016). Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerinde Bakım Yükü ve Algılanan Sosyal Destek. Uluslararası Hakemli Psikiyatri ve Psikoloji Araştırmaları Dergisi, 5: 55-75.
152. Uğur, H.G. (2013). İnmeli Hastalara Evde Verilen Bakım ile Bakım Vericilerine Yapılan Eğitimin Bakım Vericilerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
153. Uğur, Ö. (2006). Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
154. Uğurlu, A.K., Aslan, F.E. (2017). Merhamet ve Hemşirelik: Merhamet Ölçülebilir mi? Türkiye Klinikleri J Nurs Sci, 9(3): 233-8.
155. Uygun, Ü.K., Taylan, H.H. (2018). Alzheimer Hastalarına Primer Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler. The Journal of Academic Social Science Studies International Journal of Social Science, 71: 513-531.

156. Uzuner, N., Kutluk, K., Balkan, S. (2015). İnme Tanı ve Tedavi Klavuzu, Türk Beyin Hastalıkları Derneği, 13-23s.
157. Ünüvar, N., Mollahaliloğlu, S., Yardım, N. (2006). T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004, Ankara, 8-22.
158. Varol, E. (2018). Kanser Hastası Olan Çocukların Bakım Vericilerine Evde Yapılan Eğitimin Bakım Yüğü Depresyon ve Yaşam Doyumuna Etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
159. Visser-Meily, A., Post, M., Gorter, J.W., Berlekom, S.B.V., Bos, T.V.D, Lindeman, E. (2006). Rehabilitation of stroke patients needs a family-centred approach. Disability and Rehabilitation, 28(24): 1557-1561.
160. WHO Global Status Report On Noncommunicable Diseases 2014. [Http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/](http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/) (Erişim Tarihi; 18 Eylül 2016).
161. World Health Organisation. WHO Definition Of Health. [Http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/](http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/), 2016/ (Erişim Tarihi; 10 Şubat 2017).
162. World Health Organization. WHO STEPS Stroke Manual: the WHO Stepwise approach to stroke surveillance. Geneva: World Health Organization; 2006.
163. Yeşil, T., Uslusoy, E.Ç., Korkmaz, M. (2016). Kronik Hastalığı Olanlara Bakım Verenlerin Bakım Yüğü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(4): 54-66.
164. Yıldırım S., Engin E., Başkaya V.A. (2013). İnmeli Hastalara Bakım Verenlerin Yüğü ve Yüğü Etkileyen Faktörler. Nöropsikiyatri Arşivi, 50: 169-174.
165. Yıldız, E., Develi, Ö., Pakyüz, S.Ç. (2016). Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yüğü ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 13(3): 216-225.
166. Yıldız, M.K., Ekinci, M. (2017). Kanserli Hastaya Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükleri ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 14(3): 176-184.

167. Yıldız, Z., Gül, H. L., Türk Börü, Ü. (2013). İskemik İnmede Metabolik Sendromun Sıklığı Ve Mortaliteye Etkisi. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*, 19(3): 88-94.
168. Yılmaz, C.K., Aşiret, G.D., Çetinkaya, Ç., Oluda, G., Kapucu S. (2018). Effect of progressive muscle relaxation on the caregiver burden and level of depression among caregivers of older patients with a stroke: A randomized controlled trial. *Japan Journal of Nursing Science*, 16(2): 202-211.
169. Yılmaz, E.B., Ata, E.E. (2017). Nörolojik Hastalığı Olan Bireylerin Bakım Vericilerinin Bakım Veren Yükü ile Stresle Başa Çıkma Biçimleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 8(3): 145-149.
170. Zarit, S.H., Zarit, J.M. (1990). *The Memory and Behavior Problems Checklist and the Burden Interview*. University Park, PA: Pennsylvania State University Gerontology Center.

EKLER

Ek-1. Bakım Veren Tanıtım Formu

Tarih:

Adı- Soyadı:

Birey no:

A-SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

1-Kaç yaşındasınız?

- | | |
|---------|---------------|
| 1-18-28 | 2-29-39 |
| 3-40-50 | 4-51 ve üzeri |

2-Cinsiyetiniz nedir?

- | | |
|---------|---------|
| 1-Kadın | 2-Erkek |
|---------|---------|

3-Medeni durumunuz nedir?

- | | |
|--------|---------|
| 1-Evli | 2-Bekâr |
|--------|---------|

4-Eğitim durumunuz nedir?

- | | |
|--------------------|------------------|
| 1-Okur Yazar Değil | 2-Okur Yazar |
| 3- İlköğretim | 4- Lise ve üzeri |

5-Çalışma durumunuz nedir?

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 1-Tam Gün Çalışıyor | 2-Yarım Gün Çalışıyor |
| 3-Çalışmıyor | |

6-Sosyal güvenceniz var mı?

- | | |
|-------|-------|
| 1-Var | 2-Yok |
|-------|-------|

7-Gelir düzeyiniz nedir?

- | | | |
|---------------------|------------------------|---------------------|
| 1-Gelir gidere eşit | 2-Gelir giderden fazla | 3-Gelir giderden az |
|---------------------|------------------------|---------------------|

8-Aile tipiniz nedir?

- | | |
|-----------------|--------------|
| 1-Çekirdek aile | 2-Geniş aile |
|-----------------|--------------|

9-Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

- | | |
|-------|-------|
| 1-Yok | 2-Var |
|-------|-------|

10-Hasta ile yakınlık dereceniz nedir?

- | | | | | |
|-------------|--------|--------|-------|----------|
| 1-Anne/Baba | 2-Kızı | 3-Oğlu | 3-Eşi | 4-Akraba |
|-------------|--------|--------|-------|----------|

11-Hastayla birlikte yaşama durumunuz nedir?

1-Hastayla birlikte yaşıyorum 2-Hastayla birlikte yaşamıyorum

B-BAKIM VERME İLE İLİŞKİLİ ÖZELLİKLERİ

12- Hastanıza hastalığı nedeniyle ne kadar süredir bakım veriyorsunuz?

1-3-9 ay 2-10 -16 ay 3-17 -23 ay
4-24-30 ay 5-31 ay ve üzeri

13-Daha önce hastalık ve bakıma ilişkin bilgi aldınız mı?

1-Evet 2-Hayır

14- Hasta bakımında kendinizi yeterli görüyor musunuz?

1-Evet 2-Hayır

15-Hasta bakımında size yardımcı olan birisi var mı?

1-Var 2-Yok

16-Hasta bakımında profesyonel destek alıyor musunuz ?

1-Evet (Fizyoterapist (), İş ve uğraşı terapsiti (), Dil ve konuşma terapisti (),
Doktor ve hemşire (), Psikolog (), Diyetisyen ())
2-Hayır

17-Daha önce hasta bakımına ilişkin deneyiminiz var mı?

1-Var 2-Yok

18-Bakmakla yükümlü olduğunuz başka kişi/kişiler var mı?

1-Var 2-Yok

19-Bakım vermede zorlandığınız alanlar nelerdir?

1-Beslenme 2-Giyinme 3-Hareket ettirme
4-Tuvalet 5-Temizlik 6-Pozisyon değiştirme
7-İletişim

20-Hastaya bakım verirken fiziksel sorun/sorunlar yaşadınız mı?

1-Evet (21. Soruyu cevaplandırınız) 2-Hayır

21-Cevabınız "Evet" ise fiziksel düzeyde yaşadığınız sorunlara (X) işareti koyunuz.

- 1-Yorgunluk Azalma () Artma ()
2-İştah Değişimi Azalma () Artma ()
3-Boşaltım Şekli İshal () Kabızlık () İdrarda değişim ()
4-Uyku Değişimi Azalma () Artma ()
5-Kişisel Bakımda Değişim Kişisel Bakımda Azalma () Kişisel bakımda Artma ()
6-Diğer

22-Hastaya bakım verirken psikolojik ve bilişsel sorun/sorunlar yaşadınız mı?

- 1-Evet (23. Soruyu cevaplandırınız) 2-Hayır

23-Cevabınız "Evet" ise psikolojik ve bilişsel düzeyde yaşadığınız sorunlara (X) işareti koyunuz.

- 1-Ağlama isteği (sık sık) Azalma () Artma ()
2-Gülme isteği (uygunsuz durumlarda) Azalma () Artma ()
3-Çaresizlik Azalma () Artma ()
4-Konuşmak istememe Azalma () Artma ()
5-Dikkat Değişimi Azalma () Artma ()
6-Sıkıntı hissi Azalma () Artma ()
7-Güçsüzlük Azalma () Artma ()
8-Ümitsizlik Azalma () Artma ()
9-Korku Azalma () Artma ()
10-Diğer.....

Ek-2. Hasta Tanıtım Formu

Tarih:

Adı- Soyadı:

Birey no:

A-SOSYODEMOGRAFİK VE HASTALIK ÖZELLİKLERİ

1-Yaşı

1-40-61 2-62 ve üzeri

2-Cinsiyeti

1-Kadın 2-Erkek

3-Medeni durumu

1-Evli 2-Bekâr

4-Eğitim durumu

1-Okur Yazar Değil 2-Okur-Yazar
3- İlköğretim 4- Lise ve üzeri

5-Çalışma durumu

1-Çalışıyor 2-Çalışmıyor

6-Gelir düzeyi

1-Gelir gidere eşit 2-Gelir giderden fazla 3-Gelir giderden az

7- İnme tanısı aldığı süre

1-3ay-4 yıl 2-5-9 yıl 3-10 yıl ve üzeri

8- Hastanın inme geçirme sayısı

1-Bir 2-İki ve üzeri

10- Hastada inme sonrası gelişen yetersizlikler (X) işareti koyunuz.

1-Yüz, kol veya bacakta özellikle vücudun bir tarafında güçsüzlük uyuşma/karınçalanma ()

2-Yürüme güçlüğü ()

3-Denge kaybı ()

4-Kolları ve bacakları hareket ettirmede güçlük ()

5-Yutma güçlüğü ()

6-Konuşamama ()

7-Konuşma güçlüğü ()

8-Anlama güçlüğü ()

9-Bir veya iki gözde görme sorunu veya çift görme ()

10-Bilinç bulanıklığı veya kişilik değişiklikleri ()

11-İnme dışında başka bir kronik hastalığı var mı?

1-Evet 2-Hayır

12- Hastanın bağımlılık düzeyi (BGYİ)



Ek-3. Zarit Bakım Yüğü Ölçeği

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Lütfen aşağıdaki her bir sorudan size uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

SORULAR	Hiçbir zaman (0)	Nadiren (1)	Bazen (2)	Oldukça Sık (3)	Hemen her zaman (4)
1.Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?					
2. Yakınınıza harcadığınızı zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?					
3.Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarımızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?					
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?					
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?					
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?					
7. Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?					
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?					
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?					

10. Yakınınzla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?					
11. Yakınınzı nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?					
12. Yakınınzı bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?					
13. Yakınınzın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?					
14. Yakınınzın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?					
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınzın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?					
16. Yakınınzı bakmayı daha fazla sürdürmeyeceğinizi hissediyor musunuz?					
17. Yakınınz hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?					
18. Yakınınzın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?					
19. Yakınınz için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?					
20. Yakınınz için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?					
21. Yakınınzın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?					
22. Yakınınzı bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?					

Ek-4. Merhamet Ölçeği

Açıklama: Aşağıda her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, ara sıra, sık sık ve her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Lütfen her ifadeye tek bir yanıt veriniz ve boş bırakmayınız. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

SORULAR	Hiçbir zaman (1)	Nadiren (2)	Arasıra (3)	Sık Sık (4)	Her zaman (5)
1. İnsanlar benim karşımda ağladıklarında genellikle hiçbir şey hissetmem.					
2. Bazen insanlar kendi problemlerinden bahsettiklerinde, umurumda değilmiş gibi hissederim.					
3. Kendimi acı çeken insanlara karşı duygusal olarak yakın hissetmem.					
4. İnsanlar benimle konuşurken, onlara tüm dikkatimi veririm.					
5. İnsanlar bana üzüntülerini anlattıkları zaman kendimi onlardan uzaklaşmış hissederim.					
6. Birisi zor bir duruma düştüğünde ona yardım etmeye çalışırım.					
7. İnsanlar bana dertlerini anlattıklarında çoğunlukla duymazdan gelirim.					
8. Zor zamanlarında insanların yanında bulunmayı severim.					
9. Bana hiçbir şey söylemeseler bile insanların üzgün olduklarını fark ederim.					
10. İnsanlar üzgün olduklarında, onlarla yakınlık kuramam gibi gelir.					
11. Herkes bazen kendini kötü hisseder, bu insan olmanın bir parçasıdır.					
12. İnsanlar çökkün olduklarında, bazen onlardan soğuduğumu hissederim.					
13. İnsanlar bana sorunlarını anlattıklarında, onları sabırla dinlerim.					

14. Diğer insanların sorunlarının beni ilgilendirmediğini düşünürüm.					
15. Tüm insanların zayıf yönleri olduğunu ve kimsenin mükemmel olmadığını kabullenmek önemlidir.					
16. İnsanlar mutsuz olduğunda onların yardımına koşarım.					
17. Başkalarıyla farklılıklarına rağmen herkesin acıyı tıpkı benim gibi hissettiğini bilirim.					
18. İnsanlar sıkıntılı olduklarında, onlarla genellikle başkalarının ilgilenmesini isterim.					
19. Başkalarının sorunlarıyla ilgili pek fazla düşünmem.					
20. Acı çekmek tüm insanlar için ortak bir yaşantıdır.					
21. İnsanlar bana sıkıntılarını anlattıklarında, objektif bir tutum takınmaya çalışırım.					
22. İnsanlar ıstırap çekerken, onlarla iletişim kuramam.					
23. Çok acı çeken insanlardan uzak durmaya çalışırım.					
24. İnsanlar üzgün olduklarında, onları rahatlatmaya çalışırım.					

Ek-5. Modifiye Barthel İndeksi

	KOD	I.	II.	III.	IV.	V.
A.	Transfer	0	3	8	12	15
B.	Ambulasyon	0	3	8	12	15
	Tekerlekli İskemle	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 yürüyebilir.

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 güzergâhlara, 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, koğuştta 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, çitçitleri 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 kâğıdı 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.

Ek-6. Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur Formu



C. Ü. GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “**İnmeli Bireylere Bakım Verenlerde Bakım Yükü ve Merhamet Düzeyi Arasındaki İlişki**”dir.

Bu araştırmanın amacı, inmeli bireylere bakım verenlerde bakım yükü ve merhamet düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesidir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu araştırmada sizden istenen size verilen formdaki sorulara eksiksiz ve sizin düşüncenize uygun cevabı vermeniz, formları araştırmacıya teslim etmenizdir. Bu araştırmada yer almanız için bir kez form doldurmanız yeterli olup, araştırmada yer alacak sizin gibi gönüllülerin sayısı 280’dir. Çalışma yaklaşık 10 ay sürecektir ve araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Bu araştırmada vereceğiniz katkı ile inmeli bireylere bakım verenlerin yaşadıkları yük ve merhamet düzeyi arasındaki ilişkiyi belirleyerek, bakımı geliştirecek ve bakım vereni destekleyecek yaklaşımlara yardımcı olacak çözüm önerilerinde bulunulacaktır.

Araştırmada veri toplama araçları olarak “Bakım Veren Tanıtım Formu”, “Hasta Tanıtım Formu”, “Bakım Verme Yükü Ölçeği”, “Merhamet Ölçeği” ve “Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi” kullanılacaktır. Bakım Veren Tanıtım Formunda toplam 23 soru olup sorular bakım verenlerin sosyodemografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu gibi) ve bakım vermeye ilişkin özelliklerini (bakım verme süresi, kendi kendine yeterli olma durumu, bakımda yardımcı birinin varlığı gibi) belirlemeye yöneliktir. Hasta Tanıtım Formunda ise inmeli hastaların sosyodemografik ve hastalık özelliklerini değerlendirmeye yönelik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, inme tanısı aldığı süre, inme geçirme sayısı ve inme tipi gibi)

bilgileri içeren 12 sorudan oluşmaktadır. Bakım Verme Yükü Ölçeği bakım gereksinimi olan kişiye bakım verenlerin bakım yükünü değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Ölçekte toplam 22 soru olup “ hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık, ya da hemen her zaman” ifadelerinden size en yakın olanı işaretlemeniz istenecektir. Merhamet Ölçeği ise bakım verenlerin merhamet düzeylerinin ölçme amacıyla kullanılacaktır. Ölçekte toplam 24 madde bulunmakta olup bireylerden " (5) Her Zaman", "(4) Sık Sık", "(3) Ara Sıra", "(2) Nadiren" ve "(1) Hiçbir Zaman" yanıtlarından birini vermeleri istenmektedir. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi bireylerin aktivitelerindeki bağımsızlık düzeylerini belirlemek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Ölçeğin puan yorumunda 0-20 puan tam bağımlılığı, 21-61 puan ileri derece bağımlılığı, 62-90 puan orta derece bağımlılığı, 91-99 puan hafif derece bağımlılığı, 100 puan tam bağımsızlığı ifade eder. Anketlerle birlikte ölçekleri cevaplama süreniz 30-35 dk belirlenmiştir.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun olduğunda 0536 814 37 79 nolu telefondan araştırmacı yüksek lisans öğrencisi hemşire Hatice ERDEM'e ulaşabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dâhilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş

görevlisinin/görüşme tanığının,


Adı-Soyadı:

Görevi: Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Ek-7. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Karar Formu

	CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU
---	--

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İnnmeli Bireylere Bakım Verenlerde Bakım Yükü ve Merhamet Düzeyi Arasındaki İlişki
-----------------------	--

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2018-01/08	Tarih: 26.02.2018		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Muhittin Sönmez

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anotomi	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Muhittin</i>
Prof. Dr. Yalçın Karagöz	Biyostatistik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Yalçın</i>
Doç. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Hatice</i>
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Ercan</i>
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Gülay</i>
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Atas	Farmasötik Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Mehmet</i>
Yrd. Doç. Dr. Binnur Bağı	Beslenme ve Diyetetik	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Binnur</i>
Yrd. Doç. Dr. Engin Altinkaya	İç Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Engin</i>
Yrd. Doç. Dr. Melih Ülgey	Protetik Diş Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Melih</i>

* Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez

İmza:



**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İnneli Bireylere Bakım Verenlerde Bakım Yükü ve Merhamet Düzeyi Arasındaki İlişki
-----------------------	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Tülay Kars Fertelli			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:

Ek-8. Kurum İzin Belgeleri



TC Sağlık Bakanlığı

T.C.
YOZGAT VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Yozgat Şehir Hastanesi Baştabipliği

YOZGAT ŞEHİR HASTANESİ BAŞTABİPLİĞİ -
YOZGAT ŞEHİR HASTANESİ EĞİTİM
HEMŞİRELERİ



Sayı : 78535428-772.02
Konu : Hatice ERDEM (Bilimsel
ÇALIŞMA)

YOZGAT VALİLİĞİNE
(Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı)

İlgi : 04/06/2018 tarihli ve 92198657-771-7295 sayılı yazı;

İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığının' nün ilgi tarihli ve sayılı yazısına istinaden Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Hatice ERDEM' in " İnmeli Bireylere Bakım Verenlerde Bakım Yükü ve Merhamet Düzeyi Arasındaki İlişki " konulu anket çalışmasını Baştabipliğimize bağlı Nöroloji Servisinde 01 Mart 2018 ve 30 Aralık 2018 tarihleri arasında yapmak istediği ekli yazı ile tarafımıza bildirmiş olup; Bilimsel Araştırma Ön İzin Formunun ve Klinik Araştırma ve İnceleme Komisyon Evraklarının onaylanarak uygun görülmüş fiziki olarak gönderilmiştir.

Gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır.
Op.Dr.Aziz Ahmet SUREL
Başhekim

EKLER:1

ERDOĞAN AKDAĞ MAH.VİYANA CAD.YOZGAT ŞEHİR HASTANESİ

Faks No:

e-Posta:filiz.kabayel@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Eğitim Birimi

Bilgi için:Filiz KABAYEL

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:03544442066

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c8d744c2-6cc0-4ed3-907d-6d5a89d1acbe kodu ile erişebilirsiniz.



T.C.
YOZGAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 92198657-771
Konu : Uygulama Talebi

YOZGAT ŞEHİR HASTANESİ BAŞTABIPLIĞI

İlgi : 06.04.2018 tarihli ve 30182376-300-3675 sayılı yazı.

İlgi tarih ve sayılı yazıya istinaden Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Hatice ERDEM' in " İnmeli Bireylere Bakım Verenlerde Bakım Yüğü ve Merhamet Düzeyi Arasındaki İlişki " konulu anket çalışmasını 01 Mart 2018 ve 30 Aralık 2018 tarihleri arasında yapması kaydıyla, sağlık tesisinizde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımlarının gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, anket yapılacak kişilerin rızalarının alınması, yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup; Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Formu yazımız ekinde gönderilmiştir.Belge içeriğini buraya yazabilir ya da kopyala/yapıştır yapabilirsiniz.

Gereğini rica ederim.

e-izmalıdır.
Dr. Fatih ŞAHİN
İl Sağlık Müdürü

EK:
Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Formu

Develik Mah. Çamlık Cad. No: 9 YOZGAT
Faks No:0354 217 60 07
e-Posta:sule.arikan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Ş.ARIKAN

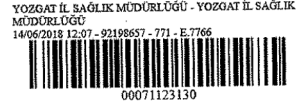
Bilgi için:Şule ARIKAN
Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:354 217 50 70 / 1202

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 41a40ee0-0485-4838-8f8e-76be0e67d7de kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
YOZGAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 92198657-771
Konu : Uygulama Talebi

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 06/04/2018 tarihli ve 30182376-300-3675 sayılı yazınız.

İlgi tarihli ve sayılı yazınıza istinaden Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Hatice ERDEM' in " İnmeli Bireylere Bakım Verenlerde Bakım Yükü ve Merhamet Düzeyi Arasındaki İlişki " konulu anket çalışmanızı 01 Mart 2018 ve 30 Aralık 2018 tarihleri arasında yapılması kaydıyla, çalışmalarının sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımlarının gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, ankete katılacak kişilerin rızalarının alınması, yapılacak çalışmanın sonucunun Sağlık Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla, Yozgat Şehir Hastanesinde anket çalışmasının yapılması İl Sağlık Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüş olup; Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Formu yazımız ekinde gönderilmiştir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Fatih ŞAHİN
İl Sağlık Müdürü


EK:
Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Formu

Develik Mah. Çamlık Cad. No: 9 YOZGAT
Faks No:0354 217 60 07
e-Posta:sule.arikan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Ş.ARIKAN

Bilgi için:Şule ARIKAN
Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:354 217 50 70 / 1202

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ba03529d-80ef-4779-9298-f2ec256703cd kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

 TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Kurumları Kurumu	YOZGAT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ DEĞERLENDİRME FORMU	Doküman No	EGT. FR. 18
		Yayın Tarihi	02.05.2014
		Revizyon Tarihi	-
		Revizyon No	0
		Sayfa No/Sayfa Sayısı	1/1

ARAŞTIRMA SAHİBİNİN	
Adı Soyadı	Hatice ERDEM
Kurumu / Üniversitesi	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Araştırma Yapılacak İller	Yozgat
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Yozgat Şehir Hastanesi
Araştırmanın Konusu	İmneli Bireylere Bakım Verenlerde Bakım Yüklü ve Merhamet Düzeyi Arasındaki İlişki
Araştırmanın Statüsü	Anket
Ön İzin Formu	(*)Var / () Yok
Başvuru Belgeleri	Başvuru Formu (*) Var / () Yok Üniversite / Kurum Talebi (*)Var / () Yok Araştırma Yöntemi Örneği (*) Var / () Araştırma Detay Formu (*) Var / () Yok Kurumsal Kimlik Belgesi (*) Var / () Yok Etik Kurul Raporu (*) Var / () Yok
Veri Toplama Araçları	Anket
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	01.03.2018 / 30.12.2018
Görüş İstenilecek Birimler	-
KOMİSYON GÖRÜŞÜ	
Yozgat İl Sağlık Müdürlüğünden alınacak ön izin formu, araştırma çalışmaları başvuru formu, araştırma detay formu, danışman tarafından imzalı anket örneği ve kurumsal kimlik belgesi örneği belgelerinin teslimi halinde, Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü tarafından anket çalışmasının yapılmasına müsaade edilmiştir.	
Komisyon Kararı	Oybirliği / Oyçokluğu ile alınmıştır.
Muhallif Üyenin Adı ve Soyadı:	Gerekçesi

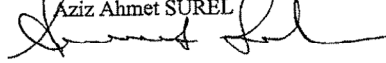
14/06/2018

KOMİSYON

Üye

Yozgat Şehir Hastanesi Başhekim

Aziz Ahmet SUREL

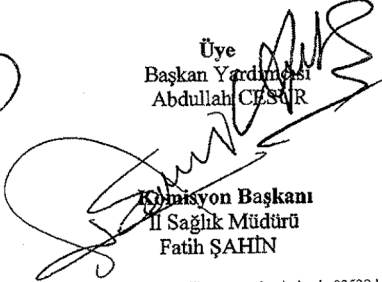


Üye
Başkan Yardımcısı
Murat BAŞKAL

Üye
Başkan Yardımcısı
Abdullah ÇELİK

Üye
Başkan
Cahit Bekir KAYHAN

Komisyon Başkanı
İl Sağlık Müdürü
Fatih ŞAHİN



Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ba03529d-80ef-4779-9298-f2ec256703cd kodu ile erişebilirsiniz.
 Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Hatice ERDEM
Doğum Yeri ve Tarihi	Elazığ- 1992
Medeni Hali	Bekâr
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Yozgat Şehir Hastanesi Ortopedi Servisi Yozgat/Merkez
E-posta Adresi	erdem_haticeee@hotmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Konyaaltı Lisesi, 2010
Lisans	Atatürk Üniversitesi, 2015
Unvan	Hemşire

İş Tecrübesi

Yozgat Devlet Hastanesi	Genel Yoğun Bakım Hemşireliği, 2015-2016
Yozgat Şehir Hastanesi	Genel Yoğun Bakım Hemşireliği, 2016-2019
Yozgat Şehir Hastanesi	Ortopedi Servis Hemşireliği, 2019-