



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İNME Lİ HASTA VE BAKIM VERENLERİN İNME DEN SONRA YAŞAM
KALİTESİNİ ETKİLEYEN SORUN ALANLARININ BELİRLENMESİ:
BURSA ÖRNEĞİ**

HAZIRLAYAN: FİLİZ ER
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr.Öğ.Üyesi Şeyda YILDIRIM

MANİSA – 2018



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HAZIRLAYAN: FİLİZ ER
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SOSYAL HİZMET BÖLÜMÜ

DANIŞMAN
Dr.Öğ.Üyesi Şeyda YILDIRIM

TEZ SINAV JÜRİSİ
Dr.Öğ.Üyesi Musa İKİZOĞLU
Dr.Öğ.Üyesi Gülten UÇAN

BEYAN

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

Filiz ER

TEŞEKKÜR

“İnmeli Hasta ve Bakım Verenlerin İnmeden Sonra Yaşam Kalitesini Etkileyen Sorun Alanlarının Belirlenmesi: Bursa Örneği” adlı çalışmamın planlanmasında, araştırılmasında, yürütülmesinde ve oluşumunda ilgi ve desteğini esirgemeyen, her zaman bana karşı hoşgörölü ve sabırlı olan tez danışmanım ve hocam Dr. Öğretim Üyesi Şeyda YILDIRIM’a,

Yüksek lisans serüvenine başlamama ön ayak olan ve beni cesaretlendiren hocalarım Prof. Dr. Veli DUYAN, Prof. Dr. Fatih ŞAHİN, Arş. Gör. Dr. Buğra YILDIRIM’a, elbette üzerimde emeği olan Dr. Öğretim Üyesi Musa İKİZOĞLU ve Dr. Öğretim Üyesi Gülten UÇAN’a,

Görev yaptığım hastanedeki çalışma arkadaşlarım Uzm. Dr. Özlem YILDIZ, Psikolog Yakup AKBAŞ Hemşire Nevin GÖK, Hemşire Sebahat KÖSE’ye, sorularıyla bunalttığım Ferda KARADAĞ, Ayşen BAYINDIR’a ve diğer tüm çalışma arkadaşlarıma, çalışmaya katılarak deneyim ve görüşlerini paylaşan tüm hastalarımıza ve bakım verenlerine,

Elbette maddi ve manevi desteğini esirgemeyen sevgili eşim Mustafa ER’e, çocukların bakımında destek olan kayınvalidem Havva Er ve kayınpederim Yaşar ER’e beni bu günlere getiren annem Zeynep TOKGÖZ ve babam Yaşar TOKGÖZ ve son olarak en büyük şansım, umudum ve güzelliğim olan sabırlı çocuklarım “zor günlerimdeki yoldaşım” Asya, “sarı fırtınam” Duru Tuna ve minik Murat Eymen’e teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar LİSTESİ	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
ÇİZELGE LİSTESİ	x
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	xiii
1.ÖZET	1
2.ABSTRACT	2
3.GİRİŞ	3
4. KURAMSAL ÇERÇEVE	6
4.1. SAĞLIK VE HASTALIK KAVRAMI	6
4.1.1. Serebrovasküler Olay	7
4.1.2. İnme	7
4.1.2.1. Yaygınlık durumu	9
4.1.2.2. Belirti ve bulgular	10
4.1.2.3. Risk faktörleri	11
4.1.2.3.1. Değiştirilemeyen risk faktörleri	13
4.1.2.3.2. Değiştirilebilir risk faktörleri	13
4.1.2.4. İnmede prognoz ve doğal iyileşme süreci	14
4.1.2.5. İnmede tedavi yaklaşımları	15
4.1.2.5.1. İnme rehabilitasyonu	16
4.2. İNME VE EKOSİSTEM	18
4.2.1. Ekosistem Yaklaşımı	18
4.2.2. Ekosistem Bağlamında İnme Sonrası Yaşanan Sorun Alanları	20
4.2.2.1. İnme ve mikro sorun alanları	20
4.2.2.1.1. Sağlık sorunları	21
4.2.2.1.2. Ruhsal sorunlar	22
4.2.2.1.3. Aile içinde yaşanan sorunlar	24
4.2.2.1.4. Cinsel fonksiyon bozuklukları	26
4.2.2.2. İnme ve mezzo sorun alanları	27

4.2.2.2.1. Sağlık sisteminde yaşanan sorunlar	28
4.2.2.2.2. İş yaşantısı sorunları	29
4.2.2.3. İnme ve makro sorun alanları	31
4.2.2.3.1. Toplumsal uyum sorunları	31
4.2.2.3.2. Erişebilirlik	33
4.3. İNME VE YAŞAM KALİTESİ	34
4.3.1. Yaşam Kalitesi Kavramı ve Önemi	34
4.3.2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi	36
4.3.3. İnme ve Yaşam Kalitesi	37
4.4. ENGELLİLİK-İNME VE SOSYAL HİZMET	39
4.4.1. Engellilik	40
4.4.2. İnmenin Neden Olduğu Engellilik Durumları	41
4.4.3. Türkiye’de Engelli Hakları, Hizmet ve Uygulamaları	43
4.4.3.1. Ülkemizde engelli haklarının mevzuattaki yeri	44
4.4.3.2. Ülkemizde engelli hakları	45
4.4.3.3. Bakım ve korunma gerektiren engellilere yönelik hizmet ve uygulamalar	47
4.4.3.4. Engelli bireylere destek veren dernekler ve vakıflar	49
4.4.4. Sosyal Hizmet Mesleği	50
4.4.5. Ekosistem Yaklaşımının Sosyal Hizmet ve İnme Hastalarında Uygulanması	52
4.4.6. Tıbbi Sosyal Hizmet ve İnmeli Hastaların Rehabilitasyonunda Sosyal Hizmet Uzmanının Rolü	55
5. GEREÇ VE YÖNTEM	61
5.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ	61
5.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	62
5.2.1. Araştırmanın Alt Amaçları	62
5.2.2. Araştırmanın Önemi	63
5.3. ARAŞTIRMANIN MODELİ	64
5.4. EVREN VE ÖRNEKLEM	65
5.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	66
5.6. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ	66

5.6.1. Hasta ve Bakım Veren Birey İçin Tanıtıcı Bilgi Formu içeriği.....	67
5.6.2. Hasta ve Bakım Veren İçin Hastalık Sonrası Yaşam Kalitelerini Etkileyen Sorun Alanlarına Yönelik Yarı Yapılandırılmış Soru Formu İçeriği.....	68
5.7. ANALİZ YÖNTEMİ.....	68
5.8. SAYILTILAR.....	70
5.9. SINIRLIKLAR.....	70
6. BULGULAR.....	71
6.1. İNMELİ HASTA VE BAKIM VERENLERİN SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE HASTALIĞA İLİŞKİN BULGULAR.....	71
6.1.1. İnmeli Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Bulgular.....	71
6.1.2. Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik ve Bakım Veren Olma Durumuna İlişkin Bulgular.....	72
6.2. İNMELİ HASTANIN İNME DEN SONRA YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN SORUN ALANLARI.....	74
6.2.1. İnmeli Hastanın Yaşam Kalitesinin Fiziksel Sağlık Boyutu ile İlgili Bulgular.....	76
6.2.2. İnmeli Hastanın Yaşam Kalitesinin Fiziksel Aktivite Boyutu ile İlgili Bulgular.....	83
6.2.3. İnmeli Hastanın Yaşam Kalitesinin Psikolojik Boyutu ile İlgili Bulgular.....	86
6.2.4. İnmeli Hastanın Yaşam Kalitesinin Sosyal Boyutu ile İlgili Bulgular.....	93
6.2.4.1. İnmeli hastanın aile içi ilişki durumunu nasıl gördüğüne ilişkin bulgular.....	94
6.2.4.2. İnmeli hastanın yakın çevre ilişki durumunu nasıl gördüğüne ilişkin bulgular.....	97
6.2.4.3. İnmeli hastanın toplumsal hayata uyum durumunu nasıl gördüğüne ilişkin bulgular.....	100
6.2.5. İnmeli Hastanın Yaşam Kalitesinin Tinsel Boyutu ile İlgili Bulgular.....	102
6.2.6. İnmeli Hastanın Yaşam Kalitesinin Ekonomik Boyutu ile İlgili Bulgular.....	107
6.2.7. İnmeli Hastanın Araştırmada Sorulmasını Uygun Gördüğü Sorular.....	110

6.3. BAKIM VERENİN İNMEDEN SONRA YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN SORUN ALANLARIN BELİRLENMESİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	110
6.3.1. Bakım Vereninin Yaşam Kalitesinin Fiziksel Sağlık Boyutu ile İlgili Bulgular.....	115
6.3.2. Bakım Vereninin Yaşam Kalitesinin Fiziksel Aktivite Boyutu ile İlgili Bulgular.....	125
6.3.3. Bakım Vereninin Yaşam Kalitesinin Psikolojik Boyutu ile İlgili Bulgular.....	129
6.3.3.1. Bakım vereninin psikolojik durumunu nasıl gördüğüne ilişkin bulgular.....	130
6.3.3.2. Bakım vereninin gözünden inmeli hastanın psikolojik durumunu İle ilgili bulgular.....	137
6.3.4. Bakım Vereninin Yaşam Kalitesinin Sosyal Boyutu ile İlgili Bulgular.....	142
6.3.4.1. Bakım veren ve inmeli hastanın aile içi ilişkiler durumunu nasıl gördüğüne ilişkin bulgular.....	142
6.3.4.2. Bakım vereninin ve hastanın yakın çevre ilişkiler durumunu nasıl gördüğüne ilişkin bulgular.....	149
6.3.4.3. Bakım vereninin toplumsal hayata uyum durumunu nasıl gördüğüne ilişkin bulgular.....	152
6.3.5. Bakım Vereninin ve Bakım Vereninin Gözünden Yaşam Kalitesinin Tinsel Boyutu ile İlgili Bulgular.....	154
6.3.6. Bakım Vereninin Yaşam Kalitesinin Ekonomik Boyutu ile İlgili Bulgular.....	160
6.3.7. Bakım Vereninin Araştırmada Sorulmasını Uygun Gördüğü Sorular.....	163
7. GENEL DEĞERLENDİRME.....	164
7.1. HASTA VE BAKIM VERENİN İNMEDEN SONRA YAŞAM KALİTESİNİN FİZİKSEL SAĞLIK BOYUTU İLE İLGİLİ KATILIMCILARIN GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	165
7.2. HASTA VE BAKIM VERENİN İNMEDEN SONRA YAŞAM KALİTESİNİN FİZİKSEL AKTİVİTE BOYUTU İLE İLGİLİ KATILIMCILARIN GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	168

7.3. HASTA VE BAKIM VERENİN İNME DEN SONRA YAŞAM KALİTESİNİN PSİKOLOJİK BOYUTU İLE İLGİLİ KATILIMCILARIN GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	169
7.4. HASTA VE BAKIM VERENİN İNME DEN SONRA YAŞAM KALİTESİNİN SOSYAL BOYUTU İLE İLGİLİ KATILIMCILARIN GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	172
7.4.1. İnmeli Hasta ve Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesinin Aile İçi İlişkiler ile İlgili Katılımcıların Görüşlerinin Değerlendirilmesi	172
7.4.2. İnmeli Hasta ve Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesinin Yakın Çevre ile İlgili Katılımcıların Görüşlerinin Değerlendirilmesi	174
7.4.3. İnmeli Hasta ve Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesinin Sosyal Hayata Uyum ile İlgili Katılımcıların Görüşlerinin Değerlendirilmesi	175
7.5. HASTA VE BAKIM VERENİN İNME DEN SONRA YAŞAM KALİTESİNİN TİNSEL BOYUTU İLE İLGİLİ KATILIMCILARIN GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	176
7.6. HASTA VE BAKIM VERENİN İNME DEN SONRA YAŞAM KALİTESİNİN EKONOMİK BOYUTU İLE İLGİLİ KATILIMCILARIN GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	178
7.7. HASTA VE BAKIM VERENİN BU ARAŞTIRMADA SORULMASINI UYGUN GÖRDÜĞÜ SORULARA İLİŞKİN DEĞERLENDİRME	179
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	181
8.1. SONUÇ	181
8.2. ÖNERİLER	184
KAYNAKLAR	188
EKLER	215
EK 1: SORU FORMLARI	215
– İnmeli Hasta İçin Tanıtıcı Bilgi Formu	215
– İnmeli Hasta İçin Hastalık Sonrası Yaşam Kalitelerini Etkileyen Sorun Alanlarına Yönelik Yarı Yapılandırılmış Soru Formu	217
– Bakım Veren Birey İçin Tanıtıcı Bilgi Formu	218

– Bakım Veren Birey İçin Hastalık Sonrası Yaşam Kalitelerini Etkileyen Sorun Alanlarına Yönelik Yarı Yapılandırılmış Soru Formu.....	220
EK 2: UYGULAMA İZİN BELGELERİ.....	222
EK 3: ETİK KURUL ONAYI.....	228
EK 4: GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU.....	229
EK 5: İNTİHAL TESPİT RAPORU.....	230
ÖZGEÇMİŞ.....	231



TABLULAR LİSTESİ

SAYFA

Tablo 1: Kişinin İnmeden Sonra Etkilenme Alanı ve Etkilenme Oranı.....	42
Tablo 2: İnmeli Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Bilgilerine Göre Dağılımı.....	72
Tablo 3: Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik ve Bakım Veren Olma Durumuna İlişkin Bilgilerine Göre Dağılımı.....	73

ŞEKİLLER LİSTESİ

SAYFA

- Şekil 1. İnmeli Hasta İnmeden Sonra Yaşam Kalitesini Etkileyen
Sorun Alanları Kod Diyagramı.....75
- Şekil 2. Bakım Verenin İnmeden Sonra Yaşam Kalitesini Etkileyen
Sorun Alanları Kod Diyagramı.....114



ÇİZELGE LİSTESİ

SAYFA

Çizelge-1.	İnmeli Hastanın İnmeden Sonra Genel Sağlık Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.....	77
Çizelge-2.	İnmeli Hastanın İnmeden Sonra Hastalığının Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.....	79
Çizelge-3.	İnme Hastasının Son İki Hastalık Dönemdeki Fiziksel Sağlık Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.....	81
Çizelge-4.	İnmeli Hastanın Günlük Aktivite Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.....	84
Çizelge-5.	İnmeli Hastanın Depresif Belirtiler Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.....	87
Çizelge-6.	İnmeli Hastanın Hassasiyet ve Alınganlık Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.....	90
Çizelge-7.	İnmeli Hastanın Aile İçi İlişkileri Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.....	94
Çizelge-8.	İnmeli Hastanın Yakın Çevre İlişkileri Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.....	97
Çizelge-9.	İnmeli Hastanın Toplumsal Hayata Uyum Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.....	100
Çizelge-10.	İnmeli Hastaların Yaratıcıya Sığınma ve Tevekkül Geliştirme Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.....	103
Çizelge-11.	İnmeli Hastaların Hayatının Anlam, Amaç ve Değerleri Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.....	104
Çizelge-12.	İnmeli Hastanın Ekonomik Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.....	107

Çizelge-13. Bakım Verenin Hastanın Genel Sağlık Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.....	115
Çizelge-14. Bakım Verenin Kendi Genel Sağlık Durumu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.....	118
Çizelge-15. Bakım Verenin İnme Hastasının İnme Hastalığına Bağlı Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.....	121
Çizelge-16. Bakım Verenin Hastanın Son 2 Haftalık Dönemde Fiziksel Sağlık Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.....	123
Çizelge-17. Bakım Veren Kendisi ve Hastanın Günlük Aktivite Durumu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.....	126
Çizelge-18. Bakım Verenin Depresif Belirtilerle Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.....	130
Çizelge-19. Bakım Verenin Hassasiyet ve Alınganlık Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.....	135
Çizelge-20. Bakım Verenin Gözünden İnmeli Hastanın Depresif Belirti Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.....	138
Çizelge-21. Bakım Verenin Gözünden İnmeli Hastanın Hassasiyet ve Alınganlık Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.....	139
Çizelge-22. Bakım Verenin İnmeli Hastanın Çocuklarının Etkilenme Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.....	140
Çizelge-23. Bakım Veren ve Hastanın Aile İçi İlişkileri Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.....	142
Çizelge-24. Bakım Verenin ve Hastanın Yakın Çevre İlişkileri Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.....	149
Çizelge-25. Bakım Verenin Toplumsal Hayata Uyumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.....	152
Çizelge-26. Bakım Verenin Yaratıcıya Sığınma ve Tevvekkül Geliştirme Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.....	154

Çizelge-27. Bakım Verenin Hayatın Anlamı, Amaç ve Değerleri Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.....	156
Çizelge-28. Bakım Verenin Gözünden İnmeli Hastanın Yaratıcıya Sığınma ve Tevekkül Geliştirme Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.....	158
Çizelge-29. Bakım Verenin Gözünden İnmeli Hastanın Hayatının Anlamı, Amaç ve Değerleri Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.....	158
Çizelge-30. Bakım Verenin ve Hastanın Çalışma Yaşamı ve Ekonomiye Yansıma Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin ile İlgili Bilgiler.....	160

KISLATMA VE SİMGELER LİSTESİ

WHO : Dünya Sağlık Örgütü

IASSW : Uluslararası Sosyal Hizmet Okulları Birliği

IFSW : Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Fedarasyonu

OECD : Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü



Tezin Başlığı : **İnmeli Hasta ve Bakım Verenlerin İnmeden Sonra Yaşam Kalitesini Etkileyen Sorun Alanlarının Belirlenmesi: Bursa Örneği**

Öğrencinin Adı : Filiz ER

Danışmanı : Dr. Öğ. Üyesi Şeyda YILDIRIM

Anabilim Dalı : Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

1. ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı inmeli hasta ve bakım verenlerinin yaşam kalitelerinin fiziksel sağlık, fiziksel aktivite, psikolojik, sosyal, tinsel ve ekonomik boyutlarda yaşadıkları sorunları kendi gözlemleri ve deneyimleri doğrultusunda ekosistem yaklaşımı bağlamında betimlemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma evrenini Bursa İlker Çelikcan Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesinde yatarak inme tedavisi gören hastalar ve hastaya bakım verenler oluşturmaktadır. 10 hasta ve 10 bakım veren araştırmanın örneklemini oluşturmuş ve amaçlı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Nitel araştırma yöntemiyle tasarlanan araştırmada araştırmacılar tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Görüşmeler yazılı metne dönüştürüldükten sonra katılımcıların benzeşik ifadeleri vurguladıkları cümleler MAXQDA 12 programı ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırmada hasta ve bakım verenlerin ekosistem bağlamında yaşam kalitelerinin fiziksel sağlık, fiziksel aktivite, psikolojik, sosyal, tinsel ve ekonomik boyutlarını etkileyen durumlarla ilgili olarak katılımcıların görüşleri değerlendirildiğinde, hem hastaların hem de bakım verenlerin ifadeleri ile oluşan alt temalara göre bütün alanlarda etkilenme meydana geldiği saptanmıştır.

Sonuç: Bu araştırma sonucunda inme hastalığının hasta ve bakım verenin yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkilerde bulunduğu ortaya konmuştur. Buna göre tedavi ve rehabilitasyon aşamasında hasta ve bakım verenlerin hastalık sürecine uyumunun sağlanmasında, sorunlarla baş etme becerilerinin geliştirilmesinde, yaşam kalitesinin artırılmasında, bakım ve tedaviden daha etkin biçimde faydalanarak kendi ekosistemi içinde daha uyumlu hale gelmesinde sosyal hizmet mesleğine ve sosyal hizmet uzmanlarına görev düşmektedir.

Anahtar Sözcükler: İnme, Ekosistem, Yaşam Kalitesi, Sosyal Hizmet

Title : **Determination of Problem Areas Affecting Quality of Life After Stroke of Patients with Stroke and Care: Bursa Case**

Student Name : Filiz ER

Supervisor : Assistant Professor Şeyda YILDIRIM

Department : Social Work Department

2. ABSTRACT

Purpose: The aim of this study is to describe the problems experienced by stroke patients and caregivers in their physical health, physical activity, psychological, social, spiritual and economic dimensions in the context of their ecosystem approach towards their own observations and experiences.

Material and Method: The research population is the patients and patients who receive inpatient stroke therapy in Bursa İlker Celik Physical Therapy and Rehabilitation Hospital. The sample consisted of 10 patients and 10 care givers to the study and the sample method was used for the purpose. A semi-structured interview form prepared by the researchers was used in the research designed by qualitative research method. After the interviews were converted into written text, the sentences that the participants emphasized were analyzed with MAXQDA 12 program.

Findings: In the study, it was found that the opinions of the participants regarding the situations affecting the physical health, physical activity, psychological, social, psychological and economic dimensions of the quality of life in the context of the ecosystem of the patients and care givers were affected in all areas according to sub-themes formed by expressions of the patients and care givers.

Result: As a result of this research, stroke disease has been found to have negative effects on the quality of life of the patient and caregiver. Accordingly, in the course of treatment and rehabilitation, many tasks are assigned to the social worker and social worker in order to ensure that the patient and caregivers adapt to the disease process, improve their coping skills, improve their quality of life, improve their quality of care and treatment more effectively and become more harmonious within their ecosystem.

Keywords: Stroke, Ecosystem, Quality of Life, Social Work

3. GİRİŞ

Günümüzde bilimsel ve teknolojik gelişmeler sayesinde sağlık alanında tanı ve tedavi imkânları artmıştır. Böylece hastalıklara bağlı ölümler azalmış ve yaşam süresi uzamıştır. Fakat bu durum kronik hastalıkların görülme sıklığını artırmıştır. Böylece kronik hastaların bakım ve tedavi ihtiyacı da artmıştır.

“Amerikan Kronik Hastalık Ulusal Komisyonu” na göre kronik hastalıklarının ilerleyici olması, bazı kalıcı bozulmalara neden olması, hastalığın geri dönüşsüz patoloji sebebi olması, rehabilitasyon gerektirmesi ve uzun süre bakım ve gözetim gerektirmesi gibi özellikleri vardır (Ondahin 1989: Akt; Acar 2012).

Dünya Sağlık Örgütüne göre kronik hastalıkları bulaşıcı olmayan, uzun süreli ve yavaş ilerleyen hastalıklardır. Dört ana grubu vardır. Bunlar inme ve kalp krizinin de içinde olduğu kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet hastalığıdır (<http://www.who.int/topics/noncommunicablediseases/en/>, Erişim Tarihi:15 Mart 2017). Dünya Sağlık Örgütü kardiyovasküler hastalıkları tanımlarken kalp hastalıklarını, beyin ve kan-damar hastalıklarını bu hastalık grubuna dâhil etmiştir ve bu hastalıklar dünyada yılda 17,3 milyondan fazla ölüme neden olmaktadır (WHO 2011).

Kronik hastalıklar sınıflandırması içinde yer alan kardiyovasküler hastalıkların sınıflandırması aşağıda listelenmiştir.

1. Damar sertliğine bağlı kardiyo-vasküler hastalıklar:

- İskemik kalp hastalığı veya koroner arter hastalığı (kalp krizi gibi)
- Serebrovasküler hastalık (inme)
- Aort ve arter hastalıkları, hipertansiyon da dâhil olmak üzere ve periferik damar hastalığı.

2. Diğer kardiyovasküler hastalıklar:

- Konjenital kalp hastalığı
- Romatizmal kalp hastalığı
- Kardiyomiyopati

– Kardiyak aritmiler (WHO 2011)

Görüldüğü üzere Serebrovasküler olay kalp ve damar hastalıkları içinde ikinci sırada bulunmaktadır. Türkiye’de Ulusal Hastalık Yükü Çalışmasının sonuçlarına göre Türkiye’de toplam hastalık yükünün yüzde 5’i serebrovasküler olaya bağlıdır (Ünal ve ark. 2013). Bu klinik tablo, halk arasında kısaca “inme” olarak bilinir ve bu hastalık beyine verdiği hasar nedeniyle engellilik durumu gelişen ve hem hasta hem de ailesinin yaşam kalitesini etkileyen kronik bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkar.

Ulusal İnme ve Nörolojik Bozukluklar Enstitüsü (NINDS) tarafından yapılan inme tanımına göre inme bir beyin bölgesinin aniden meydana gelen kan damarının patlaması veya kan akışının durması ile beyin çevresini saran hücrelerinin kan desteğinin kesilmesi sonucu meydana gelir. Beyin hücreleri, beyin çevresi veya içinde olan ani kanama ile veya oksijen ve beslenmenin yapılamaması ile artık kanlanamaz ve ölür (<https://www.ninds.nih.gov/Disorders/All-Disorders/Stroke-Information-Page> Erişim tarihi: 9 Eylül 2017).

İnme Amerika’da yaşanan ölümlerdeki ölüm nedenleri arasında 3. sırada yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütüne göre dünya çapında 15 milyon insan inmeden etkilenmektedir. Bunların 5 milyonu ölmekte, 5 milyonu ise kalıcı olarak sakat kalmaktadır (<http://www.strokecenter.org/patients/about-stroke/stroke-statistics/> Erişim tarihi: 9 Eylül 2017). Bilir (1988) bir toplumda sık görülen, çok sayıda ölüm ve iş kaybına neden olan hastalıkların o toplum için önemli bir sağlık sorunu olduğunu belirtmiştir. Bu anlamda nörolojik zararlar nedeniyle yatağa bağımlılığa neden olan inme, toplumda sık görülmesi ve ölüme yol açması nedeniyle tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz içinde maliyet, işgücü ve hastanede kalış süresinin artmasına yol açması nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur (Akt. Akdemir ve ark. 2011). İçağasıoğlu ve arkadaşları (2007) yaptıkları bir çalışmada inmenin ekonomik yıkımının Türk toplumu içinde önemli bir maliyeti olduğunu ortaya koymuşlardır (İçağasıoğlu 2017).

İnme bir beyin hastalığı olmasına rağmen bütün vücudu etkilemektedir ve düşünme, biliş, dikkat, öğrenme ve hafıza konusunda engel oluştururken, hastalar konuşma ve anlama kabiliyetinde sık sık sorun yaşar. Bunun yanında İnme

hastalarda duygusal problemlere yol açar (<https://www.ninds.nih.gov/Disorders/All-Disorders/Stroke-Information-Page> Erişim tarihi: 10 Eylül 2017). Bu hastalık fiziksel sağlıkla ilgili olan boyutu ile yaşam kalitesine olumsuz etki ederken, inmeli hastanın çevresini de etkiler. Bu noktada hasta ve bakım verenlerin hastalık sürecine uyumunun sağlanmasında, sorunlarla baş etme becerilerinin geliştirilmesinde yaşam kalitesinin artırılmasında, bakım ve tedaviden daha etkin biçimde faydalanarak kendi ekosistemi içinde daha uyumlu hale gelmesinde sosyal hizmet mesleğine ve sosyal hizmet uzmanlarına birçok görev düşmektedir.

Buradan hareketle oluşturulan bu çalışmada inmeli hasta ve bakım verenlerin yaşam kalitesini fiziksel sağlık, fiziksel aktivite, psikolojik, sosyal ve tinsel boyutta etkileyen sorun alanlarını ekosistem yaklaşımı bağlamında incelemek amaçlanmıştır. Bu anlamda çalışmanın ilk bölümünde inme, ekosistem yaklaşımı, yaşam kalitesi ve sosyal hizmet ile ilgili teorik bilgilere yer verilmiştir. İzleyen bölümde araştırmanın gereç ve yöntemi konusunda bilgi verilmiştir. Ardından ise inmeli hasta ve bakım verenlerden toplanan verilerin düzenlenmesi ile oluşturulan bulgular bölümüne yer verilmiştir. En son bölümde ise genel bir değerlendirme yapılarak sonuç ve öneriler kısmına yer verilmiştir.

4. KURAMSAL ÇERÇEVE

Çalışmanın bu bölümünde inmeli hasta ve bakım verenlerin inmeden sonra yaşam kalitesini etkileyen sorun alanlarını incelemek amacı ile inme hastalığı, ekosistem yaklaşımı, yaşam kalitesi ve sosyal hizmet konuları ele alınarak kuramsal çerçeve oluşturulmuştur.

4.1. SAĞLIK VE HASTALIK KAVRAMI

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü” (2011) sağlıkla ilgili olarak kapsamlı bir tanımlama yapmıştır. Buna göre sağlık tanımlamaları, artık sosyo-ekonomik durumları ve fiziksel çevrede bulunan tüm sistem ve yapılar ile bunların, kişi ve toplum üzerindeki etkileri göz önüne alınarak yapılmaya başlanmıştır. Bu kavramlaştırmalardan biri olan ve sağlık kavramını temel insan haklarından biri olarak ele alan Ottawa Sözleşmesi; huzur, yeterli ekonomik kaynak, gıda ve barınma, istikrarlı bir ekosistem ve sürdürülebilir kaynak kullanımını içeren bazı ön koşulları vurgulamaktadır. Bu ön koşulların kabul edilmesi, sosyo-ekonomik koşullar, fiziksel çevre, kişisel yaşam tarzları ve sağlık arasındaki etkileşimi öne çıkarmaktadır. Bu etkileşimler, sağlığın bütüncüllüğünü vurgulamaktadır (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü 2011).

Kısaca fiziksel ve ruhsal sağlık, insan yaşamındaki en değerli kavramdır ve insanın sosyal bir varlık olarak kendisinden beklenen işlevleri yerine getirmesi, üretken olabilmesi, kendisinin, ailesinin ve ülkesinin iyiliğine katkı verebilmesi ancak sağlıklı olması ile gerçekleşebilir (Öztürk 1997).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı, sadece hastalık ve sakatlıkların olmaması değil aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır. Böylece çağdaş sağlık anlayışı, sağlığın çok boyutlu özelliğini ortaya koyan temel kavramlardan birini oluşturmuş ve sağlık kavramının içine “ruhsal” ve “sosyal” boyutunu dâhil ederek biyomedikal modelin dışına çıkmıştır (<http://www.who.int/topics/en/> Erişim tarihi: 11 Ekim 2017). Yukarıda sıralanan

biyolojik, çevresel ve sosyal öğelerin her biri kişinin hayatını farklı şekil ve derecelerde etkiliyor da olsa, biyolojik bütünlüğün sağlıklı devamı için gereklidir. Söz konusu öğelerin gerekliliği hem sosyal hem de biyolojik alanda yapılmış çalışmalarla da anlatılmıştır (Hamzaoğlu 2010).

Bütün bu tanımlardan da anlaşılacağı üzere sağlığa bütünsel bir çerçevede bakmak gerekmektedir. Kişiyi kısıtlayan hastalık durumu kişinin duygusal, ruhsal, fiziksel ve sosyal bütünlüğünü bozmaktadır. Bu anlamda tüm dünyada görülen etkileri bakımından ölüm ve engellilik gibi bir süreçle devam eden ve kişinin bütünlüğünü tehdit eden serebrovasküler olay ile buna bağlı olarak gelişen ve belirtisi olan inme hastalığı konusuna bundan sonraki bölümde yer verilecektir.

4.1.1. Serebrovasküler Olay

Genel tanımı ile Serebrovasküler olay, bir beyin bölgesinin pıhtı veya kanama sonucu kalıcı ya da geçici olarak etkilenmesi ve/veya beyni besleyen damarlardan birinin ya da daha fazlasının patolojik hasarı olarak tanımlanmaktadır. Genellikle ani bir başlangıç gösteren, bir odağa bağlı veya daha büyük alanda ortaya çıkan nörolojik belirtiler olarak tanımlanır. Bu patolojik süreç içinde damar duvarında herhangi bir hasar veya damarın geçirgenliğinin değişikliği, damar lümenin emboli veya pıhtıyla tıkanarak damarların yırtılması, kan yoğunluğunun artışı veya kanın içeriğinin farklılaşması, damar sertleşmesi veya hipertansiyona bağlı damar sertleşmesine bağlı farklılıklar, damar duvarlarının genişlemesi, arterlerde iltihaplanma, gelişimsel bozukluklar gibi durumlarda ortaya çıkan bir durumdur (Demirci ve ark. 2015; Bozkurt 2008). Bu klinik durum sonucunda hastada inme gelişebilmektedir. İnme tedavi edilmesi güç ve önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkan, birey ve içinde yer aldığı ekosistemi etkileyen kronik bir hastalıktır.

4.1.2. İnme

İnme en basit tanımla kan akımının durması yoluyla oluşan bir “beyin krizi” dir. Beynin bir bölgesi kan akımından yoksun kaldığı zaman inme meydana gelir (Burkman 2010).

Travma dışında gelişen bir nedenle, beyni besleyen kan akımının kısa veya uzun süreli devam eden yetersizlik durumunda ya da bir beyin damarının yırtılmasına bağlı olarak ortaya çıkan iskemik (pıhtı) veya hemorajik (kanama) beyin hastalıklarının hepsine serebrovasküler olay denir. Bunların büyük çoğunluğu akut gelişir. Odağı olan nörolojik bozukluklarla kendini gösterir ve inme (stroke) adıyla anılır (Bilgili ve Gözüm 2014). Tamamlanmış inmede nörolojik komplikasyonlar kalıcı iken geçici atakta ise 24 saat için de tamamen iyileşme gerçekleşir (Roth ve Garrison 2005). İnme; algılama, motor, duygusal fonksiyonlar, konuşma ve mental yeteneklerde ortaya çıkan bozukluklarla karakterizedir. İnme beynin bir yarımküresinde oluşurken, diğer yarımküre tarafındaki alt ve üst uzuvlarda hareket ve duyu kayıpları oluşturur. Bunlara ek olarak vücutta denge ve algılamada sorunları oluşurken, motor alanda da bozukluklar meydana gelir (Lehman ve ark. 1975; İshikura ve ark. 1999; Akt: Bumin ve Ark. 2007).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) inme terimini genellikle kan damarının patlaması ya da pıhtı tarafından kan akımının bloke edilmesi ile beyne kan akımının kesilmesinden kaynaklandığı şeklinde tarif eder. Oksijen ve besin kaynağı kesilen beyin zarar görür. İnme en sık görülen belirti vücudun bir tarafında görülen kol, bacak ve yüzde oluşan ani güçsüzlük veya uyuşmadır. Diğer belirtiler ise şunlardır: kafa karışıklığı, konuşma zorluğu ya da konuşmanın anlaşılabilmesi, tek veya iki gözünde görme zorluğu, yürüme güçlüğü, baş dönmesi, denge veya koordinasyon kaybı, şiddetli baş ağrısı, bayılma ve bilinç kaybıdır (<http://www.who.int/topics/cerebrovascularaccident/en/>. Erişim tarihi: 13 Eylül 2017). Travma, enfeksiyon, epilepsi, tümör gibi nedenlere bağlı infarkt (kanlanamama) veya kanama, apse, serebral iskemiye (beynin oksijenlenememesi) bağlı geçici ataklar tanımlama dışında bırakılmıştır (Kumral ve Kumral 1993; Miller 2007).

İNME, hemipleji terimi ile eş anlamlı olarak kullanılmakla birlikte, halk dilinde daha çok felç olarak bilinmektedir. Dağılımı yaş ile ilişkilidir ve görülme sıklığı 55 yaşından sonra her 10 yılda bir 2 katına çıkmaktadır. Altmış beş yaş üzerindeki popülasyonda ölüm nedenleri arasında kalp hastalıkları ve kanserden sonra üçüncü sırayı aldığı gösterilmiştir (Miller 2007).

İnmenin en temel özelliği nörolojik bulguların ani başlamasıdır. İskemik (pıhtı) ve hemorajik (kanama) olmak üzere iki ana inme türü vardır. İnmenin yaklaşık %85'i iskemi, %15'i hemoraji nedeniyle meydana gelir. İskemik inmede, bir kan pıhtısı kan damarlarını tıkamakta ve beyne kan gidememektedir. Dolayısıyla, beynin oksijen ve besinden yoksun kalan kısmı beslenememektedir. Hemorajik inme ise, bir damarın yırtılması veya arteriyel (ana damar) yırtılma sonucu beyinde kendiliğinden kanama ile gelişen bir durumdur. İskemik inme kendi içinde büyük damar sertleşmesi, küçük damar hastalığı, kardiyo-embolizm gibi hastalığın oluşumu ve tedavi yaklaşımları farklı olan alt tiplere ayrılır. Hemorajik inme; birincil beyin içi kanama ya da beyin ile kafatası arasında bulunan boşlukta kanama şeklinde ortaya çıkar (Intercollegiate Stroke Working Party 2012; Kutluk 2004; Bozkurt 2008).

4.1.2.1. Yaygınlık durumu

İnme, santral sinir sisteminde akut nörolojik fonksiyon kaybıdır ve hastanede tedavi gerektiren nörolojik hastalıkların %50'sinden fazlasını oluşturur (Kutluk 2004). İnme Amerika Birleşik Devletleri'nde ölümlerin 3. sıradaki sebebidir. Her yıl 140.000 den fazla kişi inmeden ölmektedir. Yılda yaklaşık 795.000 kişi inmeden etkilenmektedir. Bunların 600.000 ilk atağını geçirirken 185.000 tekrarlayan ataklar yaşamaktadır. Amerika'da geçmişteki istatistiklere göre yıllık hızı 500 bin yeni inme olgusunu işaret etmekte ise de, yeni veriler bu rakamın 750 bine yakın olduğunu ve bunun sebebinin ise yeni olgulardan ziyade daha önce tespit edilememiş olguların da değerlendirmeye alınması ile açıklanmıştır. Bu olguların yaklaşık beşte birinin kaybedildiği %50-75'inin bazı kalıcı kayıplarla yaşama devam edebildiği ve bunların da yarısının mevcut kayıplarından dolayı rehabilitasyona ihtiyaç duyduğu belirtilmektedir. Amerika'da yaşamlarının herhangi bir döneminde inme geçirmiş olup, halen yaşamını sürdüren yaklaşık 4 milyondan fazla kişinin olduğu düşünülmektedir. Toplumda görülme sıklığının eskiye oranla artış nedeni olarak, artık insanların yaşam sürelerinin uzamış olması ve bu hastalığın ilerleyen yaşlarda daha sık görülüyor olması gösterilmektedir. DSÖ göre dünya çapında 15 milyon insan inmeden etkilenmektedir. Bunların 5 milyonu ölmekte, 5 milyonu ise kalıcı

olarak sakat kalmaktadır (Garrison ve Roth 2005; <http://www.Strokecenterorg/patients/aboutstroke/stroke-statistics/>. Erişim tarihi: 13 Eylül 2017).

Yıllara ve ülkelere göre değişse de inme erkeklerde yüz binde 174, kadınlarda yüz binde 122' dir. Siyahlarda yüz binde 233 beyaz ırkta yüz binde 93 tür (Kutluk 2004).

Ülkemizde inmenin yaygınlığına ait yeterli veriler bulunmamakla birlikte, Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Proje Raporu'na (2004) göre ülke genelinde ölüme yol açan 20 hastalık arasında ikinci ölüm nedeni olarak yer almaktadır. Ayrıca nöroloji kliniklerinde yatan hastalıkların ilk sırasında inme yer almaktadır (Karakurt ve Kaşıkçı 2008). Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri Raporuna (2012) göre evde sağlık hizmeti alan hastalardan % 14,1' ini felçli hastalar oluşturmaktadır (Işık ve ark. 2016). Bunlara ek olarak ülkemizde Özdemir (2000) inme hastalarının genel özellik ve risk faktörleri araştırmıştır. Buna göre iskemik inme yaygınlığı %72, hemorajik inme yaygınlığı %28 olarak bulunmuştur. Hemorajik inme oranının ülkemizde batı ülkelerinden daha yüksek olduğu tespit edilmiş ve bunun nedenini ise hipertansiyon riskinin yeteri kadar tanınmayarak tedaviye uyumun bozuk olmasına bağlanmıştır (Kutluk 2004). Hakbilir ve arkadaşları 2001 yılında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi'ne başvuran ve bilinç düzeyinde değişiklik ya da serebrovasküler olay olarak düşünülen hastaların sosyo-demografik özelliklerini yansıtmaya amacı ile bir çalışma yapmışlardır. Buna göre çalışmaya 117 hasta katılmış bu hastaların yaş ortalamasının 63.59 olduğu ve % 59'unun erkek olduğu saptanmıştır. Hastaların %59,8'inin İskemik inme ve 26,5'inin ise hemorajik inme geçirdiği anlaşılmıştır. Geçici iskemik atak geçirenlerin ise %7,7 oranında olduğu saptanmıştır. Bu bulguların diğer çalışma bulgularına paralellik gösterdiği saptanmıştır (Hakbilir ve ark. 2006).

4.1.2.2. Belirti ve bulgular

İnmenin klinik tanısı, daha çok dramatik şekilde ve birden ortaya çıkan belirtilerle konur (Dalyan ve Çakıcı 2004). İnmeden sonra ortaya çıkan klinik bulgular ise tamamen beyindeki etkilenen damarsal yapıların nerede bulunduğuna bağlıdır. İnme ile gelişen klinik bulgular, şah damarları ve bunların ana dallarının

oluşturduğu ön dolaşımın veya arka dolaşımın etkilenmesi sonucu meydana gelir. Vakaların %80'inde şah damarı bölgesinin etkilenmesi sonucu; vücudun bir tarafının tutulduğu, beynin hangi tarafının etkilendiği ile ilgili olarak vücut yarısının yüz, kol veya bacağına kuvvet kaybı ile kendini belli eder. Hemen hemen tüm vakalarda kollar, yüz ve bacaklara göre daha şiddetli olarak etkilenir. Arka dolaşım bozukluğuna bağlı olarak gelişen inmelerde; denge kaybı, kafa içi sinir felçleri ve buna benzeyen diğer bulgularla kendini gösteren beyin sapı ve beyincik fonksiyon bozuklukları oluşur. Derin dokularda oluşan inmelerde ise bilişsel veya konuşma bozukluklarının eşlik etmediği saf motor veya duyuşsal kayıplar gelişmektedir. Fakat beyin kabuğuna yerleşimi olan inmelerde ise bilişsel, algısal bozukluklar fonksiyon ve konuşma bozuklukları ile karakterize olmaktadır (Garrison ve Roth 2005).

Diğer bazı bozukluklar ani nörolojik kayıplara neden olarak inme ile karışabilirler. Örneğin, hemiparezi ve bilinç kaybı olan bir hastada düşmeye bağlı beyin yüzeyinde pıhtılaşma, beyin iltihabı, beyin tümörü veya epilepsi olabilir. Bu nedenle tedaviye başlamadan önce inme teşhisinin kesinleşmesi gerekmektedir (Dalyan ve Çakıcı 2004).

İnme sonrası erken dönem ölümler ise daha çok altta yatan patolojiye ve lezyonun derecesine bağlıdır. İskemik inmeli hastalarda ilk 30 gün içinde yaşam oranı %85 iken kanamalı hastalarda bu oran %20-52 arasında değişiklik gösterir. Erken dönemde ölümler genelde kanamalı hastalarda görülürken ileriki dönemde ölümler daha çok görülen iskemik olgulardadır (Gündüz 2006).

4.1.2.3. Risk faktörleri

Bireysel ya da çevresel bazı farklılıklar ve özellikler inme riskini artıran unsurlardır. Bir etkenin risk faktörü olarak tanımlanması için, hastalıkla sebep ilişkisi olarak açıklanabilmiş ve ortaya konulmuş olması gerekir. Risk faktörleri farklı yollarla inmeye zemin hazırlayabilir, bu da birden fazla risk faktörü olan kişilerde inme riski daha yüksek olduğu anlamını taşır. İleri yaş ya da genetik yatkınlık gibi engellenemeyen risk faktörlerinin yanı sıra söz konusu risklerin, bu risklerin tanınması, inme için öneminin belirlenmesi ve giderilmesi, akut inme sonucu gelişen beyin hasarını en aza indirilmesi için yapılacak uğraşılardan daha kolay ve etkilidir

(Kutluk 2004). İnmede risk faktörleri değiştirilemeyen ve değiştirilebilir risk faktörleri olmak üzere ikiye ayrılırken yeni keşfedilmiş risk faktörleri ile artık üç kategoride ele alınmaktadır ve inme risk faktörlerinin sınıflandırması aşağıdaki şekildedir.

- Değiştirilemeyen risk faktörleri
 - Yaş
 - Cins
 - Irk
 - Aile öyküsü
- Değiştirilebilen risk faktörleri
 - Kesinleşmiş faktörler
 - Hipertansiyon
 - Diabetes Mellitus (şeker hastalığı), hiperinsülinemi (İnsülin düzeyinin artması) ve glukoz intoleransı
 - Kalp hastalıkları
 - Hiperlipidemi (Yağ oranının yüksek olması)
 - Sigara
 - Aseptomatik karotis stenozu (Damar tıkanıklığı)
 - Orak hücreli anemi (Kansızlık)
 - Kesinleşmemiş veya yeni faktörler
 - Alkol kullanımı
 - Obezite
 - Beslenme alışkanlıkları
 - Fiziksel inaktivite
 - Hiperhomosistinemi (Genetik Pıhtılaşma yatkınlığı)
 - İlaç kullanımı ve bağımlılığı
 - Hormon tedavisi
 - Hiperkoagülabilitte (Pıhtılaşmaya eğilim)
 - Fibrinojen (Kandaki bir yapı)
 - İnflamasyon (Enfeksiyon) (Balkan 2002).

4.1.2.3.1. Değiştirilemeyen risk faktörleri

– Yaş: 55 yaştan sonra inme riski her 10 yılda bir artarak devam eder (Kutluk 2004). Herhangi bir risk faktörü veya faktörlerinin bulunması inmenin mutlaka oluşacağı anlamına gelmez. Fakat inme olasılığının arttığını gösterir. İnmenin görölme sıklığı yaşın artması ile ciddi bir artış gösterir ve ileri yaş (65 yaş ve üzeri) inme için önemli bir risk faktörü olarak karşımıza çıkar. Erkeklerde 75 yaş üzerinde inme gelişme oranı kadınlara göre yüksektir. Siyah ırkta risk oranı beyaz ırka oranla daha yüksek olup bunun nedeni siyah ırkta arteryel hipertansiyon ve diyabet gelişme yaygınlığının fazla olması ile açıklanmıştır (Bozkurt 2008).

– Cins: Erkeklerde inme yaygınlığı kadınlara göre daha fazladır. Çeşitli ölkelerde yapılan çalışmalarda erkeklerde inme sebebi ile ölüm oranının kadınlardan % 23 - % 115 daha yüksek bulunmuştur (Yeşilyurt 2010).

– Irk: Siyah ırkta %38 inme daha sık görölmektedir. Bunun nedeni olarak bu toplumlarda hipertansiyon, diyabet ve obezite gibi risk faktörlerinin daha fazla görölmesidir (Çelik 2014; Kutluk 2004).

– Aile Öyküsü: Hem anne hem de baba da inme öyküsü, kişide inme riskinin artması ile ilişkili bulunmuştur (Balkan 2002). Benzer riskli koşullara sahip bir topluluk üyelerinin ancak bazılarında hastalığın ortaya çıkması ya da aynı hastalıktaki kişilerin tedaviye verdikleri yanıtların çok değişik olması kalıtsal özellikler nedeniyle olabilir (Kutluk 2004).

4.1.2.3.2. Değiştirilebilir risk faktörleri

– Hipertansiyon: Hipertansiyon, hem beyin zarı hasarı hem de kafatası içinde kanama anlamında büyük bir risk faktörüdür. Kan basıncı ve inme riski arasında sürekli, kademeli ve tutarlı bir ilişki vardır. Kan basıncı arttıka, hasta hipertansif aralıktada olmasa bile, inme riski de artar (Uzuner ve ark. 2008).

– Diabetes Mellitus (şeker Hastalığı): Diabetes Mellitus inme için bağımsız risk faktörüdür ve inme hastalarında olgu-kontrol çalışmaları ya da ileriye dönük yaygınlık araştırmalarında riskin 1,8 ile 6 kat göreceli olarak arttığı görölmüştür.

Diyabetin büyük damarların sertleşmesini hızlandırdığı, düşük ve yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterolleri olumsuz etkileyerek ve insülin fazlalığı yoluyla sertleşmiş damar plağını büyüttüğü bilinmektedir. İnsülin kullanan diyabetiklerde, hipertansiyon ve kanda yağlanma gibi diğer damar sertleşmesi risk faktörlerinin daha sık bulunduğu ortaya çıkmıştır (Kutluk 2004).

– Sigara: %82'sini Asyalıların oluşturduğu 563.144 katılımcı ile yapılan bir çalışmada sigara ve yüksek tansiyonu olan kişiler 6,8 yıl boyunca takip edilmiş ve bunlardan 4344 koroner kalp rahatsızlığı yaşarken 5606'sı ise inme geçirmiştir. Sonuçta sigara kullanımı inme riskini arttıran güçlü bir risk faktörü olarak belirlenmiştir. Sigarayı bırakmanın ve tansiyonu düşürmenin inme riskini azalttığı ortaya konmuştur (Nakamura ve ark. 2008).

– Kalp Hastalıkları: Benjamin (1998) kalp hastalıklarının inmenin meydana gelme riskini 2–4 kat arttırdığını belirtmiştir. Hipertansiyondan bağımsız olarak koroner kalp hastalığı, doğumsal kalp yetmezliği, EKG ile saptanan sol kalp odacığı büyümesi, inme için risk faktörüdür. Beyin damar hastalıkları, kalp hastalıkları ile benzer risk faktörlerine sahiptirler ve sıklıkla birlikte görülmektedirler. Aynı zamanda inme geçiren hastaların kalp yetmezliği ve kalp krizi geçirme oranı yüksek olarak bulunmuştur. Framingham'ın çalışmasına göre inme riski koroner kalp hastalığında 3 kat, kalp yetmezliğinde ise 5 kat artmaktadır (Akt: Yeşilyurt 2010).

– Hiperlipidemi (Kanda Yüksek Yağ Oranı): Kolesterol düzeyinin yüksek olması özellikle de 240-270 mg/dl değerlerinde olması inme riskini arttırmaktadır (Kutluk 2004).

4.1.2.4. İnmede prognoz ve doğal iyileşme süreci

İnme sonrası birçok hastada gelişen fonksiyon kayıplarında doğal bir iyileşme meydana gelmektedir. Bu iyileşmenin süresi, tipi ve miktarı hastadan hastaya değişkendir. Klasik olarak orta beyin arter inmelerinin çoğunda meydana gelen bacak fonksiyonlarındaki iyileşme daha erken, daha çok ve neredeyse tamamına yakın olarak meydana gelebilmektedir. Kol fonksiyonlarının yerine gelmesi daha yavaş ve daha az olabilmektedir. Motor iyileşme genellikle uzuvların merkeze en uzağından

olanla ile başlar, daha sonra uyum ve sterotipik (amacı olmayan tekrarlayıcı hareket örüntüsü) ve en sonunda ise uzuvların en yakınından başlamak üzere izole istemli hareketler ortaya çıkar. Yine de bu süreç herhangi bir evrede durabilir. Bilişsel ve konuşma fonksiyonlarındaki iyileşme ise en yavaş olanıdır ve süreç olarak uzun zamanda tamamlanır. Bu süreç motor iyileşme tamamlandıktan sonra da devam edebilmektedir. Çoğu vakada inmeden sonra bu iyileşme süresi 6-12 ay devam edebilmekle ya da daha da uzun sürebilmektedir. Her ne kadar hemorajik (kanamalı) türlerinde akut gelişme ve yüksek ölüm riski oranı mevcut olsa da, muhtemelen kanamanın tamamen çözülmesi nedeni ile daha fazla iyileşme gösterebilmektedirler. Doğal iyileşmede ödemin çözülmesi, hasar almış fakat tamamen devre dışı kalmamış beyin hücrelerinin yeniden tamiri ve alternatif sinir hücrelerinin veya yollarının kaybedilmiş olan fonksiyonları kendi üstüne alması ve ileti yollarını üstlenmesi gibi faaliyetlerin birleşimi ile genellikle açıklamaya çalışılmaktadır (Garrison ve Roth 2005).

4.1.2.5. İnmede tedavi yaklaşımları

İNME tanısı konulduğu zaman nörolojik zarar ve çeşitli komplikasyonların önüne geçilmesi amacıyla acil tıbbi müdahalelerin ilk altı saat içinde yapılması çok hayatidir. Daha sonrasında hasta fizik tedavi ve rehabilitasyon için yönlendirilir (Dalyan ve Çakıcı 2004).

Artık günümüzde akut müdahalenin arkasından planlanan inme tedavisinde anlayışın değişmesi ile birlikte tedavi yeni bir boyut kazanmıştır. İnmenin, tedavi edilebilir bir hastalık olduğu düşüncesi ve bunun yanında inme için kurulan ünite ve tedavi kurumları hastalardaki ölüm oranını azaltmıştır (Kutluk 2004).

Akut inme tedavisindeki amaçlar şöyledir;

- Pıhtının erimesi veya sinirlerin korunması ile nörolojik zararı sonlandırmak veya geri çevirmek,
- Artmış kafa içi basınç gibi ikincil inme komplikasyonlarını görüntülemek ve önlemek (Yeşilyurt 2010).

Bu anlamda inmede kullanılan tedavi yaklaşımlarını aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz.

– Medikal tedavi: Beslenmeyi düzenlemek, devam eden nöbetleri durdurmak, genel sağlık önlemleri almak, kasılma ve hareket bozukluğunu azaltmak, oral ilaçlar ve damar yolu ile ilaç kullanmak, kemonöroliz (ilaç ile sinir tahribinin yapılması)

– Psikolojik tedavi

– Özel eğitim

– İş uğraşı terapisi

– Ortez kullanımı (Yardımcı cihaz kullanımı)

– Ortopedik tedavi: Düzeltici alçılama ve cerrahi yöntemler

– Nöroşirurjik girişimler: Talamotomi (Talamusta kesi yapılarak ameliyat), derin beyin uyarısı, selektif dorsal rizotomi (Omurilikte bulunan sinir kökünün bulunup kesilmesi)

– Elektrostimulasyon: İşlevsel elektrik uyarı yöntemleri, repetatif manyetik stimulasyon (Beyine yapılan uyarı ile ağrı kesme) (Kenji ve ark. 1995; Swaiman ve Russman 1999; Akt: Güney 2006)

4.1.2.5.1. İnme rehabilitasyonu

Yıllar içinde inme tedavisinde birçok değişik yollar kendine yer bulmuştur. Medikal tedavilerin gelişmesi ile birlikte rehabilitasyon içine uğraşı terapisi, fizik tedavi, çeşitli terapi ve tedavi yöntemlerini alarak gelişmiştir (Duncan ve ark. 2005).

Rehabilitasyon, engellilik üzerinde odaklanarak engelliliği azaltmaya amaçlayan bir eğitim ve problem çözme sürecidir. İkinci Dünya savaşıdan sonra Avrupa'da özellikle İngiltere'de rehabilitasyona verilen önem artmış, engelli bireylerin tekrar topluma geri dönebilmesi için birçok yeni tedavi yöntemi geliştirilmiştir. Avrupa da devam eden gelişmeler ülkemizi de etkilemiş ve özellikle son 20 yılda Türkiye'de rehabilitasyon dalında hekim, diğer sağlık personeli ve bu hastalara ayrılan yatak sayısında belirgin artışlar olmuştur (Yavuzer ve Ergin 2006).

Rehabilitasyonun genel tanımı içine hastanın fiziksel iyileşmesinin en uygun seviyeye getirilmesi, psiko-sosyal ve mesleki anlamda gelişimine katkı verme ve

hastanın toplumsal süreçte üretken bir birey olarak yer alması çabaları girer. Avrupa Nöroloji Derneği Federasyon çalışma grubu (1997) rehabilitasyonun amaçlarını şu şekilde sıralamıştır:

- Fiziksel, psiko-sosyal adaptasyonun yeti kaybı ve engele uygun olarak desteklenmesi
- Günlük bakım ve toplumsal faaliyetlerde bağımsızlığın en üst seviyeye çıkarılması
- İkincil komplikasyonların önlenmesi
- Hasta uygun olduğu zaman kendi yaşantısını idame ettirebilmesi için cesaretlendirilmesi (Akt: Yozbatıran 2004).

İnme sonrası hayatta kalan hastaların %20'si hiçbir rehabilitasyon girişimi uygulanmasa da 2 hafta içinde tam olarak bağımsızlık kazanmaktadır. % 20' sinde ise çok ileri işlev bozuklukları geliştiği için günlük hayatlarını yardım ile yaşamak zorunda kalmaktadırlar. Geriye kalan hastaların %60'ı ise rehabilitasyondan farklı seviyede fayda görmektedir (Dopkin 2004). Geleneksel inme rehabilitasyonunda, doğal iyileşme sırasında mobilizasyon, günlük yaşam faaliyetleri ve iletişim gibi faaliyetlerin geri dönüşü düzenlenir. İlk iki hafta veya daha kısa süre yatarak tedavi uygulaması sırasında hastanın inme sonrası akut dönem için rehabilitasyon programına aday olup olmayacağına karar verilir. Çünkü hastalarda oluşan işlevsel bozukluklar benzer gibi görülse de hastaların bunlara vereceği tepki bireyseldir (Garrison ve Roth 2005).

Barer (1997) rehabilitasyon ekibi içinde hastayı en iyi konuma getirmek amaçlı olarak birçok meslek elemanı bulunduğunu ifade ederek bu ekip üyelerini şu şekilde sıralamıştır; fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı, fizyoterapist, iş uğraşı terapisti, konuşma terapisti, rehabilitasyon hemşiresi, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı. Fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı ekibe liderlik ederek tedaviyi düzenler. Fizyoterapist erken dönemde hastanın uygun pozisyonlanması, doğru postürün geliştirilmesini ve normal hareketlere erişebilmek için duyuşal uyarıların ve kas grupları arasındaki tonusun uygun dağılımına dikkat eder. Daha sonra denge, yürüme, merdiven inip çıkma ile ilgilenir. İş ve uğraşı terapistleri üst ekstremitelerde mesleki gelişimi ve kendine bakım aktivitelerini geliştirmeye çalışır. Ayrıca tekerlekli sandalye transfer teknikleri, uygun teknik cihazların kullanımı ve davranışsal sorunların çözümünde

yardımcı olmaya çalışır. Sosyal hizmet uzmanı hastanın uyum mekanizmaları ve sosyal destek sistemini değerlendirerek topluma katılımını için yardımcı olmaya çalışır. Psikologlar hastaların kognitif ve davranışsal bozukluklarında yardımcı olur. Rehabilitasyon hemşiresi ise bu işlemlerin yürütülmesinde ve hasta bakımında önemli rol oynarlar ve yemek yeme, cilt, mesane bakımını sağlayan kişilerdir. Günümüzde daha dinamik olan multi disiplinler model rehabilitasyon sürecinde daha çok yer bulmuştur (Akt: Eyigör ve Kirazlı 2005).

Kısaca inme hastalığı hastayı ve yaşamını tüm boyutları ile etkileyen bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Gelişen tıp ve teknoloji sayesinde kişilerin hayatta kalma şansları artmış fakat bu kişileri yeni sorun ve ihtiyaçlar bekler hale gelmiştir. Bu sorun ve ihtiyaçlar insan organizması ile çevresinde olan ve hayat boyu devam etmesi gereken sistemlerle olan ilişkisini olumsuz etkilemekte ve bireyin içinde bulunduğu ekosistem arasında uyumsuzluklar ortaya çıkabilmektedir. Bundan sonraki bölümde ekosistem yaklaşımı ile inmeli hastanın yaşam kalitesini etkileyen ve ekosisteminde oluşan sorun alanları incelenecektir.

4.2. İNME VE EKOSİSTEM

Bu bölümde ekosistem yaklaşımı açıklanarak inme sonrasında hastaları ve bakım verenlerin ekosistem bağlamında etkileyen sorun alanları kavramsallaştırılarak konuyla ilgili genel bir çerçeve çizilecektir.

4.2.1. Ekosistem Yaklaşımı

Ekosistem kuramsal olarak Ludving Von Bertalanffy'in genel sistem teorisini temel alarak ortaya çıkmıştır (Özbesler ve Bulut 2013) ve ekolojik çevreyi, birbiri ile bağlantıda olan sistemler olarak açıklamıştır (Duyan ve ark. 2008). Berkes ve Kışlalıoğlu'na göre kişiler ve onun çevresi bir bütündür ve ekosistem ile ekolojik sistem birbiri yerine kullanılan kavramlardır (Akt: Duyan 2012). Bu anlamda Bertalanffy (1977) göre insan gelişiminde ekosistem, büyüyen insan organizması ve

çevrede oluşan ani değişimler arasında olan ve insan hayatı boyunca süren, karşılıklı uyum ile ilerlemeyi konu edinen bir yaklaşımdır. Bu durum uyum içinde bulunan hem resmi hem de gayri resmi var olan bağlamlardan daha geniş sosyal bağlamalara uzanan ve elde edilen ilişkiler tarafından etkilenen süreçlerdir (Akt: Bronfenbrenner 1977).

Kısaca bu yaklaşım; kişileri içinde yer aldıkları çevre ile etkileşim yolunu kullanarak uyum sağlayan ve gelişen varlıklar olarak ele alırken ve bir taraftan içsel bir taraftan da dışsal faktörleri inceler. Bu yaklaşım içinde kişiler çevresine tepki veren pasif bireyler olarak değerlendiriliyor olmanın yerine çevresi içinde aktif katılım sağlayan dinamik ilişkileri olan varlıklar olarak nitelenir (Duyan ve ark. 2008).

Apter (1982) bu yaklaşıma göre çevreyi, her birinin bir sonraki tarafından içerildiği ve iç içe geçmiş yapıların düzenlenmesi olarak anlatır ve çevreyi şu şekilde kavramsal olarak niteler;

– Mikrosistem: Gelişen birey ile ev, okul, iş gibi o kişinin de içinde olduğu yakın çevresi ile arasında oluşturulmuş sistemdir.

– Mezosistem: Gelişmekte olan bireyi içine alan hayatın belirli bir noktasında var olan ortamlar ile arada oluşan etkileşimdir ve mikro sistemlerin bir sistemidir.

– Ekzosistem: Gelişmekte olan bireyi içermemesine rağmen bireyin içinde bulunduğu yakın çevresine nüfuz edip onları etkileyen ya da sınırlama yapan ve hatta onları belirleyen resmi ve resmi olmayan sosyal yapılardan meydana gelir ve bu yapılar, özellikle yapılaşmış ve spontan olarak evrim geçiren toplumun başlıca kurumlarını içerir. Ekzosistem, mezosistemin bir uzantısıdır.

– Makrosistem: Ekonomik, politik, sosyal, kanuni ve eğitime dayalı sistemler gibi kültür veya alt kültürün en üstteki kurumsal örüntülerdir(Akt: Davaslıgil 1997).

Ekosistem dinamik, hümanistik boyutları ile sosyal sistem teorilerini içerir. Geleneksel hayatımızda gerçek yaşam zamanı ve mekânı ile oluşan etkileşim ile ilişkilidir ve böylece çevre ile kişinin uyumu, kaynaklardaki değişim, durum ve kişinin alt sistemler arasında adaptasyonla ilgili olarak karşılıklı tamamlayıcılık durumunu ele alarak sosyal hizmete vurgu yapar. Aynı zamanda ekosistem şu

süreçlerle ilgilidir: hareketlilik ve nüfusun dağılımı, doğal girdi-çıkıtkı akışları, teknoloji, enerji, sosyal organizasyon ve diğerk kaynakların kullanımı, evrim, uyum, sapma, çatışma, geribildirim, özdenetim ve yaşam döngüsünün değışimi ve gelişimsel görevlerle ilgilidir. Böylece ekolojik teori, sistemleri ve alt sistemler arasındaki yaşam ağıını ele alır ve etkileşimli ve birbirine bağılı alt sistemlerin açık, kendi kendini düzenleyen yapılarıyla ile ilgilidir (Siporin 1980).

4.2.2. Ekosistem Bağlamında İnme Sonrası Yaşanan Sorun Alanları

Karls ve Wandrei (1992) “Sosyal Hizmet İçin Yeni Bir Dil” isimli makalesinde çevresi içinde birey kavramını tanımlamıştır. Bu makalede sosyal hizmet uzmanlarının kişilerin problemlerini tanımak, kodlamak ve sınıflandırmak için yeni bir sistem olarak ele almıştır. evresi içinde birey kavramının dört faktörden oluştuğı vurgusu yapmışlardır. Bunlar; sosyal rol sorunları, evre sorunları, mental bozukluklar ve fiziksel bozukluklar. Böylece evresi içinde birey sisteminin sosyal hizmet alanında yeni bir anlayış ve açıklık getireceğini savunmuştur (Karls ve Wandrei 1992). Nitekim gelişmeler bu düşünceyi doğrulamış ve çevresi içinde birey sosyal hizmette kullanılan bir dil olmuştur. Bu kavramsallaştırma içinde yer alan sorun alanları ile çevresi içinde birey göz önüne alınarak çalışmanın bu bölümünde inmeli birey ve bakım verenlerinin sistemlerle olan etkileşiminde oluşan ve uyum bozukluklarına bağılı olarak gelişen sorun odakları ele alınarak incelenmiştir. Bu sorun alanları ise ekosistem kavramı içinde mikro, mezzo ve makro boyutları içinde değerlendirilmiştir.

4.2.2.1. İnme ve mikro sorun alanları

Mikrosistem kişinin hemen yakınlarında bulunan çevresi ile kişi arasındaki ilişkinin bütünüdür (Bronfenbrenner 1977). Günlük yaşam içinde çeşitli zamanlarda etkileşim kurulabilen ve bireyin ilişkide olduğu fiziksel ve sosyal evre olarak tanımlanmıştır. Burada anahtar kavram deneyimdir. Kişinin aile içinde bireysel deneyimleri, okul deneyimlerini, iş deneyimlerini diğerk sosyal kurumlarla olan deneyimleri ve günlük yaşam sürecindeki diğerk deneyimleri içerir. Eğer birey sistem

içinde bir yaşam deneyimine sahip oluyorsa bu sistemin üyesi konumundadır. Eğer birey bir deneyim yaşamıyorsa bu sistem birey için mikro sistem değildir. Burada objektif özellikler kadar bireyin öznel ve algısal deneyimlerine de dikkat etmek gerekmektedir (Meadow 2010). Bu sav göz önüne alındığında inme oluştuktan sonra hastanın en çok deneyimlediği kendi mikro sistemi içindeki durum fiziksel sağlık ve ruhsal sağlık alanında yaşadığı sorunlar olarak karşımıza çıkmıştır. Ayrıca bedensel ve ruhsal sorunların oluşturduğu etki ile bireyin içinde bulunduğu mikro sistem içinde aile ilişkileri etkilenirken bu bağlamda karı – koca alt sisteminde rol kayıpları ve cinsel ilişki sorunları yaşamaları da beklenen bir durumdur. Bu sorun alanları ve birey üzerinde bıraktığı etkiler ise bundan sonraki bölümde incelenecektir.

4.2.2.1.1. Sağlık sorunları

Akut fazda ölüm riski taşıyan ve daha sonraki dönemde fizik ve mental rahatsızlığa sebep olan inme vakalarında hemen hemen % 25 i ölüm riskini ilk bir aya kadar devam ettirir. Akut faz muayenelerinde hastalarda bazı bulgularda özellikle bilinç ve motor bozukluklar ve duyu değişiklikleri oluşabilir. Bu bulgular hastalığın geleceği hakkında bize bilgi verir. Motor kontrolde yaşanan kayıplar bu hastalığın en sık gelişen komplikasyonları arasındadır, ancak vakaların bazılarında bu durum gelişmeyebilir. Bu vakaların % 80'inde ise değişik seviyelerde kuvvet kaybı ortaya çıkabilmektedir (Özeren 2004; Garrison ve Roth 2005). İnme sonrasında, iyileşme döneminde hastaların ileri yaşı ve serebrovasküler olayı da ele aldığımızda farklı sağlık sorunu ve komplikasyon ortaya çıkabilmektedir ve bu durum rehabilitasyon sürecini, sonuçlarını etkileyebilir. İnme sonrası görülen komplikasyonlar ve sağlık sorunlarını aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz:

- Bası yaraları
- Kontraktürler(Eklem katılığı)
- Üst ekstremitte komplikasyonları
- Heterotipik ossifikasyon (Kas içinde kemikleşme)
- Spastisite (Kas sertliği)
- Depresyon
- Epileptik nöbet

- Santral ağrı sendromları
- Kondüsyon ve endurans azlığı (Kuvvet ve dayanıklılıkta azlık)
- Mesane disfonksiyonu
- Bağırsak disfonksiyonu
- Düşme
- Enfeksiyonlar
- Kardiyovasküler problemler (Dalyan ve Çakıcı 2004)

4.2.2.1.2. Ruhsal sorunlar

Nörolojik hastalıklarda hem beden hem de zihin etkilenmektedir. Bu durum kişi, ailesi ve yakın çevresi için daha ciddi sonuçlar ortaya çıkartır. Yeti kaybı ve fonksiyon kaybı oluşturacak hastalıklar, örneğin inme veya multiple skleroz gibi hastalıklar insanların günlük aktivitelerini, işlevsel durumunu, işini, ekonomik durumunu, cinsel hayatını, sosyal ilişkilerini, kendilik algısını ve yaşam kalitesini doğrudan etkiler (Kulaksızoğlu 2009).

Bütün bunların yanında her türlü psikiyatrik belirti nörolojik hastalıklarla birlikte görülebilir. İnme hastalarının hemen hepsi ise depresyon deneyimi yaşarlar. Bu psikiyatrik belirti ile birlikte ele alındığında depresyon semptomlarının en sıklıkla görülenleri şunlardır (Kulaksızoğlu 2009);

- Duygudurum değişiklikleri: Depresif, irrite olma, manik gibi
- İştah değişikliği: Artma veya azalma
- Uyku bozuklukları
- Kilo kaybı
- Neden yokken agresif olma
- İnsanlara veya daha önce hoşlandığı şeylere ilgi kaybı
- Neden yokken ağlama
- Tıbbi bir açıklama olmaksızın vücut ağrılarında şikâyet
- Enerji kaybı-bitkinlik ya da aşırı enerji
- Anksiyete-huzursuzluk ve sıkıntı
- Eksitasyon, ajitasyon

- Kendine ya da çevresine zarar verme
- Katatoni, tikler, psikojen kas spazmı ve diskineziler (istemsiz hareket)
- Obsesyon ve kompülsiyonlar
- Cinsel ilgide artma veya azalma
- Psikotik bulgular
- Hezeyanlar
- Halüsinasyonlar
- Depersonalizasyon (kendine yabancılaşma) fiziksel özellik ve duygularda değişiklik hissi ve derealizasyon (gerçek dışılık ve çevredeki insanların anlamsızlaşması) (Kulaksızoğlu 2009; Burkman 2010).

İnme sonrası dönemin altıncı ayında olan hastalarla, depresyonun işlevsel sonuç üzerine olan etkisini araştırmak amacı ile bir çalışma yapılmıştır. Çalışmaya katılan 70 hastaya “Mini Mental Durum Ölçeği”, depresyon derecesini belirlemek için “Beck Depresyon ölçeği”, fonksiyonel yetersizliği değerlendirmek için “Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği” kullanılmıştır. Olguların %46’sında depresyon saptanmıştır. Çalışmanın sonucunda inme sonrası depresyon gelişiminin sık olduğu ve işlevsel sonuç üzerine olumsuz bir etkisi olduğu ortaya konmuştur (Soyuer ve Soyuer 2007).

İnmede de problemin geliştiği yere göre depresyonun ortaya çıkma olasılığı yüksektir. Beynin sol tarafını tutan lezyonların ve daha çok ön bölgelerdeki lezyonların depresyona yol açtığı söylenmektedir. Anksiyete, psikomotor yavaşlama, uykuda gelişen bozukluklar ile kendini gösteren depresif hastalık inmede görülebilir. Akut dönemde, psikiyatrik belirtiler doğrudan lezyonun yeri ile ilgili olabilmektedir. Ayrıca psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkmasında, hastada oluşan işlev kaybına bir çeşit yanıt olarak ta gelişebilir. Mutsuzluk ve üzüntü duygusu, yaşanan olaylara karşılık olarak verilecek normal tepkilerdir. Bu nedenle her zaman depresyon tanısı koymaya gerek yoktur. Üzüntünün tersine, depresyonda iken kişi kendini suçlayabilir, kendini değersiz hissedebilir ve özgüveninde bozulma olabilir. Fakat zaman ilerledikçe depresif tepkiler yerini depresif bozukluklara bırakabilir ve bu durum doğrudan inmenin prognozunu etkiler. Hastalar rehabilitasyon konusuna ilgi ve istekleri azaldıkça ve içine kapanık bir hal aldıkça inmenin fonksiyon bozukluklarının kalıcı hale gelme olasılığı artar. Fakat inme kişinin mutsuz ve

çaresiz hissetmesine ve toplumsal hayattan kopmasına sebebiyet verecek ciddi anlamda bir stres faktörüdür. Hastanın depresyonu ile inme daha ciddi, daha tehdit edici ve daha çok işlev bozukluğuna yol açan bir nedendir. İyi bir psikiyatrik destek ve tedavi inme hastalarının ve ailelerinin yaşam kalitesine olumlu etki yapar (Kulaksızoğlu 2009).

Karahan ve Kaydok (2013) tarafından gerçekleştirilen “Geriatrik Hemiplejik Olgularda Depresyon ve Anksiyete Düzeyi” isimli çalışmada inmeli olgularda depresyon ve kaygı düzeyinin ortaya konması ve yaş faktörünün etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmada 65 yaş ve üzeri geriatrik grup ve 65 yaş altı geriatrik olmayan grup olmak üzere ikiye ayrılarak istatistiksel karşılaştırmalar yapılmıştır. Geriatrik grupta % 20,5 hafif, % 47,7 orta, % 2,3 şiddetli düzeyde depresyon geliştiği saptanmıştır. Gruplar arası karşılaştırmada ise geriatrik grubun işlevsel bağımsızlık ve kognitif fonksiyon düzeylerinin daha geride olduğu saptanmış ve daha ciddi düzeyde depresyon ve anksiyete bozukluğu gösterdiği anlaşılmıştır (Karhan ve Koydak 2013)

Ayrıca Şaka'nın 2014'te yaptığı bir çalışmada inme hastalarının cinsiyetleri ile stresle başa çıkma yolları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Buna göre erkeklerin kendine güvenli yaklaşımı, kadınların ise çaresiz yaklaşımı daha çok tercih ettikleri görülmüştür (Şaka 2014).

Hastanın bedensel ve ruhsal anlamda yaşadığı sorunlar bağlamında hastanın içinde bulunduğu mikro sistemlerle olan ilişkileri de etkilenmektedir. Bu anlamda en çok etkilenen sistem olarak aile ekosistemi ve aile sistemi içinde yer alan karı-koca alt sisteminin ilişkileri ile rol kayıplarıyla kendini gösteren cinsel fonksiyon bozukluklarıdır. Bu konuyu aşağıdaki şekilde inceleyebiliriz.

4.2.2.1.3. Aile içinde yaşanan sorunlar

İnme, hastada neden olduğu fiziksel sorunlar nedeniyle öz bakım yetersizliğine ve bundan dolayı hasta ve ailesinin duygusal değişimler yaşamasına yol açmaktadır. Hastada gelişen depresyon ve diğer sorunlar ailesini de etkilemekte, ailede sosyal ve psikolojik sorunlar gelişebilmektedir. Aslında aile, inme hastalığı olan bireyler için

desteğin doğal kaynağıdır (<http://www.stroke.org/we-can-help/caregivers-and-family>). Erişim tarihi: 15 Ekim 2016).

Erken dönemde hareketin ve pozisyonlamanın sağlanmasında, komplikasyonları önlemede, eklemlerde hareket açıklığını korumada, hastanın güvenliği için önlemlerin alınmasında, solunum egzersizlerinin yapılmasında, yutmanın değerlendirilmesinde, mesane ve bağırsak eğitiminde, cildin gözlemi ve bakımında, hastanın medikal sorunlarının değerlendirilmesi ve çözümünde, aile eğitimi ve desteği büyük önem taşımaktadır (Duncan ve ark. 2005).

Duygusal ve bilişsel bozukluklular inme sonrası hastalarda sıklıkla görülür. Hastalardaki bu değişimlerin anlaşılması aileler için zordur hasta ve aileleri kişilik ve duygu değişimlerinin nadiren gerçeği yansıttığını düşünürler. Hastanın hızlı değişen ruh hali ile ilgili olarak ilk yapılan görüşmelerdeki psikolojik değerlendirmeleri, güçlü tarafları ve problem çözme becerileri sosyal hizmet uzmanlarına hasta ve ailesinin değişim limiti konusunda fikir veren bir unsurdur. Felçli hasta ile her gün çalışanlar için hastayı en iyi değerlendirme yolu ise hastanın karar verme ve problem çözme yeteneklerini göz önünde bulundurmadır (Ue 1978).

Yıldırım ve arkadaşları (2013) hastaya bakım veren 80 kişi ile yaptığı çalışmada bakım verenlerin %78,8'inin bakım verme sürecinde iken çalışmadığı, bakım verdikleri hastaların %45'inin 70 yaş ve üstü yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Bunların %80'inin hastası ile birlikte yaşadığı, %78,8'inin bakım verme konusunda eğitim almaya istekli olduğu, %50'sinin karşılaştıkları güçlüklerle başa çıkmak için arkadaş ve akraba desteğini aldığı tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada bakım verenlerin yük envanteri ile yapılan araştırmada, Türk toplumunda ailede bakım gereksinimi olan kişiye bakım vermenin bir görev ve sorumluluk olarak algılandığı ve buna paralel olarak bakım verenlerin bakım verme sürecinde yaşadığı yükün farkında olmadığı ve yaşadıkları güçlükleri ifade etmekte zorlandıkları sonucuna varılmıştır (Yıldırım ve ark. 2013).

Bakım verenlerin inmeli hastaları için ihtiyaç duyduğu desteği incelemek amaçlı bir çalışma yapılmıştır. Bunun için akut inme ünitesinden taburcu olmadan ve olduktan 4-6 hafta sonra 42 ailenin ihtiyaçları, bilgi, tatmin ve bakımda yetkinlik anketleri ile incelenmiştir. Buna göre psikolojik, duygusal ve davranışsal problemler

ile başa çıkma ve yerel hizmet bilgisi ile ilgili bilgi eksiklikleri taburculuk öncesi ve sonrası öncelikli konular olmuştur. İnme ünitesi personeli ile iletişimden daha az tatmin olanlar 56 yaş altı kadın bakıcılar olarak saptanmıştır. Taburculuktan sonra özellikle de beyaz olmayan etnik gruplardan genç kadın bakıcılar, bakımda daha düşük yetkinlik seviyesi gösterirken daha yüksek sorumluluk bildirmişlerdir. İnme risk faktörleri bilgisi ise bütün gruplarda düşük çıkmıştır. Akut inme ünitesinde terapi ve tedaviden duyulan yüksek tatmin ise toplumsal hayata aktarılamamış ve bakım verenler kendilerini yalnız hissettiklerini bildirmişlerdir. Ayrıca organize olmamış hizmetlerden ise şikâyetçi olmuşlardır (Mackenzie ve ark. 2007).

Bakım verenler ve sağlık uzmanlarının görüşlerinin araştırıldığı farklı bir çalışma da Cameron ve arkadaşları (2015) tarafından yapılmıştır. Bu nitel çalışmaya göre 2013 yılında inmeli hastalara bakım verenlerin destek ihtiyacının süreç içinde değişikliğe ihtiyaç duyduğu belirlenmiştir. İnmeli hasta bakım vericilerinden 24 kişi ve sağlık uzmanlarından 14 kişi ile derinlemesine röportajlar yapıp kayıt alınmıştır. Çerçeve analizi kullanarak analiz edilmiş ve üç ana tema üzerinde durulmuştur. Bunlardan ilki ihtiyaç duyulan desteğin türleri ve yoğunluğu, ikincisi desteği kimin sağladığı ve destek sağlama yöntemi, üçüncüsü bakımın birincil odağıdır. Temalardan elde edilen sonuca göre bakım verenlerin destek ihtiyacı (maddi, psikolojik destek vb.) çeşitlilik gösterirken bakım vermeye uygun olan kişiler de zaman içinde değişmektedir (hasta yakınlarının nöbetleşe bakım vermesi vb.). Buna göre bakım verenlerin ihtiyaçlarına değinmek, aile merkezli bakım modeli ve her gün için rehabilitasyon sağlamanın önemi vurgulanmıştır (Cameron ve Ark. 2015).

4.2.2.1.4. Cinsel fonksiyon bozuklukları

İNME sonrasında aile içinde yaşanan bir başka sorun ise inme sonrasında oluşan cinsel fonksiyon bozukluklarıdır ve bu durum oldukça yaygındır. Hem erkek hem de kadında görülebilmektedir. Diğer vasküler bozukluklar da dâhil olmak üzere, hareket kısıtlılığı, ilaçların etkisi, duygu durum değişiklikleri, bir başka inme geçirme korkusu, değişmişlik hissi bu durumun ortaya çıkmasına sebeptir. Bu durum yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemesine rağmen klinisyenler tarafından ihmal edilmektedir (Intercollegiate Stroke Working Party 2012).

Visser ve arkadaşları 2006 yılında eşlerin önemini vurgulamak amaçlı olarak “İnme Hastalarının Rehabilitasyonunda Aile Merkezli Yaklaşım” çalışmasını literatür taraması şeklinde yapmıştır. İnmede eşlerin alacağı roller ve olası sonuçları üzerine bir analiz yapılmıştır. Buna göre eşin rolleri ve bu rollerin olası sonuçları ile ilgili olarak üç rolden bahsedilmiştir; I- Bakıcı rolü; hasta için eş sıklıkla geniş ve kapsamlı bir bakım veren bir roledir, II- Müşteri rolü; bu rol informal bir rol olduğu için duygusal ve fiziksel gerginliğe sebep olabilir ve III-Aile üyesi rolü; inme aile sistemi içinde kişilerarası ilişkileri etkilemekle kalmaz aynı zamanda çiftler arasında duygusal ve cinsel ilişkiyi de etkilemektedir. Bu analiz sonucunda eşlerin rolleri ile ilgili problemini anlama, konuyu değerlendirme ve açıklamada katkı vereceği düşünülmüş ve tüm aile üyelerinin inmenin her fazında güçlük ve ihtiyaçlarında aile merkezli bir yaklaşımla desteklenmesinin önemli olduğu anlaşılmıştır (Visser ve ark. 2006).

Yapılmış bir başka çalışmada cinsel fonksiyonlar üzerine inmenin etkileri araştırılmıştır. İnme sonrası değişen cinsel fonksiyonların klinik ve psikososyal faktörler ve inme hastaları ile eşleri üzerindeki etkilerine değinilen çalışmada 192 hasta ile 94 hasta eşine “The Finnish Stroke and Aphasia Federation” isimli kendi kendine uygulanabilen inme öncesi ve sonrası cinsel fonksiyon alışkanlıklarını soran bir anket uygulanmıştır. Çalışmada cinsel istek, cinsel birleşme sıklığı, cinsel uyarılma, ereksiyon durumu, vajinal yağlanma ve cinsel tatmin sorgulanmıştır. Sonuçta hastaların çoğunluğu bütün sorgulanan alanlarda bir azalma olduğunu belirtmişlerdir. Bunların en büyük etkeni iktidarsızlık korkusu, cinsellikte yetersiz doyum, cinsel aktiviteye katılımda isteksizlik, engellilik durumunun derecesi etkilidir. Aynı zamanda eşler inmenin sonucu olarak cinsel istekte, cinsel aktivite ve cinsel memnuniyette önemli bir düşüş belirtmişlerdir (Korpelainen ve ark.1999).

4.2.2.2. İnme ve mezzo sorun alanları

Mezzo sistem kadın ya da erkeğin hayatının belli bir noktasında bulunmakta olan kişi ile büyük çevresi arasında gelişmekte olan karşılıklı ilişkileri içerir (Bronfenbrenner 1977). Mezzosistem, mikrosistem fonksiyonlarını içeren diğer mikro sistemlerle bağlantısı olabilen ilişkilerden oluşur. Örneğin: çocuk - ev - okul

veya hasta - aile - hastane gibi (Meadow 2010). Bu ilişkiler ise kişiyi ve içinde bulunduğu şartları etkiler. İnme hastasının yakın çevresi ele alındığında karşımıza sağlık sistemi ve iş hayatında yaşadığı sorunlar çıkmaktadır.

4.2.2.2.1. Sağlık sisteminde yaşanan sorunlar

Engelliler için erişebilirlik kişinin hakkı olan hizmetlere ulaşım ve hakları kullanabilmenin yanında, bağımsız hareket ederek sosyal hayatın içine katılabilmenin de şartıdır. Engellilerin bağımsız ve insan onuruna uygun bir yaşam sürebilmeleri için diğer kişilerle eşit şekilde fiziksel çevre, ulaşım, bilgi ve iletişim teknolojisi, halka açık diğer kurum ve hizmetlere erişimlerinin sağlanması gerekmektedir (Çağlar 2012). İnmeli hastaların da içinde bulunduğu engelliler özellikle sağlık hizmetlerine erişim konusunda ve sağlık hizmetlerini kullanma konusunda sorunlar yaşayabilmektedirler. Sağlık hizmetinden faydalanma konusunda hizmetin niceliksel ve niteliksel kalitesi, kişilerin engel durumlarından dolayı etkilenebileceği gibi sağlık kuruluşunun fiziki, sosyal ve psikolojik imkân ve yeteneklerinden de etkilenebilir (Bodur ve Duruduran 2009).

Hastalar sağlık sistemine erişim ve kullanımda, hizmetlere ve tedaviye uyum, hastaneye uyum, bilgi eksikliğini giderme, toplumsal kaynaklara ulaşım ve taburculuk aşamasında birçok sorun yaratan durum ile karşı karşıya kalmaktadırlar (Duyan 2003). Yapılan bir çalışmada engellilerden % 28,3'ünün en sık hizmet aldıkları sağlık kuruluşlarını fiziksel olarak uygun bulmadıkları, aldıkları hizmetlerden şikâyetçi olma oranının ise % 31,8 olarak saptanırken katılımcıların % 21,3'ü sağlık personelinin kendilerine yaklaşımını olumsuz bulmuştur (Bodur ve Duruduran 2009).

Moon ve arkadaşları 2003 yılında 17 sanayileşmiş Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülkesini içine alan ve sağlık hizmetlerinin inme hastalarının bakımıyla ilgili olarak ne gibi farklılıklar taşıdığını araştırmışlardır. İnmeden korunma, hastaneye yatış ve teşhis aşamalarında çeşitlilikler olduğu ve önleme, akut bakım ve rehabilitasyonu kapsayacak şekilde inme yönetiminde geniş tabanlı bir yaklaşıma ihtiyaç olduğu ortaya konmuştur. Çoğu ülkede tedavi

organizasyonunda yüksek kalitedeki inme bakımını ve özel inme ünitelerini kullanmak, özel faydalar ortaya çıkarmaktadır. Ancak çoğu ülkede bu faydalar tam olarak gerçekleştirilmiş değildir (Moon ve ark. 2003). 51 ülkede “Dünya Sağlık Araştırması” yapılmıştır ve sağlık çalışanlarının vasıflarının ihtiyaçlarını gidermede yetersiz kaldığını ifade etme oranı engellilerde engelsizlerin iki mislinden fazladır. Yine engellilerde, tedavinin kötü yapıldığını beyan etme oranı dört katı ve kişinin gereksinim duyduğu sağlık hizmetini alamadığını ifade etme oranı yaklaşık üç katı fazladır. Yardımcı aletler de dahil olmak üzere, rehabilitasyon hizmetlerine duyulan ihtiyacın karşılanmaması, engelli insanların genel sağlık durumunun bozulması, hareket imkanlarının sınırlanması, toplumsal hayata katılımların kısıtlanması ve düşen hayat kalitesi gibi olumsuz sonuçlara yol açabileceği sonucuna ulaşılmıştır (Dünya Engellilik Raporu 2011).

Sonuç olarak kişinin hastane sürecinde ve taburculuk aşamasında en çok yaşadığı sorunlar ihtiyaçlarını karşılayacak kaynak eksikliğidir. Bu kaynaklar tıbbi malzeme ve ilaç, çevresel düzenleme, gelir ve hizmet desteği, profesyonel bakım desteği, aile danışma desteği şeklinde sıralanabilir (Duyan 2003).

4.2.2.2.2. İş yaşantısı sorunları

İnmeli hastanın mezzo sisteminde karşılaştığı bir başka sorun alanı ise istihdamları ile ilgilidir. Yapılan çalışmalarda işe geri dönüşün inme mağduru olan hastanın psikolojik sağlığı üzerinde olumlu etki yarattığı ve psiko-sosyal birçok ihtiyacını karşıladığı görülmüştür (Wolfenden ve Grace 2008). Fakat Saeki ve arkadaşlarının (1993) yaptığı çalışmada inme sonrasında sınırlı bozulmaları olan ve işe geri dönüş için zorunluluk veya isteği olabilen genç inmeli hastaların işe geri dönüş konusunda yaşadıkları yetersizliklerle ilgili hangi durumlarla karşılaştıkları çevre tarafından çok fazla anlaşılan bir konu olmamıştır (Saeki ve ark. 1993).

Olumsuz sonuçlara yol açan inme sonrasında işe dönememe kişiyi ve toplumu ekonomik açıdan olumsuz olarak etkileyen bir durumdur. İsveç’te yapılan bir çalışmada inme sonrası ilk altı yıllık dönem işe dönüş hızı ve ilişkili faktörleri incelemiştir. Tıbbi kayıtlardan toplanmış sonuçlar ve İsveç Sağlık Sigortasının verdiği veriler analiz edilmiştir. 174 hasta ve 64 yaş ve daha gençleri araştırmaya

dâhil edilmiştir. Çalışırken inme geçirenlerin takip sonunda işe dönme oranı %74 olarak bulunmuş ve üç yılı aşkın bir süre işe dönmedikleri tespit edilmiştir. Hastaların işe dönme süresinin araştırma başlangıcında düşünülmüş olandan daha uzun bir sürede mümkün olduğu görülmüş ve kişiselleştirilmiş mesleki rehabilitasyon bu bilgiler ışığında önerilmiştir (Westerlind ve ark. 2017).

Yapılan bir araştırmada serebrovasküler hastalık, rehabilitasyon, genç yetişkinler, işe yeniden dönüş, istihdam, ayrımcılık, beyin yaraları ve yaralanmalar gibi nitel terimlerini içeren Victoria Üniversitesi Veri Tabanı ile Google veri tabanı kullanılarak bir araştırma yapılmıştır. Bahse konu araştırmada 18-65 yaş arası genç inme hastaları ele alınmıştır. Çalışma sonunda uygun destek ile işe başarılı bir şekilde dönme konusunda çeşitli tavsiyeler vermişlerdir. Sonuçta “İşe dönmek için özel hazırlık gerektiren uygun rehabilitasyon ve eğitimi de içine alan iş yerlerinin hastalar için kolaylaştırılması, iş yeri savunucusu/inme eğitimcisinin bu konuda rol alması önemlidir” denmiştir. Ayrıca hastalarla ilgili yapılacak olan ve işe dönme ile ilgili değerlendirmeleri içeren durumlara hastanın da katılımının önemine vurgu yapılmıştır (Wolfenden ve Grace 2008).

2014-2015 yılları arasında sistematik bir literatür taraması yürütülmüştür. Makaleler başlık ve özetleri incelenerek taranmıştır. İnme yaşayanların perspektifinden olacak şekilde inme sonrası işe dönme ile ilgili faktörleri değerlendiren açıklamalar üzerine odaklanılmış ve içeriği niteliksel olan çalışmalar araştırmaya dâhil edilmiştir. Buna göre inme sonrasında işe dönmesi ve uygun hizmetlere erişebilmesi aslında organizasyonlar ve sosyal veya kişisel faktörler tarafından engellenebilen ya da kolaylaştırılabilen bir süreç olduğu sonucuna varılmıştır. Sağlık çalışanları ve işverenler arasındaki iletişim işe dönmeye yardım edebilirken, işyerinin çevresel adaptasyonu ve ayarlamaları diğer bir yardımcı konu olabilir. Mental ve fiziksel yorgunluk işe dönmeye önemli bir engeldir. Asıl konu ise halkın ve işverenlerin eğitimi olduğu vurgusu yapılmıştır (Horgon ve ark. 2016).

2009 yılında ilk defa inme geçiren 70 hasta ile hastalıktan bir yıl sonra bir çalışma yapılmıştır. İnme sonrası işe dönme olasılığı ile kendilik algısı üzerine etkisi ve hastanın ve eşinin yaşam kalitesi üzerine etkisi arasındaki ilişki analiz edilmeye çalışılmıştır. Bunun için hastalara yetkinlik skalası, DSÖ yaşam kalitesi ölçeği ve

Barthel İndeksi uygulanmıştır. İŖe geri dönme durumunun yaŖam kalitesinde yaptığı değişiklikleri ölçmeyi amaçlamışlardır. İnmeden evvel istihdam edilen hastaların % 26'sı işe geri dönmüşlerdir. Hastaların işlevsel durumunun işe geri dönme konusunda en önemli belirleyici olduğu ortaya çıkmıştır. YaŖam kalitesinin işe geri dönme olasılığı ile pozitif ilişki içinde olduğu bulunmuştur. Ancak işe dönen hastalar değerlendirildiğinde yaŖam kalitesinde bir yükselme saptanmazken bu hastaların eşleri hastaların işe geri dönmesi ile kendi yaŖam kalitelerinde bir yükselme bildirmişlerdir. Buradan yaŖam kalitesi ile işe geri dönüş arasında ilişki olduğu hatta eşler için bu durumun daha önemli olduğu bu çalışma ile ortaya konmuştur (Gabriele ve Renate 2009).

4.2.2.3. İnme ve makro sorun alanları

Makro sistem diğer yapılardan temel olarak farklılıkları olan bir yapıdır (Bronfenbrenner 1977). Makro sistem, kiŖi ve mikro sistemi üzerinde önemli bir etkiye sahip olan kültür veya alt kültür seviyesinde ortaya çıkar (Meadow 2010). Çevresi içinde bireyi temel alan sosyal hizmet; bireyin sosyal, siyasal, kültürel ve ekonomik etkileşimini inceleyerek sosyal adalet ve eşitlik konusu içerisinde ele almayı hedefler. Her ne kadar sosyal hizmet daha çok birey ve gruplarla çalışmaya odaklansa da bireyin yaŖadığı sorunların toplumsal, ekonomik ve kültürel etkiden kaynaklandığını bilir (Keçeci 2017). Bu etki inmeli hastalar için de geçerlidir. İnmeli hastalar açısından ele alındığında ise sosyalleşme ve toplumsal uyum konusunda zorluklar yaŖadıkları literatür taramasında elde edilen bir bilgidir. Buradan hareketle bundan sonraki bölümde inmeli hastaların toplumsal uyum ve erişebilirlik sorunları incelenecektir.

4.2.2.3.1. Toplumsal uyum sorunları

İnsanlar sosyal varlıklardır. Diğer insanlarla ilişkilerimizin yoğunluğu ve kalitesi (sosyal ağ) mutluluğumuzu ve başarımızı etkiler. Bu sosyal ağ yapısı bize işlevsel sosyal destek sağlar. Bizim duygusal ve fiziksel alanımızı, sağlıkla ilgili seçim ve davranışlarımızı, bilgi ve eğitimimizi geliştirmeye yardım eder. Birçok çalışmada

küçük sosyal ağın ve sınırlı sosyal desteğin duygusal hastalıklarda, koroner kalp hastalıklarda, kanser ve mortalite oranında artışla ilişkili olarak risk faktörleri üzerinde etkili olduğunu göstermiştir. Örneğin Nagayoshi ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada küçük sosyal çevrenin % 44 oranında artmış inme riski üzerinde etkili olduğunu rapor etmişlerdir (Akt: Hankey 2014).

50 yaş altı genç hastalarda inme rehabilitasyonunun sosyal faktörlerini ve sonuçlarını incelemek amacı ile bir çalışma yapılmıştır. Kanada da üçüncü basamak hastanelerin rehabilitasyon ünitesine başvuran 83 hasta çalışmaya alınmıştır. Taburculuk sonrası ilk üç ayın sonunda hastaların sosyal sorunları incelenmiştir. Eşi olan hastalar %14,5 hastaneden taburcu olduktan sonra üç ay içinde eşlerinden ayrılmışlardır. Hastalardan %18,1'inin ise evi hastanın geri dönüp yaşaması için uygun değildir. %4,8 oranında hasta için ise kurum bakımı gerekli olmuştur. Hastalardan ev dışında çalışan ya da inme sırasında eğitim görenlerden ise %20,3 işine ve evine dönmeyi başarmıştır (Teasell ve ark. 2000).

Hastalık sonrası oluşan sosyal izolasyon ise bir başka sorun alanıdır. Sosyal izolasyon ve sosyal temaslardaki azlık ya da kaynaklara erişim eksikliği hastada duygusal ve davranış bozuklukları yaratabilir ki bu da istihdam ve ulaşımda değişiklikler, iletişim güçlükleri, sosyal rollerde değişikliklerle kişilerarası ilişkilerin etkilenmesi ile sonuçlanabilir. Sosyal damgalama ve farklılaşma ise sosyal izolasyona katkı vermektedir (Mukherjee ve ark. 2006).

Safaz ve arkadaşları 2000-2007 yılları arasında GATF fizik tedavi ve rehabilitasyon servisinde yatarak tedavi görmüş ve hastaneden çıkmış olan ve Ankara'da ikamet eden 106 hasta ile bir çalışma yapmıştır. Evlerinde sosyal hizmet uzmanları tarafından ziyaret edilen hastalara karşılaştıkları çevresel sorunlar, toplumsal uyum düzeyleri, ev ve çevre koşullarını değerlendirmek için hazırlanan anket uygulanmıştır. Yapılan bu çalışma çok çarpıcı bir sonuca ulaşılmıştır. Buna göre taburculuktan sonra uzun süre (ortalama 40 ay) geçmiş olmasına rağmen inmeli hastaların yaklaşık dörtte birinin hiç evden dışarı çıkmamış olmasıdır. %64,1'inin sinema, restoran ve spor gibi boş zaman aktivitelerine hiç katılmadığı ve %62,2'sinin alışverişe hiç çıkmadığı tespit edilmiştir. Hastaların %21,8 her zaman ulaşım problemi yaşarken %30,8'i yapay çevre (bina, yol, kaldırım), %34,6'sı doğal çevre

ile %25,6'sı diğer sosyal, çevresel engeller ile ilgili her zaman sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Hastalar genellikle karşılaştıkları çevresel engeller ve ev dışında sıklıkla bir başkasının yardımına ihtiyaç duymaları nedeni ile zorunlu haller dışında evden çıkmadıklarını belirtmişlerdir (Safaz ve ark. 2009).

4.2.2.3.2. Erişebilirlik

Erişebilirlik, ister insan eliyle yapılmış olsun ister doğal olsun kişinin fiziksel çevre başta olmak üzere, ekonomik, sosyal ve kültürel çevreye ulaşabilme, verilen hizmetlerden yararlanma ve topluma katkıda bulunma olanaklarına sahip olmayı anlatır ve kişinin her türlü hakkını kullanmada önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır (Çağlar 2012).

Önemli olan bir ülkede hizmet üretmekten çok, o hizmete erişimi sağlamaktır. Asıl muhatabı olan hedefe ulaşmayan hizmetin hiç üretilmemiş olandan bir farkı yoktur. Bu durum hizmetlere erişimde zorlanan bir grup olarak özellikle engellilere yönelik hizmetlerin kendi sosyal ortamlarında onlara sunulması, onların sosyal hizmetlerde verimini arttırmaktadır (Genç 2015). Bu bağlamda erişebilirlik; binalar, açık alanlar, toplu taşıma sistemleri, bilgi ve iletişim teknolojileri ve hizmetlere erişim olmak üzere beş temel alanda ele alınması gereken bir konudur. Bu durum sadece engelli bireyler için değil tüm insanlar için gereklidir. Yukarıda sayılan tüm alanlarda ve tüm bireyler konutlardan, kamu binalarından, kaldırım, park, alt ve üst geçit, plaj alanları gibi açık alanlardan, bilgi ve iletişim teknolojilerinden ve eğitim, sağlık, istihdam gibi sunulan tüm hizmetlerden eşit ve adaletli şekilde faydalanmalıdır (ASPB 2017) .

Genç'in 2015 yılında yaptığı bir çalışmada engellilerin %32,6'sı sağlık, %10,5'i bakım ve rehabilitasyon, %6,2'si eğitim, %3,1'i sosyal ve kültürel hizmetlerden faydalanamadıklarını ifade ederken aynı zamanda %33,3'ü bu tür hizmetlerden yararlanamadıklarını hatta bunlardan haberdar olmadıklarını ifade etmişlerdir (Genç 2015).

Kısaca inme, kişinin içinde bulunduğu bütün sistemleri, genel sağlığını, aile hayatını, meslek yaşamını, toplumsal hayatını etkileyerek ekolojik uyumunu

bozmaktadır. Hem hasta hem de bakım verenler yaşam biçimlerini değiştirmek zorunda kalmaktadır. Böylece hasta ve bakım vericilerin hastalık sonrası karşılaştıkları birçok sorun ortaya çıkmaktadır. Ekosistem boyutundan bakıldığında mikro, mezzo ve makro boyutlarda karşılıklı uyumun bozulduğu alanlarda hasta ve bakım verenlerinin elbette yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir. Bu etkilenme maddi ve manevi anlamda getirdiği yük ile sadece kişiyi değil aynı zamanda bakım verenler ve toplumu içine alan bir durumdur. Bu bağlamda inme hastalığının ortaya çıkardığı sonuçlarla değişikliğe uğrayan yaşam kalitesinin ele alınması önemlidir.

4.3. İNME VE YAŞAM KALİTESİ

Bir önceki bölümde üzerinde durulan ve ekosistemin mikro, mezzo ve makro bağlamında saptanmış olan sorun alanlarının inmeli hasta ve bakım verenlerinin yaşam kalitesini etkilediği ortadadır ve bu sorun alanları yaşam kalitesinin alt boyutları ile ilişkilidir. Bu bağlamda bu bölümde inmeli hastalar açısından yaşam kalitesi açıklanacaktır.

4.3.1. Yaşam Kalitesi Kavramı ve Önemi

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez İkinci Dünya Savaşından sonra maddi anlamda yeterli güvenlik seviyesinden ziyade daha iyi bir hayat sürdürme görüşü olarak kullanılmaya başlamıştır. O zamandan bu yana ise yaşam kalitesi kavramının çevreden sağlığa kadar birçok alanda kullanıldığı görülmüştür (Meeberg 1993 Akt: Okyayuz 2004). Yabancı kaynaklarda “Quality of life” olarak geçen kavram Türkçe’de genelde “yaşam kalitesi” veya daha az sıklıkla “yaşam niteliği” olarak adlandırılır (Sönmez 2009).

Genel anlamı ile yaşam kalitesi iyilik halinin derece olarak belirlenmiş hali olarak tanımlanabilir (Öksüz ve Mahal 2005). McCall (1975) yaşam kalitesinin mutlu olma durumu ile ilişkili olduğunu belirtmiş ve yaşam kalitesini betimlemenin

en iyi yolunun kişilerin “mutluluk taleplerinin/beklentilerinin” karşılanmasını ölçmek olduğunu dile getirmiştir (Akt: Özmete 2010). DSÖ “Yaşam Kalitesi”: “hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını nasıl algıladıkları” şeklinde tanımlamaktadır (Fidaner 1999). Başka bir tanıma göre yaşam kalitesi; kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışı şeklinde tanımlanmaktadır (Alptekin ve Akdede 2004). Görüldüğü üzere bu kavramı öznel yargılar içermesi ve çok değişkenli olması sebebi ile tek bir anlama sığdırmak oldukça güçtür. Literatürde yaşam kalitesinin yaklaşık 800 boyut taşıdığı belirtilmektedir (Molzahn 1991; Akt: Okyayuz 2004). Ancak daha genel bir boyutlamada yaşam kalitesinin dört ana alanından bahsetmek daha yerinde olur. Buna göre;

1-Bireysel içsel alan (değerler, inançlar, arzular, bireysel hedefler, sorunlarla baş etme vb.)

2- Bireysel sosyal alan (aile yapısı, ekonomik durum, iş yaşamı, toplumsal kaynaklar vb)

3- Dışsal doğal çevre alanı (hava, su kalitesi vb)

4- Dışsal toplumsal çevre alanı (kültürel, sosyal ve dini kurumlar, toplumsal olanaklar, eğitim - sağlık hizmetleri, güvenlik durumu, ulaşım hizmetleri, alışveriş vb.) (Eser 2004).

Fitzpatric ve arkadaşları (1992) yaptıkları bir çalışmada klinik uygulamalarda kullanılan birçok yaşam kalitesi ölçeğini değerlendirmiştir. Bu ölçeklerin içerik ve yapılarını kıyaslamışlar ve sağlık alanına bir standart getirmek istemişlerdir. Sonuçta, bu ölçeklerin çoğunluğunda bulunan ortak yaşam kalitesi boyutlarının aşağıdaki şekilde olduğunu ifade etmişlerdir.

1-Fiziksel fonksiyon (Hareket kabiliyeti, özbakım gibi...)

2-Duygusal fonksiyon (Depresyon, anksiyete gibi...)

3-Sosyal fonksiyon (Cinsel hayat, sosyal destek, sosyal ilişkiler gibi...)

4-Rol performans (İş yaşamı ve günlük ev işleri gibi...)

5-Ağrı durumu

6-Diğer semptomlar (Yorgunluk, bulantı, hastalıkla ilgili farklı belirtiler gibi...) (Fitzpatric ve ark. 1992).

4.3.2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi

Bedensel ya da ruhsal hastalıkların bulunmaması insan sağlığını tanımlamaya yetmemektedir. Bu nedenle sosyal uyum, mesleki verim, yaşam kalitesi gibi kavramlar da sağlığın tanımına girmiştir (Öztürk 1997). Buradan hareketle sağlık alanında yaşam kalitesi ve hastanın kendi algısına yönelik iyilik durumunu ele alan profesyonel yaklaşımlar son yıllarda önem kazanmaya başlamıştır. 1850 ve 1950 yılları arasında tıp, hastalıklar konusunda tam bir şifa arayışına girmiştir. Yeti yitimi olan hastalıklar ile kronik hastalıklar konusuna daha az eğilim görülmüştür. Fakat daha sonra anlaşılmıştır ki tam iyileşme olmayan hastalıklar söz konusu olduğunda aslında yaşam kalitesi daha çok önem kazanmaya başlamıştır. Tam olarak tedavi edilerek ortadan kaldırılamayan bu hastalıklarda önemli olan hastanın işlevselliğini en iyi hale getirme amacıyla hayatını nitelikli ve anlamlı hale getirmektir (Sönmez 2009).

Sağlığa bağlı olarak yaşam kalitesinin ölçülmesi ihtiyacı 1970'li yılların başından bu yana gelişen üç ana sebep ile oluşmuştur. İlki, sağlık hizmet giderlerinde ciddi artışların meydana gelmesidir. İkincisi, sağlık teknolojisinde oluşan gelişmeler ile birlikte ömrün uzamasındansa kişinin yaşamındaki kaliteye önem verilmesidir. Üçüncü neden ise kullanılan sağlık teknolojileri arasında çok küçük farklılıklar olmasıdır. Bu bağlamda sağlıkta yaşam kalitesi özellikle gelişmiş ülkelerde nüfusun yaşlanması ile kronik hastalıklarda görülen artış ve teşhis ile tedavide kullanılan gelişmiş teknolojinin gelişmesi şeklinde kendine yer bulmuştur (Öksüz ve Malahan 2005).

Sağlıkta yaşam kalitesi bütüncül bir yaklaşımla ele alındığında yaşam kalitesinin bir alt bileşeni olduğu anlaşılmaktadır. Bu yüzden bu iki kavram birbirleriyle yakından ilgilidir. Bir kısım düşünceye göre yaşam kalitesi ve sağlıkta yaşam kalitesi birbirinden ayrılarak değerlendirmeye alınmalı derken diğer bir kısım düşünceye göre ise yaşam kalitesinin tüm boyutları sağlıkla ilgili yaşam kalitesini de içerdiği için bunları birbirlerinden ayırmak olanaksızdır. Örneğin gelir düzeyi, sosyal

olanaklar, politik ortam, çevre koşulları ve kişisel inançlar genel yaşam kalitesinin içinde değerlendirilirken bunları sağlıkla ilgili yaşam kalitesinden ayrı düşünmek bizi genellikle yanılgıya götürür, çünkü bunların çoğu sağlık sorunlarını belirleyen temel faktörlerdir (Eser 2004).

Sonuç olarak günümüzde tıbbi tedavinin fayda sağlayıp sağlamadığı konusu sadece fiziksel sağlıktaki iyilik hali ile açıklanamamaktadır. Hastanın kendi öznel görüşünü de kapsayan değerlendirmelerin tedavi süreci içinde ele alınması gerekmektedir. Amaç artık hastanın ömrünün uzatılması değil fiziksel, sosyal, duygusal ve toplumsal boyutları ele alan bakış açısı ile yaşam kalitesini artırmanın önemi üstünde durulmaktadır. İzleyen bölümde birden fazla yeti yitimi ve birçok sağlık sorunu ile karşımıza çıkan inme hastalığının yaşam kalitesi üzerinde nasıl bir etkiye sahip olduğuna değinilecektir.

4.3.3. İnme ve Yaşam Kalitesi

İnme hayatın tüm alanlarını etkileyen kronik ve önemli bir sağlık sorunudur. Hayatta kalma ve işlevsel durum inme sonrası ölçümleri için önemli sonuçtur, fakat hem fiziksel hem de zihinsel faktörlerle ilgili sonuçlar yaşam kalitesini kapsayan önemli bir durumdur (Jonsson ve ark. 2005). İnme hastalarının % 86'sı inme öncesi seviyeye dönememekte ve taburculuktan sonraki ilk altı ayda ise çevreye adapte olma gibi nedenlere yaşam kalitelerinde düşüş olmaktadır. Bir grup hasta ise ciddi engel durumu ile birlikte bakım evinde kalmak zorundadırlar ve bu sebeplerle sağlıkla ilgili yaşam kaliteleri etkilenmektedir (Yeşilyurt 2010).

Şenocak ve arkadaşları (2008) inmeli hastalarda işlevsel durumu değerlendiren engellilik ölçütleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi saptamak amacı ile bir çalışma yapmışlardır. Çalışmaya 68 hasta alınmıştır. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde "Nottingham Sağlık Profili" kullanılmıştır. Sonuç olarak inmeli hastalarda engellilik durumunun yaşam kalitesini önemli ölçüde bozduğu saptanmıştır (Şenocak ve ark. 2008)

Jonsson ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada ilk inme atağından 4 ila 16 ay kadar sonra hastaların yaşam kalitelerinin psikososyal ve mental boyutlarında

bozulmalar olduğu görülmüştür. Aynı zamanda hastaların yaşam kalitesini belirleyen en önemli faktörlerin yaş, işlevsel durum ve duygusal durum gibi özellikler olduğu gösterilmiştir. Ayrıca bu hastalara bakım verenlerin yaşam kaliteleri ile bakım verenin yaşı ve hastanın işlevsel durumunun etkili olduğu anlaşılmıştır (Jonsson ve ark. 2005).

Yapılan bir çalışmada inmeli hasta ve bakım verenlerinin yaşam kalitesi ve bakım veren yükü değişkenleri araştırılmıştır. Veriler hayatta kalan 232 inmeli hasta ve ailelerinden bir yılda toplanmıştır. Üç ay ile bir yıllık süreçte yaşam kalitesi ve bakım veren yükünü artıran değişkenler analiz edilmiştir. Buna göre hastanın yaşı, hastanın bağımlılık durumu, duygusal durumu ile bakım verenlerin yaşı, cinsiyeti, duygusal durumu, eğitimi, aile desteği ile sosyal hizmetlerin desteği bu kişilerin yaşam kalitesini ve bakım veren yükünü etkilediği ortaya çıkmıştır (McCullagh ve ark. 2005).

Çelik (2014) tarafından, inmeli hastalarda işlevsel durumun bakım verenlerin bakım yüküne ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla kesitsel olarak bir çalışma yapılmıştır. Hastaların işlevsel durumlarıyla bakım verenlerin yaşam kalitesinin genel sağlık alanı arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır (Çelik 2014).

Kuzu (2015) tarafından yapılan “İnme Özelliklerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi” isimli çalışmasına 102 hasta katılmış ve sonuçta inme şiddeti, yaş, cinsiyet, depresyon varlığı, eğitim düzeyi, kognitif durum ve yalnız yaşama ve son olarak inme tedavisinin yaşam kalitesi için belirleyici olduğu ortaya çıkmıştır (Kuzu 2015).

Doğan (2014) “İnmeli Hastalarda Depresif Belirtilerin Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesine Etkisi” üzerine yaptığı çalışmada ise Beck Depresyon Ölçeği, Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Barthel İndeksi kullanılmıştır. Sonuçta inmeli bireylerin deneyimlediği depresif belirti düzeyinin artması ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin olumsuz olarak etkilendiği görülmüştür (Doğan 2014).

Yapılan tanımlayıcı bir çalışmada ise inmeli hastaların yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri incelenmiştir. Çalışmada SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ile aileden algılanan sosyal destek ölçeği kullanılmıştır. Hastaların aileden algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde aileden

algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesinin tüm alanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Dayapoğlu 2005). Bir başka çalışmada ise inme sonrası hastaların yaşam kalitelerinin işlevsel durumları ve engellilikleri ile doğrudan ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Yalın 2011).

Bethoux ve arkadaşları (1999) evde yaşayan inmeli hastaların yaşam kalitesi üzerine zamanın etkisini analiz etmek için bir çalışma yapmışlardır. Buna göre 45 poliklinik hastasını ele almışlar ve taburculuk sonrası ilk altı ay ve altı aydan daha uzun süreli hastalar olmak üzere iki grup oluşturulmuştur. Çalışmanın sonunda altı aydan daha uzun süreli hasta grubunun yaşam kalitesinin daha düşük olduğu anlaşılmıştır (Bethoux ve ark. 1999).

Bütün bu çalışmalardan elde edilen sonuçları şu şekilde özetlemek yerinde olur. İnmeli bireylerde inme sonrası yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyen faktörler arasında, sosyal destek sisteminin etkin olması, duygusal desteğinin iyi olması sayılabilir. Bütün bunların ardından hastanın işlevsel olması, çalışıyor olması, depresif belirtiler geliştirmemesi gelmektedir. Elbette bu durum hasta ve bakım verenlerinin ekosistem uyumunu arttırarak ve yaşam kalitelerini olumlu olarak etkiler. Buradan hareketle kişinin ekosistemi ile uyumunu arttırmada yardımcı olarak sosyal hizmet mesleğinin uygulama alanının ortaya çıktığı görülmektedir.

4.4. ENGELLİLİK- İNME VE SOSYAL HİZMET

İnme bazı durumlarda tedavi edilse bile çoğunlukla bireyde engelliliğe neden olan bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle inmeli hastaların sosyal hizmete ilişkin ihtiyaçları sadece tedavi aşamasında olmayıp, tedavinin sonrasındaki süreçte gelişen engel durumuyla baş etme becerisini arttırmaya yönelik bir müdahaleyi içermelidir. Bundan dolayı inme sosyal hizmetin temel çalışma alanlarından biri olan engellilik konusu içinde yer bulan bir konudur. Bunun için öncelikle engellilik kavramı açıklanacak daha sonra ise inmenin neden olduğu engel durumları ele alınacak ve ülkemizde engellilere sağlanan hak ve hizmetler konusuna

değınilecektir. Böylece inme hastalığının sosyal hizmet ile bağlantısına bu bölümde yer verilmiş olacaktır.

4.4.1. Engellilik

Dilimizde engellilik, “sakat”, “özürlü” ve “engelli” gibi kelimeler vasıtası ile adlandırılmaya çalışılmaktadır (Karataş 2002). DSÖ tarafından bir çatı terim olarak sakatlık (disability) kavramı kullanılmakta ve buna göre aktivitede sınırlılık, katılımda kısıtlılık ve bozulmaları kapsayan bir terim olarak tanımlanmaktadır (<http://www.who.int/disabilities/en/> Erişim tarihi: 15 Aralık 2017). Ancak birbiri ile karıştırılan engelli, özürlü, sakat kavramalarını DSÖ 1981 de şöyle tanımlamıştır:

– Özürlülük (impairment): Bireyin fiziksel, psikolojik, anatomik yapısında ya da fonksiyonlarındaki yetersizlik ya da anormalliktir. Şu şekilde sınıflandırılır; İskelet sistemi bozuklukları, entelektüel (zekâ, bellek ve düşünce) bozukluklar, görme ile ilgili bozuklukları, dil ve konuşma bozuklukları, işitme bozuklukları, diğer psikolojik bozukluklar, biçim ve görünüm bozuklukları, duygusal bozukluklar, iç organ bozuklukları.

– Sakatlık (disability): Özürlülük nedeni ile oluşan ve normal şartlarda bir kişinin yapabileceği şeyleri gerçekleştirmede ortaya çıkan bir eksiklik veya sınırlamadır. Sakatlıklar geçici, sürekli ve ilerleyen tipte olabilirler. Bunlar; davranış ve vücuttaki pozisyon sakatlıkları, iletişim, kişisel bakımla ilgili sakatlıklar, beceri ve hünlerle ilgili sakatlıklar, özel becerilerle ilgili sakatlıklar özel gereçlere ihtiyaç ve bağımlılık gibi kişinin içinde bulunduğu sakatlık, hareket ile ilgili sakatlıklar sayılabilir

– Engellilik (handicap): Kişinin yaş cinsiyet ya da sosyo-kültürel durumuyla ilgili nedenler ile özürlülük ve sakatlık sonucu oluşan, kendisi için normal olan bir işlevi yerine getirememesi, tamamlayamaması ya da eksik kalmasıdır. Eksik kalan sadece işlev ve faaliyet değildir aynı zamanda rollerimizdir. Örneğin, fiziki bir engel vücudun belli bir kısmını ilgilendirse de, etkisi o bölgeyle sınırlı olarak kalmaz ve sonuçlarıyla o kişinin hayatını ve toplumsal bütünü etkiler. Böylece engellilik türleri oryante olmakla ilgili, fiziksel bağımlılık yaratan hareketle ilgili, sosyal durum ve

adapte olmakla ilgili engellilikler ve ekonomik yeterliliğini önleyen engellilikler şeklinde tanımlanabilir (Baykan 2000).

Yerel tanımlara bakıldığında ise 5378 sayılı Özürlüler (Engelliler) Kanunu'nda engelli "fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duyuşsal yetilerinde çeşitli düzeyde kayıplarından dolayı topluma diğer bireyler ile birlikte eşit koşullarda tam ve etkin katılımını kısıtlayan tutum ve çevre koşullarından etkilenen birey" şeklinde tarif edilir. (<https://eyh.aile.gov.tr/mevzuat/ulusal-mevzuat/kanunlar/engelliler-hakkinda-kanun> Erişim Tarihi: 17 Kasım 2017). Dünya Sağlık Örgütüne göre bugün dünyada bir milyardan fazla insan engelli birey vardır. Bu insanlar genellikle daha az sağlık, düşük eğitim başarısı, daha az ekonomik fırsatla karşı karşıya kalırken yoksulluk oranları da yüksektir. Bu durum daha çok engelli olmalarından dolayı günlük yaşantılarında karşılaştıkları engellerden kaynaklanmaktadır. Engellilik, yalnızca bir halk sağlığı sorunu değil, aynı zamanda bir insan hakları ve kalkınma meselesidir (<http://www.who.int/disabilities/en/> Erişim Tarihi 13 Kasım 2017). Avrupa İnme Girişimi İcra Komitesi 2003 yılında bir makale yayınlamıştır. "İnme yönetimi için Avrupa İnme Girişimi Tavsiyelerini" ele alan bu makalede Kaste ve arkadaşlarına göre (1998) ölüm ve uzun dönem engelliliğin en önemli sebeplerinden biri olan inme büyük bir ekonomik yük ile Avrupa'yı zorlayan bir durumdur (Akt: Hacke 2003). Buradan hareketle izleyen bölümde inme sonrasında oluşan engellilik durumunu gözden geçirmekte fayda vardır.

4.4.2. İnmenin Neden Olduğu Engellilik Durumları

Beyin çok karmaşık bir organdır ve hiç kimse şaşkırtıcı yeteneklerini ve gizemini henüz çözememiştir. Fakat cerebral cortex olarak adlandırılan beyin tabakasının bilgileri eşsiz insan yeteneği ile işlendiği bilinmektedir. Bu beyin tabakasında oluşan hasar bilişte bir takım değişiklerle sonuçlanabilir. Biliş; akıl yürütme, hatırlama, algılama ve problem çözmeyi içerir. İnme aynı zamanda duygu veya duyuları etkileyebilir bunlar ise koku, görme, işitme, dokunma ve tat gibi duyulardır (Burkman 2010). Bununla birlikte inme diğer kronik hastalıklardan daha büyük oranda engelliliğe sebep olan bir durumdur ve inme kişinin yürüme, konuşma, denge, koordinasyon, görme, mekânsal farkındalık, yutkunma, mesane kontrol ve barsak

kontrolünü etkileyebilir (State of the Nation Stroke statistics 2016). İnmeden sonra, kişilerin inmeden etkilenme alanları ve etkilenme oranları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo-1: Kişinin İnmeden Sonra Etkilenme Alanı ve Etkilenme Oranı

ETKİLENME ALANI	ETKİLENME ORANI %
Üst Ekstremité / Kol Zayıflığı	77
Alt Ekstremité / Bacak Zayıflığı	72
Görsel Sorunlar	60
Yüz Zayıflığı	54
Hareketli Konuşma	50
Mesane Kontrolü	50
Yutkunma	45
Afazi	33
Depresyon	33
Bağırsak Kontrol	33
Demans	30
Dikkatsizli / İhmal	28
Duygusallık (Altı Ay İçinde)	20
Duygusallık (Altı Aydan Sonra)	10

Kaynak: (https://www.stroke.org.uk/sites/default/files/stroke_statistics_2016.pdf)

Aslında bütün bunlar ele alındığında inme sonrası birey sadece hareketlerinde kısıtlılık ya da ruhsal durumunda ortaya çıkan sorunlar şeklinde etkilenmemektedir. Bireyin biliş durumunu etkilenerek engelliliğe sebep olabilmektedir. Buna göre biliş durumu ile bu bozulmaları 4 ana başlık altında değerlendirebiliriz. Bunlar:

– Algı: Algılama, çevremizdeki dünyayı algılama biçimimizi ifade eder ve derinlik algısı, mekânsal yönelim ve dengeyi içerir. Aynı zamanda görme, işitme, tat, koku ve dokunmayı da içerir (Burkman 2010).

– Zekâ: Zekâ, öğrenme, anlama ve kasıtlı bir şekilde davranma kabiliyetimizi ifade eder. Bu yeteneklerin geliştirilmesi, kalıtım, öğrenme deneyimleri ve

motivasyon tarafından etkilenir. Zekâ ayrıca bellek, iç görü, yargı, yönlendirme, dikkat süresi, yoğunlaşma, problem çözme, akıl yürütme mantıksal düşünce, soyutlamalar ve hırs içerir. İnme sonrasında, öğrenme daha yavaş ve eksik olabilir, çünkü hastaların anlama kapasitesi azalabilir. İnmenin düşünme yeteneğine etkisi, etkilenen beyin alanına bağlıdır (Burkman 2010).

– Davranış: Davranış, düşüncelerimiz, duygularımız ve geçmişte yaşadığımız deneyimlerimizden etkilenen karmaşık bir süreç ve tepkilerdir. Davranış ayrıca insiyatif, kendilik imajı, karar verme, hedefe yönelik davranış ve kadınlık veya erkeklik özellikleri içerir. Bilişin diğer öğeleri gibi, beyinde hasar oluştuğunda çeşitli şekillerde etkilenen karmaşık bir süreçtir. Örneğin, beyin hasarına sahip bir kişi, normal olarak gördüğümüz biçimlerde davranma kabiliyetini kaybedebilir. Sonuçta, öfke, ajitasyon, uygun olmayan gülümseme veya ağlama, cinsel istek değişikliği veya uyku ve yeme bozuklukları gösterebilir. Örneğin, beynin frontal loblarında ciddi hasar meydana geldiğinde, bir hasta motivasyon eksikliği gösterebilir veya harekete geçmedikçe saatlerce oturabilir (Burkman 2010).

– Duygular: Duyguları kontrol eden beynin zarar gören kısımları kişilik değişikliklerine neden olabilir. Duyguları kontrol etme yeteneği kaybolan kişi duygusal olarak aşırı davranışlar gösterebilir (Burkman 2010).

Kısaca inmede birincil nörolojik işlevlerdeki belirtilerden kaynaklanan bozulma, engellilik ile sonuçlanır ve bu engellilik giyinme, yürüme ve çıkartma, gibi işlevsel faaliyetleri yerine getirememe ile kendini gösterir (Soyuer ve Soyuer 2005). İşlevini yerine getiremeyen kişilerin hak ettiği kaynaklara ulaşabilmesi, rehabilite edilmesi, toplumsal hayata katılımı ve desteklenmesi gerekmektedir. Bundan sonraki bölümde ülkemizde inmenin de içinde yer aldığı engellilere sağlanan hak ve verilen hizmetlere değinilecektir.

4.4.3. Türkiye’de Engelli Hakları, Hizmet ve Uygulamaları

Çalışmanın bu bölümünde ilk olarak ülkemizde inmeli hastaları da kapsayan engelli hakları ile mevzuat araştırılmış daha sonra ise engelli hizmetlerine dair bilgi verilmiştir.

4.4.3.1. Ülkemizde engelli haklarının mevzuattaki yeri

Dünya Sağlık Örgütüne göre dünyada inme sebebi ile 5 milyon kişi kalıcı olarak sakat kalmaktadır (<http://www.strokecenter.org/patients/aboutstroke/stroke-statistics/>. Erişim tarihi: 13 Eylül 2017). Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK) tarafından gerçekleştirilen 2011 nüfus ve konut araştırmasına göre görme, duyma, konuşma, yürüme, merdiven çıkma veya inme, bir şeyi tutma ya da yaşlılarına göre öğrenme, hatırlama veya dikkat toplama gibi fonksiyonlarda yaşanan bozukları olduğunu söyleyenler engelli olarak ele alınmıştır. Bu ele alışı göre yapılan değerlendirme ile ülkemizde % 6,55 oranında engelli olduğu tespit edilmiştir (Türkiye Kent Sağlık Göstergeleri 2013). Çabalar ve arkadaşlarının (2011) yaptığı bir çalışmada serebro vasküler hastalık sekeli ile hastaneye sağlık kurul raporu almak için başvuran hasta grupları diğerleri arasında %30 ile en yüksek puanı almıştır (Çabalar ve ark. 2011).

İnme, beyinde oluşturduğu hasarın yeri ve derecesine göre değişim gösteren engel durumlarına neden olmaktadır. Bu nedenle çok farklı rehabilitasyon ve hizmet alanına ihtiyaç duyulur. Bu anlamda Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 50 maddesinde; “Kimse, yaşına, cinsiyetine ve gücüne uymayan işlerde çalıştırılmaz. Küçükler ve kadınlar ile bedeni ve ruhi yetersizliği olanlar çalışma şartları bakımından özel olarak korunurlar” der ve madde 61 de ise “Devlet harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleriyle, malul ve gazileri korur ve toplumda kendilerine yaraşır bir hayat seviyesi sağlar. Devlet, sakatların korunmalarını ve toplum hayatına intibaklarını sağlayıcı tedbirleri alır” diyerek engellilerle ilgili olarak mevzuatın kaynağını oluşturur. 5378 sayılı “Özürlüler Kanunu” ise engelli bireyleri, ailelerini, engellilere yönelik hizmet veren kurum ve kuruluşlar ve bunlara bağlı diğer ilgilileri kapsayan bir kanundur. Kanun engellilerin toplumsal hayatta aktif rol alma konusunu ele alır. Bu kanun engelliliğin önlenmesi, ve engellinin sağlık, eğitim, rehabilitasyon, istihdam, bakım ve sosyal güvenlikle ilgili sorunlarının çözümü ile bütün yönleri ile gelişmelerini bu gelişimlerine engel teşkil edecek durumlarla alakalı gerekli tedbirleri alarak kişinin toplumsal yaşama katılımlarını sağlamakta mükelleftir (5378 Sayılı Kanun 2005). 5393 sayılı Belediye Kanunu’na göre kentsel alt yapı, çevre ve çevre sağlığı gibi hizmetlerin yanında engelli hizmetlerini de içine alan sosyal hizmet

ve yardım gibi konular da belediyelerin görev ve sorumluluk alanı içindedir (5393 Sayılı Kanun 2005).

Engellilere verilecek hizmetler ise 30 Mart 2013 tarihinde resmi gazetede yayımlanan 28603 sayılı “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliğe” göre belirlenmektedir. Engelli bireyler hafif, ağır ve bakıma muhtaç şeklinde bir derecelendirmeye tabi tutularak buna göre kimlerin hangi hizmetlerden yararlanıp yararlanamayacağı konusunda da bireyin var olan gereksinimleri ele alınır. Bireyin hangi kategoride olduğu ve fonksiyon kaybının hangi seviyede olduğu ise “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları” ile belirlenir. (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130330-4.htm>. Erişim Tarihi: 07 Kasım 2017).

Engelli bireylere ülkemiz sınırları içinde hizmet veren kurum ve kuruluşlar arasında; Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, yerel yönetimler, Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı kurum ve kuruluşlar, vakıflar/dernekler, konfederasyonlar, federasyonlar, Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlar yer almaktadır.

4.4.3.2. Ülkemizde engelli hakları

Ülkemizdeki engelli hakları ve uygulamaları ile ilgili bilgileri aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz;

– Engelli Sağlık Kurulu Raporu: Engelli Sağlık Kurulu Raporu'nda kişinin engel oranı %40 ve üzerinde ise engellilere yönelik hak ve hizmetlerden yararlanabilmektedir. Ancak özel eğitim hizmetlerinde ise bu oran %20 olarak uygulanabilmektedir. Sağlık Kurulu Raporu %40 ve üzeri olması durumunda; engelli kimlik kartı almak, özel eğitim ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanmak, engellilerin istihdamı ile ilgili hizmetlerden ve bakım aylığından yararlanmak, H sınıfı sürücü belgesi almak, engelli aylığı almak, bazı vergileri indirimlerinden faydalanmak, bazı ürünlerde “Özel Tüketim Vergisi” muafiyetinden yararlanmak, yerel yönetimlerin engellilere sağladığı haklar ve kolaylıklardan yararlanmak sayılabilir (Alsancak ve ark. 2013).

– Engelli Kimlik Kartı: Gelir vergisi indiriminden ve engelli ile engellilerin refakatçisi kamuya ait tüm toplu taşıma araçlarından ücretsiz faydalanabilmesi için gereklidir (Alsancak ve ark. 2013).

– Erişebilirlik: Özürlüler (Engelliler) Kanunu ile engellilere verilen hizmetler, binalar, bilgiye ulaşım ile engellilerin her türlü alanda erişim olanaklarına muktedir kılmak amaçlanmıştır (Şişman 2011).

– Sağlık ve Koruyucu Hizmetler: Fiziksel, işitsel, duyuşsal, sosyal, ruhsal ve zihinsel gelişimlerinin izlenmesi, genetik geçişli ve engelliliğe neden olabilecek hastalıkların erken teşhis edilmesinin sağlanması, engelliliğin önlenmesi, var olan engelin şiddetinin olabilecek en düşük seviyeye çekilmesi ve ilerlemesinin durdurulmasına ilişkin çalışmalar “Sağlık Bakanlığınca” yapılır. Böylece bütün kalıtsal kan hastalıkları ve engelliliğe yol açan diğer kalıtsal hastalıklarla koruyucu sağlık hizmetleri tedbirlerinin alınacağı ve böylece bu hastalıkların tespiti için yapılacak testlerin ücretsiz yapılması sağlanmıştır (Alsancak ve ark. 2013).

– Sosyal Yardım Engelli Aylığı: Engel oranı %40 ila %69 arasında olan ve 18-65 yaş arası engelliler ile kanunen bakmakla yükümlü olduğu engelli yakını olanlara aylık bağlanma hakkına sahiptir (Şişman 2011).

– Eğitim Hizmetleri: “Hiçbir gerekçeyle engelinin eğitim alması engellenemez. Engelli çocuklara, gençlere ve yetişkinlere, özel durumları ve farklılıkları dikkate alınarak, bütünleştirilmiş ortamlarda ve engelli olmayanlarla eşit eğitim imkânı sağlanır” diyen engelli kanunu engelli eğitimi ve toplumsal hayata katılımları amaçlamıştır (Şişman 2011).

– Mesleki Rehabilitasyon İstihdam ve Sosyal Güvenlik: Engelli kişilerin devlet memuru olarak yerleştirilmeleri “Devlet Personel Başkanlığı” engelli kişilerin işçi olarak yerleştirilmeleri “Türkiye İş Kurumu” tarafından gerçekleştirilir. 50 ve daha fazla işçi çalışan kamu sektörü iş yerleri en az %3 oranında engelli işçi çalıştırılmakla yükümlüdür (Alsancak ve ark. 2013).

– Spor: “Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü” tarafından engellilerin hak ve hizmetlerinden yararlandırılmaları için çeşitli indirimler yapılmaktadır (Alsancak ve ark. 2013)

4.4.3.3. Bakım ve korunma gerektiren engellilere yönelik hizmet ve uygulamalar

Ülkemizde bakım ve korunma gerektiren engelli bireylere yatılı ve gündüzlü hizmetlerin verilmesi, engelli bireylerin belirlenmesi, korunması, bakım ve rehabilitasyonu ile toplum içinde bağımsız yaşamasına destek olacak hizmetleri planlamak, bu hizmetlerden yararlanamayacak durumda olan engellilere sürekli bakım vermek, kuruluş açmak ve bu hizmetleri koordine etmek konusunda “Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü” bünyesinde oluşturulan “Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı” görevlendirilmiştir. Bu dairenin hizmetleri;

– Evde Bakım Hizmeti: “Bakıma Muhtaç Engelli Bireylerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik” uyarınca bakmakla yükümlü olunan kişi sayısına göre hesaplanan gelir miktarı bir aylık net asgari ücretin 2/3’ünden daha az olduğu durumlarda bakıma muhtaç engellilerin bakımlarının sağlanması güvence altına alınmıştır. İkametgâhında bakım hizmeti alan bakıma muhtaç engelliye ikametgâhında bakım hizmeti veren akrabasına veya vasisine bir aylık net asgari ücret ödenmektedir (<https://eyh.aile.gov.tr/yayin-ve-kaynaklar/engelli-bakim-hizmetleri/engelli-bakim-hizmetleri-dairesi-baskanligi-birifing-raporu> Erişim Tarihi: 08 Kasım 2017)

– Yatılı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri: “Engellilerin Bakımı, Rehabilitasyonu ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmelik” çerçevesinde engel durumu ile birlikte hayatın gereklerini yerine getiremeyen engelli bireylerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca hizmet ihtiyacının incelenmesi, bakımı ve rehabilite edilmesi, engelli ve engelli ailelerine danışmanlık vermekle bu merkezler sorumludur (<https://eyh.aile.gov.tr/yayin-ve-kaynaklar/engelli-bakim-hizmetleri/engelli-bakim-hizmetleri-dairesi-baskanligi-brifing-raporu> Erişim Tarihi: 08 Kasım 2017).

– Engelsiz Yaşam Merkezi Projesi: Engelli bireylere hizmet sunan resmi kuruluşların fiziki durumlarının daha iyi hale getirilmesini sağlayan faaliyetleri içermektedir (<https://eyh.aile.gov.tr/yayin-ve-kaynaklar/engelli-bakim-hizmetleri/>

[engelli-bakim-hizmetler-dairesi-baskanligi-brifing-raporu](#) Erişim Tarihi: 08 Kasım 2017)

– Umut Evi Projesi: Ailesi tarafından bakımı mümkün olmayan engelliye sürekli bakım verme ile rehabilitasyon merkezlerinde toplu bakımdan kaynaklı negatif etkiler olabilmektedir. Engelli bireylerin küçük gruplar halinde bir apartman dairesinde veya müstakil bir evde diğer komşuları ile birlikte sosyal bir yaşam sürdürmesinin faydası olacağı düşünölmüştür. Bu sayede engelli bireylerden durumları uygun olanlardan “Umut Evi” olarak isimlendirilen evlerde, toplum yaşamına aktif katılmalarının sağlanarak, bakımlarının sağlanması amaçlanmıştır (<https://eyh.aile.gov.tr/yayin-ve-kaynaklar/engelli-bakim-hizmetleri/engelli-bakim-hizmetleri-dairesi-baskanligi-birifing-raporu> Erişim Tarihi: 08 Kasım 2017).

– Geçici ve Misafir Olarak Bakım Hizmeti: “Engellilerin Bakımı, Rehabilitasyonu ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmelik” kapsamında, ailenin ihtiyacı halinde kuruma bağlı bakım merkezlerinde geçici ve misafir olarak bakımları sağlanabilmektedir (<https://eyh.aile.gov.tr/yayin-ve-kaynaklar/engelli-bakim-hizmetleri/engelli-bakim-hizmetleri-dairesi-baskanligi-birifing-raporu> Erişim Tarihi: 08 Kasım 2017).

– Aile Danışma ve Rehabilitasyon Merkezleri (Resmi- Gündüzlü Kuruluşlar): Gündüzlü olarak engellilerin bakımını üstlenen bu merkezler ailenin rahatlatılmasını hedeflemiştir ([https://eyh.aile.gov.tr/yayin-ve-kaynaklar/engelli-bakim-hizmetleri / engelli-bakim-hizmetler-dairesi-baskanligi-brifing-raporu](https://eyh.aile.gov.tr/yayin-ve-kaynaklar/engelli-bakim-hizmetleri-engelli-bakim-hizmetler-dairesi-baskanligi-brifing-raporu) Erişim Tarihi: 08 Kasım 2017).

– Evde bakıma destek hizmeti: 2010 yılında “Evde Bakıma Destek Hizmeti” için gerekli düzenlemeler yapılarak evinde bakılan fakat evde bakım ücreti veya kurumsal bakım hizmetinden faydalanmayan bakıma muhtaç engelli eğer isterse görevlendirilecek bakıcı personel tarafından evde bakım hizmeti alabilmektedir (<https://eyh.aile.gov.tr/yayin-ve-kaynaklar/engelli-bakim-hizmetleri/engelli-bakim-hizmetleri-dairesi-baskanligi-brifing-raporu>. Erişim Tarihi: 08 Kasım 2017).

– Özel Bakım Merkezleri: “Bakıma Muhtaç Engellilere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği” ile bakmakla yükümlü olunan birey sayısına göre kendilerine düşen ortalama aylık gelir tutarı hesaplanır. Bir aylık net asgari ücret

tutarının 2/3'ünden daha az olduğu tespit edilen bakıma muhtaç engellilerin isterler ise evinde, isterler ise resmî veya özel bakım merkezlerinde bakım altına alınırlar (<https://eyh.aile.gov.tr/yayin-ve-kaynaklar/engelli-bakim-hizmetleri/engelli-bakim-hizmetleri-dairesi-baskanligi-birifing-raporu> Erişim Tarihi: 08 Kasım 2017).

4.4.3.4. Engelli bireylere destek veren dernek ve vakıflar

Türk Dil Kurumu, sivil toplum kavramını; “devletin denetimi altında olmayan, kararlarını bağımsız olarak vererek toplumsal etkinliklerde bulunan bireyler topluluğu” şeklinde tanımlayarak ülkemizde engellilere vakıf ve dernekler aracılığı ile verilen hizmetlerin sivil toplum uygulamalarının ana hatlarını kısaca çizmiştir (http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5a69ef951b3600.18997564. Erişim Tarihi: 14 Aralık 2017). Engelli grupları ile ilgilenen vakıflar ve dernekler; bütün engel gruplarını bir araya toplayan din, dil, cinsiyet ayrımı gözetmemektedir. Engellilerin iş, sağlık, eğitiminin yanında sosyal, kültürel, sportif aktivitelere katılımını sağlayarak engellilerin ruh ve bedenlen kendilerine yeter hale gelme becerisi kazanabilmesi için eğitici, birleştirici ve tedavi edici çalışmalar yapmaktadır (Engelli Bireylere Destek Veren Kuruluşlar 2011).

İçişleri Bakanlığı Dernekler Dairesi Başkanlığı verilerine göre 111.753 faal çalışan dernek ve vakıf vardır. En çok faaliyet gösterenler meslek dayanışma grupları olmak üzere 1391 engelli derneği vardır ve bunlar genel dağılım içerisinde %1,24 oranına sahiptir (<https://www.dernekler.gov.tr/tr/AnasayfaLinkler/derneklerin-faaliyet-alanina-gore.aspx>. Erişim Tarihi: 14 Aralık 2017).

Psiko-sosyal ve tıbbi açıdan fonksiyon kaybı yaşayan kişinin bireysel ve toplumsal rollerini yerine getirmede bu bölümde sayılan hizmetlerden faydalanması önemlidir. Ancak bu hizmetlere erişim, yeni hizmet ve modellerini şekillendirme, kişilerin yeni durumunun koşullarına uyum, kişinin kendi kendine yeter hale gelmesi, kendi kararlarını verebilmesi ve temel haklara diğer insanlar kadar sahip olması ve bunları kullanıyor olması temelde sosyal hizmetin konusu ve amacıdır. İzleyen bölümde sosyal hizmet mesleği ve ekosistemin sosyal hizmet ve innmeli hastalarda uygulanması ele alınırken tıbbi sosyal hizmet ve sosyal hizmetin inme hastalığındaki rolü incelenecektir.

4.4.4. Sosyal Hizmet Mesleği

Sosyal hizmet kişilerin sorunlarını çözmeyi hedef alan ve kişilerin ihtiyaç duyduğu gereksinimlere ulaşmasını ve sorunlarını azaltmayı amaç edinen bir meslektir (Turan 2012). Sosyal hizmetin gerekliliğini ortaya koyan en önemli unsur sosyal refah hizmetlerinin mekanik olmak yerine insani değerler ile yerine getirme gereğinin mesleki birtakım bilgi, beceri ve davranışların bir ihtiyaç olduğu düşüncesinin ortaya çıkmasıdır (şahin 2000).

“Uluslararası Sosyal Hizmet Okulları Birliği” (IASSW) ve “Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Fedarasyonu” (IFSW) Genel Kurulu tarafından 2014 yılında sosyal hizmet mesleğinin tanımı şu şekilde yapılmıştır; “Sosyal hizmet, insanların güçlenmesini ve özgürlüğünü destekleyen, toplumsal değişimi, gelişmeyi, toplumsal bütünleşmeyi teşvik eden uygulamaya dayalı bir akademik disiplindir. Sosyal adalet, insan hakları, toplumsal sorumluluk ilkelerine ve çeşitliliklere saygı, sosyal hizmetin merkezi noktasıdır. Sosyal bilimler, beşeri bilimler ve doğal bilimler kuramlarıyla desteklenen sosyal hizmet, yaşam zorluklarına karşı insan refahını artırmak için insanları ve kaynakları bir araya getirir” (<http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work/> Erişim Tarihi: 12 Aralık 2017). Müdahalede bulunulan alanlar için genel olarak engelli, çocuk, kadın, yaşlı, mülteci, sığınmacı, ya da madde bağımlıları, HIV taşıyan kişiler, eşcinseller veya evsizler, yoksullar gibi dezavantajlı gruplar yer alır. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de insan hakları alanındaki gelişmeler ile bireyin çevresine uyum güçlüğü olduğunda bu güçlükleri aşabilmesi, kişiliğinin geliştirebilmesine ilişkin engelleri kaldırmak, bu yönde yapıcı sorumluluğu olan devletin harekete geçirilmesini sağlamak sosyal hizmet sunumunun gelişmesinde büyük rol oynamıştır (Dönümcü 2006).

Pincus ve Minahan’a (1973) göre sosyal hizmet bireylere;

- Gereksinim hissettikleri ve hakları olan kaynaklara erişebilmelerinde
- Sorun çözme kabiliyetlerini geliştirmelerinde
- Müracatta bulunanlara hizmet verenlerin gelişimlerini destekleyerek çalıştıkları örgütlerin-kurumların gelişmesini teşvik etmede

– Özel sektör ve kamuda sosyal, sağlık ve çevresel politikaları etkileyerek destek sağlar (Akt: Özdemir 2004).

Compton ve Galaway (1979) ve Turan'a (2012) göre sosyal hizmet uygulamaları mikro, mezzo ve makro olmak üzere üç çeşittir. Mikro uygulama içinde yer alan bireysel çalışmanın odak noktasında çevresi ile çeşitli ilişkileri olan aile ile bireyin sorunların çözülmesi amacıyla kendi kabiliyet ve becerilerinin yanında çevresinin imkan ve kaynaklarını kullanmak vardır. Sosyal hizmet uzmanı kendi mesleki bilgi ve tecrübesini kullanarak problemleri çözebilecek düzeye ulaşabilmeleri için birey ve aileye yardımcı olur. Makro sosyal hizmet uygulamalarında ise toplum ve geniş sosyal sistemlere yönelen ve hedefi bu sistemler içinde değişiklik yapmak olan uygulamalardır. Bireylerin sosyal işlevselliğinin geliştirilmesi, içinde yaşadığı şartların daha uygun hale getirilmesi yolu ile artırılacağı düşüncesine dayanmaktadır. Makro sosyal hizmet uygulamasına toplum organizasyonları sosyal politika oluşturma ve planlama örnek verilebilir (Compton ve Galaway 1979; Akt: Şahin 2000; Turan 2012). Sosyal hizmet mesleğinin uygulamaları arasında yer alan sosyal politikalar ise sosyal hizmet uzmanlarının planlayıcı, politika geliştirici rolleri ile yetersiz kalmış, etkisiz olan ya da duruma uygun olmayan yasa ve sosyal politikaların gelişim ve değişimine odaklanmasıdır (Duyan 2012).

Bu bilgiler ışığında sosyal hizmetin amaçlarını şu şekilde sıralayabiliriz;

- Çevresi içinde birey bakış açısı ile bireylerin sorun çözme, baş etme ve gelişimsel kapasitelerini artırmak,
- Uygulamanın odağında bulunan birey ve sistemler arasındaki etkileşimde bağlantı kurucu rolünden yola çıkarak bireyler ile kaynak, hizmet ve fırsat sağlayan sistemler arasındaki etkileşim işlevini yerine getirmek,
- İnsanlara hizmet sunan sistemlerin faaliyetlerini geliştirmek,
- Sosyal politikaları geliştirmek ve ihtiyaç halinde savunuculuk ve aktivist rollerini üstlenmek,
- Bireylerin iyilik hallerini geliştirmek ve yoksulluk, eşitsizlik gibi sebeplerden kaynaklı olarak sosyal adaletsizlik şekillerini en aza indirmek,

- Savunuculuk ve sosyo-politik faaliyetler aracılığı ile sosyo-ekonomik adaleti sağlayan politika, hizmet ve kaynakların devamını sağlamak ve bu bağlamda tüm bireylerin benzer temel haklara, korumaya, fırsatlara yükümlülöklere ve sosyal yardımlara sahip olduğu ideal şartların ortaya çıkmasında rol almak,
- Sosyal hizmet uygulamasını güçlendirecek olan araştırma bilgisi ve becerilerin geliştirilmesine ve kullanılmasına katkı sağlamak,
- Farklı kültürler bağlamında uygulamaları geliştirmek ve uygulamaya geçirmek kültür etkisinin farkında olarak kendi kültürünü tanıyıp buna yönelik yerinde uygulamalar yapmak (Duyan ve Ark. 2008).

Özet olarak sosyal hizmet uzmanları öncelikle müracaatçı ve ailesi ile görüşerek bir değerlendirme yapar. Daha sonra müracaatçının uyum sorunları, duygusal, sosyal ve ekonomik sorunları belirlenir. Araştırılan uyum, duygusal, sosyal ve ekonomik sorunların sebepleri ve şiddeti ele alınır. Kişinin hayattaki amaçları, değer verdiği insanlarla kişisel ilişkileri ve bunların kişiyi nasıl yönlendirdiği, her zamanki sosyal rolü ve şimdiki rolündeki değişimi ve en sonunda sosyal kaynakları ve kişisel kaynakları ile dayanıklılığı değerlendirilir (Ue 1978).

4.4.5. Ekosistem Yaklaşımının Sosyal Hizmette ve İnme Hastalarında Uygulanması

Sosyal hizmet mesleğini diğer mesleklerden ayıran en temel özellik ele aldığı konularla ilgili olarak uygulamada birey ve çevresi arasındaki etkileşimi değerlendirmektir. Aslına bakılırsa sosyal hizmet bir mesleki disiplin haline geldiğinden bu yana müracaatçı ve onun çevresini konusunun içine almıştır. Buna paralel olarak son yıllarda çevresi içinde bireyin ele alınması yaklaşımı ekolojik ya da ekosistem yaklaşımında kendisine yer bulmaktadır. Ekoloji biliminde yer alan çevresi içinde birey kavramı ile kişi ve sorunları ekolojik yaklaşım ile insan ve sosyal çevresi bağlamı içinde incelenir. Kişi çevresi ile karşılıklı ve süreğen etkileşim içindedirler. Ancak geleneksel psikoloji kuramlarında kişilerin sorunları kişinin kendisinden kaynaklandığı vurgusuna yer verir. Ekolojik yaklaşım kişilerin problemlerinin çevreden kaynaklandığını anlatırken diğer yandan bireylerin

gereksinimlerinin karşılanamamasında, uygun kaynaklara ulaşamama, kaynakları etkin kullanamama ya da koordinasyonsuzluktan kaynaklanan birey ve çevresindeki sistem arasında uyumsuzluk söz konusu olabilir (Yıldırım ark. 2013).

Ekosistem bireyin fiziksel çevresi ile çevresindeki her şeyin etkileşim içinde olduğunu kabul eden birçok disiplinde kullanılmaktadır. Davranış bilimlerinde ilk kez kullanan 1965'te psikolog Roger Barker olmuştur. Kavramın sosyal hizmet uygulamalarına girişi ise, Carel Germain'in 1979'da uyum dengesi (goodness of fit) ifadesi ve çevre ve insan organizması arasındaki uyum konusunun önemine dikkat çekmesinin sonucunda gerçekleşmiştir. Ekosistem yaklaşımına göre birey ile çevrenin özellikleri karşılıklı uyum içinde olmalıdır (Turan 2012; Özbesler ve Bulut 2012).

Sosyal hizmet bireysel uyumsuzluk, kişinin ihtiyaçları ve bunları giderebilme becerisinin yanında, bireyin destek sistemiyle toplumsal kaynaklar arasında oluşan uyumsuzluklara dikkat çeker. Buradan hareketle içinde yaşanılan durum ve ortamın gerçek şartlarını değerlendirmede ve kendi becerilerini kullanmada sorun yaşayan bireyin duygu ve içgüdülerini kontrol edemediği için endişe hissettiği ve öfkeli davranışlar gösterdiği konusu artık daha çok kabul görmeye başlamıştır. Bu durumda bireyin çevresi ile uyumunu artırıp bireyi destekleyebilecek olan kişi ve kurumlarla etkileşim kurma konusu gündeme gelmiştir. Sosyal hizmet ile mesleki çalışma yapılırken bireyin gelişim dönemleri, yakın çevresi ile ilişkileri ve sosyal destek sistemi incelenmelidir (Turan 2012). Bu yaklaşımın temelinde sosyal hizmetin başarıyla uygulanması için müdahalenin bireye değil bütün ekosisteme yöneltilmesi vardır. Ekosistem yaklaşımının dayandığı uygulamada, insancıl bakış açısı ile sorunların etkileşme şekli ile değerlendirme yapılır ve müracaatçı kaynak, sosyal hizmet uzmanını ise kolaylaştırıcı olarak görülür. Sorun çözme becerisini artırmada ise çevrenin kullanımı önemlidir (Duyan ve ark. 2008).

Ekosistem yaklaşımı çok faktörlüdür ve o sistemik niteliklere ve sistemler arası ilişkilere yönelik olduğu için sosyal hizmet uzmanları, değerlendirme araçlarını güçlendirip çeşitlendirerek repertuarını kullanmaya teşvik edilmiştir. Böylece kişi, aile, organizasyonlar, refah hizmetleri sisteminde çalışmak için çok geniş bir strateji, rol ve teknik yelpazesi kullanmış olur (Siporin 1980).

Serebrovasküler kaza, inme veya travmatik beyin hasarları kişinin hayatını çeşitli şekillerde değiştirir. Bu tıbbî deneyimleri sadece hasta hissetmekle kalmaz aynı zamanda bireyin bir parçası olduğu sistemlerde de bu değişiklikleri hisseder. Örneğin iki taraflı inme geçiren hastanın neredeyse 24 saat ailesinin bakımına ihtiyacı olabilir ve kendisi veya ailesi için finansal destek sağlamak gerekebilir ve kavramsal çerçevede bir hastayı ekosistem modeli vasıtasıyla görmek önemlidir (Carlson 2014).

Evans ve arkadaşlarının 1988 yılında yayınladığı bir araştırmada felçli hasta, ayaktan hasta durumuna geldiği zaman rutin tıbbî ve hemşirelik bakımı ile sosyal hizmetin danışmanlık ve eğitim hizmetini karşılaştırdığı bir çalışma yapmıştır. Buna göre, 61 hastaya rutin yapılan tıbbî ve hemşirelik bakımı verilmiş, 64 hastaya ise sosyal hizmet uzmanları tarafından bakım verenlerin bilgisini artırma, aile fonksiyonlarını stabilize etme, hastanın uyumunu artırma ve sosyal kaynak kullanma konusunda destek verilmiştir. Çalışmanın sonucunda hastaların hemşirelik bakımı ile verilen rutin tıbbî bakımdan ziyade daha çok sosyal hizmet uzmanlarının verdiği hizmetlerden fayda gördükleri anlaşılmıştır. Bakım verenlerin bilgisi önemli ölçüde artmış ve aile fonksiyonlarının daha dengeli bir hale geldiği tespit edilmiş ve ayrıca hastaların hayatlarıyla ilgili daha iyi düzenlemeler yaptığı anlaşılmıştır (Evans ve ark. 1988).

Padberg ve arkadaşları 2016 yılında yaptıkları araştırmada ise inme sonrasında hastanın hastalık sonrası hangi evrede olduğuna göre sosyal hizmet desteğinde farklılıklar olması gerektiğini ortaya koymuşlardır. İnme hasta ve bakım verenlere eğitim verilmesi, terapötik ve koruyucu hizmetler ihtiyacının belirlenmesi sosyal hizmet müdahalesinin ve ekolojik çevresini de kapsamı gerektiği tespit edilmiştir (Padberg 2016).

Sosyal hizmet uzmanları birey ve çevresi arasında etkileşime ve uyum konusuna yoğunlaşan bu yaklaşım ile savunuculuk, düzenleyici, arabuluculuk rollerini kullanarak bireyin çevresi ile ilişkisindeki uyumu artırmaya çalışır. Değişen duruma uygun olarak bireyin uyum kabiliyetini artırmaya yönelik destek verirken, bireyin çevresindekilerle etkileşime geçerek bu kaynaklardan faydalanmasını sağlar. Sosyal hizmet uzmanları müracaatçıyı fiziksel, ruhsal, duygusal, psikolojik, sosyal ve

entelektüel bağlamda ekosistem bağlamı içinde ele alır. Sosyal hizmette kişinin çevresi ile işlevsel olmayan etkileşimi vurgulandığı için hem tedavi hem de reform yaklaşımları bütünleştirilmiştir (Duyan 2012).

4.4.6. Tıbbi Sosyal Hizmet ve İnmeli Hastaların Rehabilitasyonunda Sosyal Hizmet Uzmanının Rolü

DSÖ sağlıklı olma halini, “sadece hasta veya sakat olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma halidir” şeklinde açıklamış ve bunu 1946 yılında 61 ülke imzalayarak kabul etmiştir. O zamandan günümüze sağlık kavramı hakkındaki bu paradigma değişimi insan sağlığının korunmasında, geliştirilmesinde ve tedavi edilmesinde bütüncül anlayışın hakim olduğu yaklaşımların ortaya çıkmasına sebep olmuştur (Özbesler ve İçağasıoğlu 2010). Bu bağlamda bakım ve tedavi kurumlarında hastaların tedavisini yalnızca tıbbi boyutu ele alarak hastalık kısmen tedavi edilir. Hastalıkların teşhis ve tedavisi ile ilgili olarak yapılan çalışmalar göstermiştir ki hastalığı ortaya çıkaran birçok faktör vardır. Bu faktörleri doğru anlamak bütüncül bakış açısına sahip olmakla sağlanabilir. Bunun için ise disiplinler arası işbirliğine gidilmiş ve sağlık alanında verilen hizmetlerin yanında psiko-sosyal, ekonomik destek ile bireyin güçlendirilmesinde etkin olan sosyal hizmet bütüncül bakış açısı içinde kendini göstermiştir. Tam da buradan hareket edersek, sağlık kuruluşlarından hizmet alanların hizmetlerden en iyi şekilde yararlanma, hizmete erişimde, tedavi sırasında karşılaştıkları psiko-sosyal ve ekonomik sorunların giderilmesinde, ekip çalışması içinde ve hastaya bütüncül bir bakış açısı ile yaklaşımda tıbbi sosyal hizmet olarak adlandırılan alan, sosyal hizmetin içinde kendine yer bulmuştur (Zengin 2011; Bekiroğlu 2013).

Hastalık, bireyin psiko-sosyal ve fiziksel işlevselliğini azaltan veya yok eden bir durumdur. Bu sebeple işlevselliği azalan veya yok olan bireyin yardıma gereksinimi olabilir, sağlıklı ilişki kuramayabilir ve bağımlı hale gelebilir. Hastalık nedeniyle hasta hastaneye yatma, kendi sosyal çevresinden uzaklaşma, gelecekle ilgili bilinmezlik korkusu gibi bazı sorunlarla karşılaşabilir. Bu sorunlar sonucunda hasta hafif veya yoğun bir kaygı yaşamaya başlar. Kaygıyı en aza indirmek, hastanın fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması için, hastalığa ve hastaneye uyumu

sağlayacak profesyonel psiko-sosyal desteğin verilmesi gerekmektedir. Bu aşamada sosyal hizmetin sağlık alanında hizmet veren tıbbi sosyal hizmet uygulamaları devreye girer. Psiko-sosyal işlevselliği azalan hasta ve ailesini sosyal hizmet temel odağına alır (Aydemir ve Işıkhani 2013).

Bir başka tanıma göre tıbbi sosyal hizmet sosyal ve duygusal sorunlu bireylerle çalışarak hastalığın etkisini azaltmayı hedefler. Tıbbi sosyal hizmet hastanın sosyal ve ekonomik zorluklarının yanı sıra duygusal faktörlerini de ortaya koyar. Modern tıp artık fiziksel sağlık ve ruhsal sağlığın birbirini etkilediği konusunu sık sık gündeme getirmektedir (Duyan ve ark. 2008) .

Tıbbi sosyal hizmetin tanımlamalarında daha çok hasta ve hasta yakını ile ilgili psiko-sosyal fayda odak konusu olarak ele alınmıştır ve bu alanda sorun çözücü olan ise sosyal hizmet mesleki uygulamasıdır. Bu uygulamayı gerçekleştirecek olan meslek elemanı ise tıbbi sosyal hizmet uzmanıdır. Tıbbi sosyal hizmet; hasta ve ailesinin tıbbi bakım ve tedaviyi kabul etmesini, hastalık nedeniyle yaşanan stresi azaltmayı ve hastalık ve içinde bulunulan koşullar nedeniyle ortaya çıkan sorunları çözme amacı taşımaktadır. Başlangıcından itibaren sosyal hizmet fiziksel hastalıkların yol açtığı sosyal ve duygusal problemlerle ilgilenmekte ve hastalığın şiddetinin azaltılması ve tıbbi bakımın etkisinin artırılmasını amaçlamaktadır (Duyan 2000; Cicos 2010).

Sosyal hizmetin her uygulama alanında olduğu gibi tıbbi alanda da yürütülen sosyal hizmet uygulamaları; sistem yaklaşımı, psiko-sosyal yaklaşım, psikodinamik yaklaşım, bilişsel-davranışçı yaklaşım, güçlendirme yaklaşımı, ekolojik yaklaşım gibi mesleki yaklaşımlar, yöntemler ve sosyal hizmet disiplinin etik ilkeleri çerçevesinde yerine getirilir. Ülkemizde ise 1965 yılından itibaren hastanelerde sosyal hizmet uzmanları istihdam edilmeye başlamıştır. Günümüze kadar sağlık politikalarında gerçekleşen değişimler hastanelerde yürütülen sosyal hizmet uygulamalarını şekillendirmiştir (Özbesler ve İçağasıoğlu 2010). Tıbbi sosyal hizmet uzmanının hastanedeki mesleki uygulamalarını geneli yaklaşım ile ele alıp mikro, mezo ve makro düzeyde gerçekleştirmektedir (Zengin 2011).

Sosyal hizmet müdahalesi inmeli hasta rehabilitasyonun önemli bir parçasıdır. Sosyal hizmet uzmanı gerçekçi hedeflere ulaşma ve bireysel tanımlamalarda

bulunma konusunda hastaya, ailesine ve tedavi ekibine birlikte çalışma konusunda yardım eder. Sosyal hizmet uzmanının bilgi ve becerisi hastanın sosyo-ekonomik ve duygusal anlamda mümkün olan en üst seviyede çıkarmada, topluma geri dönmesini kolaylaştırmada ve hasta ve ailesinin uyum sürecinde yardımcı olur (Ue 1978). Burkman (2010), inmeli hasta ile çalışan sosyal hizmet uzmanlarını hastaların hastane ortamından ayrılmadan önce sahip olduğu becerileri ve ihtiyaç duyduğu hizmetleri sağlamak için uğraş veren bir geliştirici olarak tarif etmiştir. Sosyal hizmet uzmanının amacının bir gün hastaneden çıkmak için planlama yapan hastaya yardım etmek olduğunu ifade etmiştir (Burkman 2010).

Serebrovasküler hastalık geçiren kişi için iyi bir fiziki ve sosyal ortamın sağlanabilmesi hasta yakınlarının tutum ve davranışlarına bağlıdır. Çoğu ailenin inmenin psikolojik yansımaları konusunda bilgileri eksiktir. Ayrıca engelin ağırlığına bağlı olarak duygusal tepkiler gösterebilirler. Sosyal hizmet uzmanları ailelerle hastalığın tanıtılması ve bu hastalığa bağlı oluşan engellerle ilgili olarak nasıl düzenleme yapmak gerektiği konusunda yardımcı olmaya çalışırlar. Sosyal hizmet uzmanı aileyle, bireyle veya grup olarak depresyon, anksiyete ve suçluluk gibi konularla başa çıkmaları için psiko-sosyal çalışma yapabilirler. Burada asıl konu beklentilerin gerçekçi olması, olası mortalite riskine hazırlıklı olma, değişen sosyal rollere hazırlıklı olma konusunda ailelere yardımcı olmaktır. Unutulmamalıdır ki inme hastadan daha çok aile üzerine etkilidir (Ue 1978).

Ülkemizde, 2011 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan “Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi” şemsiyesi altında rehabilitasyon alanında çalışan sosyal hizmet uzmanının rol ve sorumlulukları açıklanmaktadır. Buna göre tıbbi sosyal hizmet uzmanının görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

Hastaneden hizmet alan; kimsesiz, terk ve bakıma muhtaç hastalar, engelli hastalar, sağlık güvencesiz hastalar, yoksul hastalar, aile içi şiddet mağduru hastalar, ihmal ve istismara uğramış çocuk hastalar, mülteci ve sığınmacı hastalar ile insan ticareti mağduru hastalar, yaşlı, dul ve yetim hastalar, kronik hastalar, ruh sağlığı bozulmuş hastalar, alkol ve madde bağımlısı hastalar, yabancı uyruklu olup tedaviden yararlanamayan hastalar, il dışından gelen hastalar öncelikli olmak üzere

tıbbi sosyal hizmete ihtiyaç duyan hastalar için sosyal hizmet müdahalesini planlar ve uygular. Bunun için ise;

– Hastalığa ve tedavi sürecine uyumda zorlanan hastaların uyumunu sağlamak için gerekli sosyal hizmet müdahalesinde bulunur.

– Hastanede yatarak tedavisi tamamlandığı halde ikametine gidemeyecek derecede düşkün ve kimsesi bulunmayan veya aileleri tarafından alınmayan hastaların ikametlerine nakillerini koordine etmek ve bu kapsamda mahalli idarelerle koordinasyonu sağlar

– Afetlerde, gerekli sosyal hizmet müdahalesini planlar ve uygular

– Tıbbi sosyal hizmetle ilgili konularda hastane personeline, hasta ve yakınlarına yönelik eğitimler yapar.

– Mesleği ile ilgili toplantılara katılmak, mesleki projeler planlamak ve uygulamak.

– Rapor ve kayıtları gizlilik ilkesine uygun olarak tutar (Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi 2011).

Erkan'a göre (2003) engelli ile çalışan sosyal hizmet uzmanının uzmanlarının koruyucu-önleyici, iyileştirici-geliştirici ve rehabilite edici fonksiyonları vardır ve engellilerle hastanelerde, rehabilitasyon merkezlerinde, ana-çocuk sağlığı merkezlerinde, özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde, mesleki rehabilitasyon merkezlerinde, engelli danışma merkezlerinde, özel eğitim okullarında vb. çalışır. Erkan sosyal hizmet uzmanları engelli ile çalışmasını üç boyutta ele alır:

– Engelli birey ve ailesi ile mesleki uygulama

– Engelli grupları ve ailesi ile mesleki uygulama

– Engelli birey ve ailesi ile toplum düzeyinde mesleki uygulama (Erkan 2003).

Buradan da anlaşılacağı üzere sosyal hizmet uzmanı bireyi çevresi içinde ele alarak tedavide en iyi faydayı görmelerine yardım etmektedir. Buna karşılık aynı engellilik alanında yapılan sosyal hizmet uygulamaları açısından diğer ülke örneklerine kısaca bakmakta fayda vardır. “Kanada Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği” engelli rehabilitasyonu alanında çalışan sosyal hizmet uzmanı tarafından ele alınan konular aşağıdaki şekilde belirlemiştir:

- Hastanın müdahale ihtiyacı için tanının kabullenilmesi
- Hastanın rolleri veya ilişkileri açısından oluşan değişikliklere adaptasyonu
- Hastanın bağımsızlık düzeyi ve sorumluluklarda yeniden modifikasyonu
- Sakatlık sonucu oluşan kayıplara uyum
- Değişmiş imaj ve beklentiler ile başa çıkabilme
- Sakatlık sonucu oluşan sosyal ve ekonomik strese uyum
- İstihdam ve topluma kazandırmayla ilgili olarak toplumsal kaynak: ulaşım, ev veya çevre değiştirme, denetimli bakım konusunda seçim, cihazlar veya diğer sağlık giderleri konusunda kaynak bulma gibi konularda danışmanlık hizmeti vermektir.

Kanada Sosyal Hizmet Uzmanları Derneğine göre sosyal hizmet uzmanının fiziksel rehabilitasyon konusunda rolleri:

- Bireysel ve sistemsel düzeyde alanında hizmetlerde yaşanan aksakları tespit edildiğinde savunuculuk rolü
- Fiziksel rehabilitasyon ile ilişkili bilginin sosyal hizmet pratiğini geliştirmek ve yapısına katkıda bulunmak araştırma projeleri başlamak yürütmek ve işbirliği sağlamak
- Fiziksel rehabilitasyon alanında uzmanlaşma ve gelişme amacıyla öğrenci eğitmek ve süpervizörlük yapmak
- Eğitim, sunum, program geliştirme ve hasta takip danışmanlığı yaparak toplumsal organizasyonlara kaynak sağlamak
- Hastanede ve toplumda mesleki gelişim aktiviteleri konusuna katkı verme ile bakımı geliştirmek (<https://casw-acts.ca/en/social-work-role-physical-rehabilitation>. Erişim tarihi: 4 Eylül 2017).

Almanya’da inmeli hasta ve aileleri ile yapılan sosyal hizmet uygulaması ise şu şekilde yürütülmektedir. Hayatta kalan hastaların ihtiyaç duyması halinde hastalara kurum bakımı sağlanır. Sosyal hizmet uzmanı, bakım danışmanlığının yanı sıra doktor, kendi kendine yardım grupları ile irtibata geçmek, ev hizmetleri ya da hemşire sağlamak, ilaç tedarik etmede yardımcı olmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları kurum dışında bulunan akut hastaların bakımlarını multidisipliner eğitim almış kişiler ile birlikte çalışarak rehabilite edilmesini ve hastanelerden faydalanmasını sağlar. Genellikle sosyal hizmet ilk inme esnasında başlar ve taburculuktan sonrada

devam eder. Sosyal hizmet hasta, aile ve bakıcılara bire bir hizmet sağlar. Bunun yanında, hastaların engellilik süreci ile ilgili düzenlemelere yardımcı olurken, topluma geri dönüşü mümkün olan hastanın en üst düzeyde işlevselliğini sağlamak ve sosyal ve ekonomik seviyesinin ilerlemesi konusunda yardımcı olmak sosyal hizmetin bu alandaki faaliyetlerini oluşturur (Padberg 2016).

Almanya’da sosyal hizmet ihtiyacını belirleme amacı ile inmeli hastaların ve bakıcıların inme sonrası farklı dönemlerdeki ihtiyaçları kaydedilerek bir çalışma yapılmıştır. Buna göre Berlin’de tüm felçli hastalar ve aileleri için Sosyal hizmet uzmanları tarafından tıbbi olmayan, bakım içeren ve uğrama noktası şeklinde oluşturulan “İnmeli Hizmet Noktası” oluşturulmuştur. Mart 2010-Nisan 2012 arasında 257 katılımcı ile çalışma yapılmış ve tıbbi hizmetler, tıbbi rehabilitasyon, kendi kendine yardım grupları, yatan hasta ve günü birlik tedavi hizmetleri konusunda merak edilen konularla ilgili olarak bu hastalardan bilgi alınmıştır. Sosyal hizmet uzmanları ise danışmanlık hizmeti, kişiye yardımcı sağlama, evin modifikasyonu, mesleki rehabilitasyon gibi konularda inmeli hastalara destek sağlanmıştır. Sonuç olarak kurulan bu özel merkezde farklı konularda yardım, hastalarla zaman geçirme ve sorunlara zamanında müdahalenin olumlu sonuçları olduğu gözlemlenmiştir (Padberg 2016).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ

İnme, oluştuğu alanın karşı tarafında bulunan beden yarısında oluşan motor ve duyuşsal belirtiler ortaya çıkarırken, kişide dengesizlik, baş dönmesi, konuşmada bozukluklar yapabilir (Çoban ve Yeşilot 2011).

İnmenin oluşturduğu yıkım ile hasta bu duruma ya da kayıplara karşı farklı tepkiler verebilirken yaşadıkları sorunlar çok boyutlu olabilir. Ayrıca bakım verenin de hastaya devamlı surette eşlik etmesi gerektiği için inme sadece hastayı değil yakın çevresini ve çevresindeki sistemleri de etkilemektedir. Yeni durumun oluşturduğu stres hastalığın seyrini, rehabilitasyonunu, hastanın yaşam kalitesini ve ruh sağlığını etkileyebilir. Tedavinin olumlu ilerlemesi ve hasta ile bakım verenin yaşadıkları sorunları daha iyi kavrama anlamında inme sonrası uzun dönemde hasta ve bakım verenlerinin yaşam kalitesi ile ilgili olarak etkilenen boyutları anlamamız önemlidir. Daha genel anlamı ile yaşam kalitesi iyilik durumunun derece olarak belirlenmiş hali olarak tanımlanabilir (Öksüz ve Malhan 2005).

Günümüzde tıbbi tedavi sadece fiziksel iyilik halini ele alan bir konu olmaktan çıkmıştır. Artık hastanın kendi içsel düşüncelerinin de ele alındığı bir tedavi süreci daha değerli hale gelmiştir. Böylece kişinin iyilik hali ve yaşam kalitesini artırmak hasta ve tedavi ekibinin işbirliğini daha çok gerekli hale gelmiştir. Yapılan araştırmalar göstermiştir ki hastaların çoğunluğu hastalık öncesi hareket kabiliyetine erişmemekte, sosyal işlevselliklerinde düşüş olmakta ve bu durum elbette yaşam kalitelerini de etkilemektedir (Yeşilyurt 2010). İşte tam bu noktadan hareketle inmeli hasta ve bakım verenlerine yönelik sosyal hizmet müdahalelerinin planlanması ve uygulanmasının sağlıklı yapılabilmesi için hasta ve bakım verenlerin yaşadıkları zorlukların anlaşılmasının ve bilinmesinin önemi göz önüne alınarak bu çalışma planlanmıştır.

Bu nedenle buradaki temel problem “İnmenin hasta ve bakım verenlerinin yaşam kalitelerini etkileyen sorun alanlarını belirlemektir. Bu durumu kendi

deneyimleri içinde nasıl anlaşıldığını ortaya koyarak, hasta ve bakım verenlerin hissettiklerinin sosyal hizmet uzmanları ve diğer uygulayıcı tarafından anlaşılması ve bu etkenlerin müdahale planlarını geliştirme aşamasında oluşturulacak yeni stratejilere katkılarının ne olacağının ele alınması” şeklinde özetlenebilir.

5.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın konusu, inmeli hasta ve hastaya bakım verenlerin, inmeden sonra yaşam kalitesini etkileyen sorun alanlarının, hasta ve hastaya bakım verenlerin kişisel yaşantı deneyimlerinden yola çıkarak ifade ettikleri biçimde belirlenmesini içermektedir.

Nitel bir araştırma olarak tasarlanan bu çalışmanın temel amacı ise, inmeli hasta ve bakım verenlerinin yaşam kalitelerini etkileyen sorun alanlarını ekosistem yaklaşımı bağlamında belirlemektir. Bütün hastalıklarda olduğu gibi inmeli hasta ve ailelerine yönelik mikro mezzo ve makro düzeyde sosyal hizmet müdahalelerinin planlanması ve uygulanmasının daha sağlıklı yapılabilmesi için hasta ve ailelerin yaşadıkları zorlukların anlaşılması ve bilinmesi önemlidir. Bu amaçla çalışma hasta ve bakım verenlerinin inme sonrası yaşam kalitelerinin nasıl etkilendiğini belirlemek amaçlı olarak yarı yapılandırılmış soru formu ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak yapılmıştır. Hasta ve bakım verenlerinin fiziksel sağlık ile yaşantılarının fiziksel aktivite, psikolojik, sosyal boyut, tinsel boyut ve ekonomik boyutunu ilgilendiren alanlar incelenmiştir.

5.2.1. Araştırmanın Alt Amaçları

Yukarıda açık amacı belirtilen araştırmanın alt amaçları şu soru cümleleri ile ifade edilmiştir:

1. İnmeli hasta ve bakım verenlerinin sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin bilgileri nasıl bir dağılım göstermektedir?

2. İnmeli hasta ve bakım verenleri genel olarak fiziksel sağlıklarını nasıl değerlendirmektedir?

3. İnmeli hasta ve bakım verenleri ilk inme geçirilen zamanla son 2 haftalık dönemdeki sağlık durumunu nasıl değerlendirmektedir?

4. İnmeli hasta ve bakım verenlerin araştırmanın yapıldığı tarih esas alınarak geriye doğru son iki haftalık dönemde kendilerini en çok rahatsız eden fiziksel sağlık sorunları nelerdir?

5. İnmeli hasta ve bakım verenlerin sağlık durumu günlük aktivitelerini nasıl etkilemiştir?

6. İnmeli hasta ve bakım verenlerin sağlık durumu ile çalışma yaşantısındaki aktiviteleri ve ekonomik durumları nasıl etkilenmiştir?

7. İnmeli hasta ve bakım verenlerin inmeden sonra psikolojik durumunda nasıl değişiklikler olmuştur?

8. İnmeli hasta ve bakım verenlerin inmeden sonra aile içi ilişkilerinde nasıl değişiklikler olmuştur?

9. İnmeli hasta ve bakım verenlerin inmeden sonra sosyal çevredeki insanlarla olan ilişkilerinde nasıl değişiklikler olmuştur?

10. İnmeli hasta ve bakım verenleri inmeden sonra toplumsal hayatta ne gibi sorunlar yaşamıştır?

11. İnmeli hasta ve bakım verenleri inmeden sonra hayattaki amaçları, hayatlarının anlamı ve değerlerinde ne gibi değişikler yaşamıştır?

5.2.2. Araştırmanın nemi

İnme hastalığını konu alan çalışmaların çoğunluğu, fizik tedavi ve fizyoterapi alanında yapılmıştır ve hastalık sürecinin fiziksel boyutunu ele almışlardır. Bu durum hastalık sürecini tanımlıyor olmasına rağmen hastalığın psiko-sosyal boyutunu irdeleme konusunda eksik olunan bir konu olarak karşımıza çıkmıştır. Türkiye’de sosyal hizmet alanında yapılan literatür taramasında inmeli hasta ve aileleri ile ilgili yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bilgi eksikliğinin giderilmesi anlamında

yapılacak her türlü çalışmanın alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarına ve diğer meslek elemanlarına yardımcı olacağı öngörülmüştür. Böylece hasta ve bakım verenlerin sosyal içermesini sağlayarak sosyal işlevselliğini kazanması ve en temelde sağlıklı bir biçimde yaşamaları için katkıda bulunabilecek her türlü çabaya destek ve rehber olması hedeflenmiştir. Bütün bunların yanında bu çalışma ile hasta ve bakım verenlerin hastalık sonrası karşılaştıkları ve yaşam kalitelerini etkileyen sorunlardan nasıl etkilendikleri konusunda tedavi ekibinin dikkatini çekmek umulmuştur. Çalışmada hem inmeli hastanın hem de bakım verenin aynı anda ele alınıyor olması bir başka önemli konudur. Böylece hasta ve bakım verenlerinin süreçten beklentilerinin ve bu bireylerin yaşamının diğer alanlarındaki uğraşlarının neler olabileceği konusunun daha iyi anlaşılabilmesi öngörülmüştür. Bu sayede hem hasta hem de bakım verenlerin psiko-sosyal işlevsellikleri ile birlikte ekosistem bağlamında yaşam kalitelerinde aksayan durumlar ve en çok karşılaştıkları sorunlar ortaya konularak tedavi ekibi için bir bilgi kaynağı oluşturabileceği umulmaktadır. Bununla birlikte hasta ve bakım vericileri ile çalışacak tedavi ekibinin yanında araştırmacı ve uygulayıcıların oluşturacakları yeni müdahale modelleri ile daha etkin çalışma imkânı bulacakları düşünülmektedir. Son olarak ise tüm bu verilerin sonucunda oluşturulacak olan yöntemlerin hiç kuşkusuz toplumun yararına olması ümit edilmektedir.

5.3. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Çalışma, teorik olarak ekosistem bakış açısı doğrultusunda uygulanmıştır. İnme geçiren hasta ile ona bakım verenlerin, inme sonrasında yaşam kalitesini etkileyen fiziksel sağlık algısı ile fiziksel aktivite, psikolojik, sosyal, tinsel ve ekonomik boyutunu ilgilendiren alanlarda bilgi edinme ve anlatıları yolu ile yorumlayarak çözümleyebilme amacıyla nitel araştırmada olgu bilim (fenomoloji) deseni kullanılmıştır.

Nitel araştırma, yorumlayıcı ve anlatı geleneğinden gelerek insanoğlunun kendi yaşam tecrübelerini daha derin anlamayı amaçlar (Krysiak ve Finn 2015). Olgubilim

(fenomoloji) araştırma deseni ile araştırmacı kişinin yaşadığı durumun ana temasını ve anlamını kavramaya çalışırken, konuyla deneyimi olan kişilerle derinlemesine görüşme yapılarak veriler toplanırken, onların yaşam deneyimleri odak haline getirilir (Krysik ve Finn 2015).

5.4. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evreni inmeli hasta ve bakım verenleridir. Çalışma evreni ise Bursa İlker Çelikcan Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesinde 22.11.2017-22.12.2017 tarihleri arasında yatarak tedavi olan 55 hasta ve bakım verenleridir. Araştırma örnekleme ise görüşmeye katılmaya gönüllü olan ve araştırmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan 10 inmeli hasta ve bu hastaların 10 bakım verenidir.

Burada kullanılan örneklem yöntemi ise kapsamlı kavrayış amacı ile amaçlı örneklem yöntemidir. Yani örnekleme katılacak olan kişilerin kasıtlı olarak seçimidir (Krysik ve Finn 2015). Amaçlı örnekleme yönteminin alt başlıkları arasında bulunan ölçüt örnekleme bu çalışmanın örnekleme yöntemi olarak kullanılmıştır. Bu yöntemde önceden belirlenmiş bir dizi durumu karşılayan kişi-durum çalışmaya alınır. Burada sözü edilen ölçütler araştırmacı tarafından oluşturulabilir ya da önceden hazırlanmış bir ölçüt listesi de kullanılabilir (Yıldırım ve şimşek 2016).

Bu araştırmaya katılım için kullanılacak ölçütler ve çalışmaya katılım kriterleri aşağıdaki şekildedir.

1. İnmeli hasta ve bakım verenin 18 yaşından büyük ve kendini ifade edebilecek durumda olması, hastanın tanı olarak “Hemipleji- İnme” tanısı alması
2. Bakım verenin en az 1 ay süre ile hastanın bakımından sorumlu olması,
3. İnmeli hasta ve bakım verenin araştırmaya katılmaya gönüllü olması

5.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmada araştırma konusu belirlendikten sonra ilgili literatür incelenerek çalışmanın ana temalarını oluşturacak kuramsal çerçeve ve katılımcılara uygulanacak olan yarı yapılandırılmış görüşme formunun soruları tespit edilmiştir. Buna göre hasta ve bakım verenlerine yönelik olarak 2 adet kapalı uçlu “Hasta İçin Tanıtıcı Bilgi Formu ve Bakım Veren Birey İçin Tanıtıcı Bilgi Formu” ile 2 adet “Hasta İçin Hastalık Sonrası Yaşam Kalitelerini Etkileyen Sorun Alanlarına Yönelik Yarı Yapılandırılmış Soru Formu” kullanılmıştır. Ayrıca “Bakım Veren Birey İçin Hastalık Sonrası Yaşam Kalitelerini Etkilen Sorun Alanlarına Yönelik Yarı Yapılandırılmış Soru Formu” hazırlanmıştır. Soruların uygunluğu her bir örnekleme uygun seçilen hasta ve bakım veren olmak üzere birer kişi ile görüşülerek denenmiştir. Çalışmada hasta ve bakım verenleri ile görüşmeler tamamlandıktan sonra elde edilen ses kayıtları metin haline dönüştürülmüş ve belirlenmiş olan ana temalar oluşan alt temalara göre yeniden düzenlenmiştir. 22.11.2017 tarihinden itibaren başlanan çalışmanın verileri bir ay içinde toplanmıştır. 213 sayfa veri seti elde edilmiştir. Etik kurul onayı, Celal Bayar Üniversitesi Etik Komisyonu'nun 13.06.2017 tarih ve 25495 sayılı kararı ile alınmıştır. Görüşmelere katılmaya gönüllü olanların tamamına gönüllü onam formu imzalatılmıştır.

5.6. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ

Araştırmanın verileri samimi bir ortam yaratılarak, kişilerin kendilerini rahat ifade edebilmelerinin sağlanması ve soruların net bir şekilde anlaşılması için yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Stewart ve Cash (1985) görüşme tekniğini daha evvel belirlenmiş, amacı olan, karşılıklı ve etkileşimli bir sürecin soru-cevap şekline dayalı bir iletişim türü olarak anlatır (Akt: Yıldırım ve Şimşek 2016). Bu anlamda İnme Etki Ölçeği 0,3 ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form 36 ölçeklerinde yer alan alt boyutlar referans olarak kullanılmıştır. Böylece hazırlanan

yarı yapılandırılmış soru formları kullanmıştır. Yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutları referans alınarak hazırlanan formları şu şekilde sıralayabiliriz;

- Hasta İçin Tanıtıcı Bilgi Formu
- Bakım Veren Birey İçin Tanıtıcı Bilgi Formu
- Hasta İçin Hastalık Sonrası Yaşam Kalitesini Etkileyen Sorun Alanlarına Yönelik Yarı Yapılandırılmış Soru Formu.
- Bakım Veren Birey İçin Hastalık Sonrası Yaşam Kalitesini Etkileyen Sorun Alanlarına Yönelik Yarı Yapılandırılmış Soru Formu.

Çalışmaya katılacak olan hasta ve bakım verenleri ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Yapılan görüşmeler kayıt altına alındıktan sonra sorulan sorulara verilen cevapların temalarına odaklanılmıştır. Görüşmeler kayıta yaşanabilecek aksaklıklar düşünülerek eş zamanlı olarak iki ses kayıt cihazı ile kaydedilmiş ve daha sonra araştırmacı tarafından yazılı metin haline dönüştürülmüştür. Görüşmeye katılan hasta ve bakım verenler yapılan görüşme sırasına göre 1 den 10'a kadar numaralandırılmış ve isimleri yerine kodlamalar yapılmıştır. İnmeli hastalar kullanılan kod "H" iken bakım verenler için ise "BV" şeklindedir.

5.6.1. Hasta ve Bakım Veren Birey İçin Tanıtıcı Bilgi Formu İçeriği

"Hasta ve Bakım Veren Birey İçin Tanıtıcı Bilgi Formunda", "Hasta ve bakım verenin Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Bilgilerine Göre Dağılımı" incelenmiştir. Buna göre; hasta formunda cinsiyet, yaş, medeni hal, eğitim durumu, meslek, aylık gelir düzeyi ve sosyal güvence durumu sorularının yanı sıra hastalıkla ilgili olan; inme tipi, inmenin beynin hangi tarafını etkilediği, ne kadar süre olduğu ve kendisini kimin desteklediği tedavi süresi, tedavi şekli, kaç kez felç geçirdiği, hastalığı ile ilgili olarak kimden destek aldığı sorulmuştur Bakım veren formunda ise cinsiyet, yaş, medeni hal, eğitim durumu, meslek, aylık gelir düzeyi ve sosyal güvence durumu soruları yer almıştır. Ayrıca hasta dışında bakım vermek zorunda kaldığı bir başka kişinin olup olmadığı, hastayla ilgili olarak kimden destek aldığı, bakım konusunda en çok hangi konuda destek aldığı ve bakım konusunda en çok

zorlandığı konular sorulmuştur. Araştırmacı tarafından geliştirilen formda herhangi bir kimlik bilgisi istenmemektedir

5.6.2. Hasta ve Bakım Veren Birey İçin Hastalık Sonrası Yaşam Kalitelerini Etkileyen Sorun Alanlarına Yönelik Yarı Yapılandırılmış Soru Formu İçeriği

Araştırma için hazırlanan yarı yapılandırılmış soru formu, İnme Etki Ölçeği 0,3 ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form 36'da yer alan alt boyutlar referans alınarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Kısa Form-36 yaşam kalitesini değerlendirmek için kullanılan jenerik bir ölçektir. Hastaların kendilerini değerlendirdikleri toplam 36 maddelik 8 alt bölümden oluşur. Bu alt bölümler fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık, mental sağlık, canlılık, sosyal fonksiyon, fiziksel ve emosyonel rol kısıtlılığıdır (Koçyiğit ve ark. 1999). İnme Etki Ölçeği 0.3 ise kuvvet, düşünce ve hafıza, ruhsal ve duygusal durum, iletişim, günlük aktivite, ev içi ve toplumsal aktivitelerdeki beceri, fiziksel beceri, el becerisi, hayatın anlamı ve amacı konularını içeren inme sonrası yaşam kalitesinin hastaların kendileri veya bakıcıları tarafından algılanmasını değerlendirmeyi amaçlayan bir ölçektir ve 8 alt bölüm ve 59 sorudan oluşur (Özmaden Hantal ve ark. 2014). Çalışmada kendisine yer bulan boyutları belirlerken kuramsal çerçeveden de faydalanılmış ve bu boyutlar analiz sürecinde ana tema olarak belirlenmiştir. Bu ana temalar ise fiziksel sağlık boyutu, fiziksel aktivite boyutu, psikolojik boyut, sosyal boyut, tinsel boyut ve ekonomik boyuttur.

5.7. ANALİZ YÖNTEMİ

Bu çalışmada betimsel analiz yöntemi kullanılmıştır. Betimsel analiz; "Elde edilen verilerin daha önceden belirlenen temalara göre özetlenip yorumlandığı, görüşülen bireylerin görüşlerinin çarpıcı bir biçimde yansıtmak amacıyla sık sık doğrudan alıntılarının kullanıldığı ve elde edilen sonuçların neden- sonuç ilişkileri çerçevesinde yorumlandığı analiz tekniğidir. Bu tür analizde amaç elde edilen

bulgular düzenlenmiş ve yorumlanmış halde okuyucuya sunmaktır” (Yıldırım ve Şimşek 2016). Betimsel analizin aşamalarından ilkinde göre, araştırma soruları ve araştırmanın ilk bölümünde yer alan kuramsala bağılı olarak bir çerçeve oluşturulmuştur. Buna göre İnme Etki Ölçeği 0,3 ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form 36’da yer alan alt boyutların referans alınarak araştırmacı tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formunun alt boyutları ile kuramsal çerçevede yer alan bilgiler doğrultusunda ana temalar oluşturulmuştur. Çalışmamızda kullandığımız yaşam kalitesinin alt boyutları fiziksel sağlık, fiziksel aktivite boyutu, psikolojik boyut, sosyal boyut, tinsel ve ekonomik boyuttur. Bu alt boyutlara göre ana temalar oluşturulmuştur. Betimsel analizin ikinci aşamasına göre yapılan görüşme kayıtları yazılı metin haline getirilmiştir. Buradan elde edilen veriler okunarak ana temalarla bağlantılı olarak mantıklı bir şekilde düzenlenmiş ve alt temalara ulaşılmıştır.

Araştırmanın amacı doğrultusunda hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formları ile inmeli hasta ve bakım verenleri ile görüşme yapılmıştır. Bu görüşmeler neticesinde elde edilen bulgular literatür taraması sırasında ana tema olarak oluşturulan fiziksel sağlık, fiziksel aktivite boyutu, psikolojik boyut, sosyal boyut, tinsel ve ekonomik boyut pencerelerinden ele alınarak analiz yapılmaya çalışılmıştır. Alt temalar ise katılımcıların görüşmelerine ilişkin olarak kullandıkları benzeşik ifadelerden yola çıkarak oluşturulmuştur. Katılımcılar benzeşik ifadeleri vurguladıkları cümleler MAXQDA programında oluşturulan kodlamaların altına yerleştirilerek kod matris analizi ile görünür hale getirilmiştir. Bu anlamda hasta ve bakım verenlerin görüşme içerikleri ayrıntılı olarak okunarak hangi alt temada hangi benzeşik ifadeler kullandıkları tespit edilmiştir. Ardından hastanın alt temada yer alan benzeşik ifadeleri ile birlikte içinde geçtiği cümle MAXQDA programına yerleştirilerek hasta ve bakım verenlerin benzeşik ifadelerine göre yaptıkları vurgulama sayısı da tespit edilerek inmeli hasta ve bakım verenlerin kullandıkları ifadeler sayılmıştır. Kod Matris analizi ile oluşan çizelgede hasta ve bakım verenlerin kullandıkları benzeşik ifadeler, kimin hangi benzeşik ifadeye kaç vurgu yaptığı görünür hale gelirken, çalışılan alt temaya toplam kaç vurgu yaptıkları da tespit edilmiştir. Görüşmelerden 213 sayfa veri elde edilmiştir. Böylece görüşme esnasında fark edilmeyen vurgulama, ses tonu ya da tematik ilişkilerin anlamları yakalanmaya çalışılmıştır. Üç aşamada belirlenen temalara göre veriler desteklenerek tanımlanmış

ve gerekli yerlerde doğrudan alıntılarla desteklenmiştir. Bulguların yorumlanması olan dördüncü aşamada ise elde edilen bulgular açıklanıp, ilişkilendirilmiş ve anlamlı hale getirilmiştir.

5.8. SAYILTILAR

- Araştırmaya katılan kişilerin görüşmede sorulara samimi içten ve dürüst cevap verdiği varsayılmıştır.
- Araştırmada kullanılan yarı yapılandırılmış görüşme formunun araştırmanın amacına yönelik veriler toplama bakımından uygun olduğu varsayılmıştır.

5.9. SINIRLIKLAR

- Bu araştırma, Bursa İlker Çelikcan Fizik Tedavi Rehabilitasyon Hastanesi'nde görüşmelere katılabilecek kadar fiziki ve iletişim becerilerine sahip inme hastalarının ve bakım verenlerinin verileri ile sınırlıdır.
- Bu araştırma Kasım 2017- Aralık 2017 tarihleri arasında toplanan veriler ile sınırlıdır.
- Bu araştırma, hasta ve bakım verenlerin yaşam kalitesini etkileyen sorun alanlarını belirlemek için kullanılan yarı yapılandırılmış soru formunda bulunan sorular çerçevesinde sınırlıdır.
- Çalışmada ses kayıt cihazı ile kaydedilen görüşmeler yazılı metne dönüştürülmüştür. Bu nedenle tonlama, vurgulama gibi sözsüz duygu ifadelerini araştırmacı dikkate almış olsa bile, bu metin kapsamında okuyucuya aktarmada sınırlı kalınmıştır.

6. BULGULAR

Bu çalışma kapsamında iki örneklem kümesinden toplanan veriler, İnmeli Hasta ve Bakım Verenlerin İnmeden Sonra Yaşam Kalitesini Etkileyen Sorun Alanlarının Belirlenmesi: Bursa Örneği 'inden yola çıkarak analiz edilmiştir. Bulgular bölümünde inme hastalarını ve bakım verenlerini tanıttıcı sosyo-demografik bulgular aktarılmış ve nitel çalışmaya dayandırılarak oluşturulan temaların analizi yapılmıştır.

6.1. İNMELİ HASTA VE BAKIM VERENLERİN SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE HASTALIĞA İLİŞKİN BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde inmeli hasta ve bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri ve inme hastalığına ilişkin bir takım bilgilere yer verilmiştir.

6.1.1. İnmeli Hastaların Sosyo-Demografik Yapısı ve Hastalığa İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan 10 inmeli hastanın yaşları 50 ile 70 arasındadır ve üçü kadın yedisi erkektir. Hastaların tümü evli ve çocuk sahibidir. Eğitim durumu incelendiğinde 2 hastanın okur-yazar olmadığı, 6 hastanın ilkokul, 2 hastanın da ortaokul mezunu olduğu görülmüştür. Hastalardan 8'i hasta emekli, 2'si ise ev hanımıdır. Çalışmada gelir ve gider durumları araştırılmış ve 6 hastanın geliri ile giderinin eşit, 4 hastanın gelirinin giderinden az olduğu anlaşılmıştır. Tümünün sosyal güvencesi vardır. Hastalık süreleri bakımından ele alındığında ise, üç ay ile beş yıl arasında bir zamanı kapsadığı anlaşılmıştır. İnme tipi bakımından dağılım incelendiğinde sekiz hastanın damarının pıhtı ile tıkanması ve iki hasta ise beyin kanaması sonucunda rahatsızlık yaşamıştır. Bu durum literatür araştırmaları ile paraleldir. Dokuz hastanın vücudunun sol tarafı, bir hastanın ise sağ tarafı etkilenmiştir. Hastaların tamamı bakım desteğini aile bireylerinden aldıklarını ifade etmektedir. Çalışma sonucunda elde edilen bulgular Tablo 2'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo 2: İnmeli Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Hastalığa İlişkin Bilgilerine Göre Dağılımı

	H-1	H-2	H-3	H-4	H-5	H-6	H-7	H-8	H-9	H-10
Yaş	66	59	50	56	69	70	62	64	66	63
Cinsiyet	K	E	E	K	E	K	E	E	E	E
Medeni Durum	EVLİ	EVLİ	EVLİ	EVLİ	EVLİ	EVLİ	EVLİ	EVLİ	EVLİ	EVLİ
Çocuk Sayısı	1	2	3	3	2	3	2	2	3	3
Eğitim Durumu	İlk Okul	İlk Okul	İlk Okul	Okur yazar değil	Orta okul	Okur yazar değil	İlk Okul	İlk Okul	İlk Okul	Orta okul
Meslek	Emekli	Emekli	Emekli	Ev hanımı	Emekli	Ev hanımı	Emekli	Emekli	Emekli	Emekli
Ekonomik Durum	Gelir gider eşit	Gelir gider eşit	Gelir Giderden az	Gelir Giderden az	Gelir Giderden az	Gelir Giderden az	Gelir gider eşit	Gelir gider eşit	Gelir gider eşit	Gelir gider eşit
Sosyal Güvence	Var	Var	Var	Var	Var	Var	Var	Var	Var	Var
Hastalık Süresi	2 yıl	3 yıl	1.5 yıl	5 yıl	11 ay	10 ay	1 yıl	4 yıl	5 yıl	3 ay
İnme Tipi	Pıhtı	Pıhtı	Kanama	Pıhtı	Kanam	Pıhtı	Pıhtı	Pıhtı	Pıhtı	Pıhtı
Beyinin Etkilendiği Taraf	Sol	Sağ	Sol	Sol	Sol	Sol	Sol	Sol	Sol	Sol
Bakım Desteği Aldığı Kişise	Eşi	Eşi	Eşi	Oğlu	Kızı	Kızı	Eşi	Eşi	Eşi	Eşi

(N=10)

6.1.2. Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Bakım Veren Olma Durumuna İlişkin Bulgular

Çalışmamıza katılan 10 inmeli hastaya bakım verenin yaş aralığı 26 ve 64 arasındadır (Ortalama yaş 50,6'dır) ve sekizi kadın ikisi erkektir. Bakım verenlerin sekizi evli ve çocuk sahibi, ikisi de bekârdır. Eğitim durumları incelendiğinde bakım verenlerden dördünün ilkokul, beşinin ortaokul, birinin üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Bakım verenlerden ikisi işsiz, biri memur, biri işçi ve altısı ev hanımıdır.

Gelir durumları ele alındığında altı bakım veren gideri ile gelirinin eşit olduğunu belirtirken, dördü ise gelirinin giderinden az olduğunu ifade etmiştir. Hepsinin sosyal güvencesi vardır. Bakım verenlerden yedisi hastanın eşi, ikisi kızı, biri ise oğludur. Hastalara bakım verme süreleri bakımından ele alındığında ise üç ay ile beş yıl arasındadır. Bakım verenlerin hepsi hasta ile birlikte yaşamaktadır. Bakım verenlerin altısı sadece hastaya, ikisi ise hastanın yanı sıra anne babalarına da bakmakta, biri torunu, biri ise çocuğu ile de ilgilenmektedir.

Bakım verenlerin, bakım konusunda destek aldıkları kişiler değerlendirildiğinde beşi aileden, biri komşudan destek aldığını söylerken biri ise hiç kimseden destek almadığını belirtmiştir.

Bakım verenlerin bakım verme konusunda zorlandıkları alanlar sorgulandığında, ikisi iletişim, biri giyinme, biri hem giyinme hem temizlik, ikisi tuvalet, biri hem tuvalet hem hareket ettirme, biri temizlik, biri ise giyinme, hareket ve temizlik konusunda zorluklar yaşadıklarını dile getirmişlerdir. Çalışma sonucunda elde edilen bulgular Tablo 3’de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo 3: Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Bakım Veren Olma Durumuna İlişkin Bilgilerine Göre Dağılımı

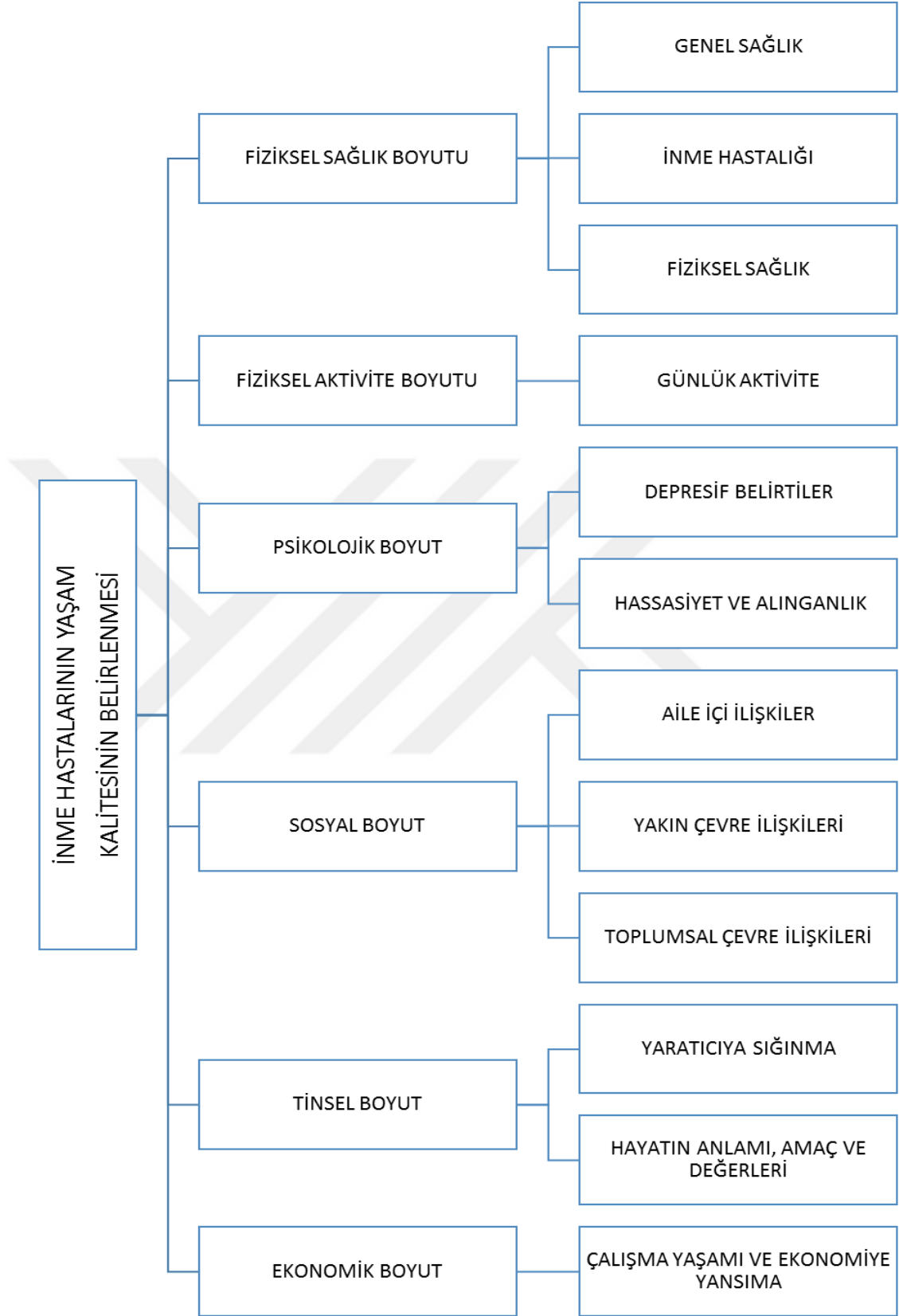
	BV-1	BV-2	BV-3	BV-4	BV-5	BV-6	BV-7	BV-8	BV-9	BV-10
Yaş	65	50	43	26	31	40	60	63	64	64
Cinsiyet	E	K	K	E	K	K	K	K	K	K
Medeni Durum	Evli	Evli	Evli	Evli	Bekar	Bekar	Evli	Evli	Evli	Evli
Çocuk Sayısı	1	2	3	1	0	0	2	2	3	3
Eğitim Durumu	Orta Okul	İlk Okul	Orta Okul	Orta Okul	Üniversite	İlk Okul	Okur Yazar	İlk Okul	İlk Okul	Orta Okul
Meslek	İşsiz	İşçi	Ev H.	İşsiz	Memur	Ev h.	Ev H.	Ev H.	Ev H.	Ev H.
Ekonomik Durum	Gelir Gidere Eşit	Gelir Gidere Eşit	Gelir Giderden Az	Gelir Giderden Az	Gelir Giderden Az	Gelir Giderden Az	Gelir Gidere Eşit	Gelir Gidere Eşit	Gelir Gidere Eşit	Gelir Gidere Eşit
Yakınlık Derecesi	Eş	Eş	Eş	Oğul	Kızı	Kızı	Eş	Eş	Eş	Eş
Hasta ile Birlikte Yaşama Durumu	Birlikte	Birlikte	Birlikte	Birlikte	Birlikte	Birlikte	Birlikte	Birlikte	Birlikte	Birlikte
Başka Kimseye Bakım Verme Durumu	Yok	Yok	Yok	Çocuğuna	Yok	Yaşlı babası	Yok	Torun	Yaşlı annesi	Yok
En Çok Kimden Destek Alıyor	Kızı	Komşu	Yok	Aile	Hekimler	Aile	Aile	Aile	Aile	Aile
Bakım Verme Süresi	2 Yıl	5 Yıl	1,5 Yıl	5 Yıl	11 Ay	10 Ay	1 Yıl	4 Yıl	5 Yıl	3 Ay
Hangi Konuda Destek Aldığı	Maddi Destek	Bakım Desteği	Yok	Maddi Destek	Bakım Desteği	Bakım Desteği	Bakım Desteği	Bilgi ve Bakım Desteği	Bakım Desteği	Maddi
Bakım Vermede Zorlandığı Alan	İletişim	İletişim	Giyinme Temizlik	Giyinme	Hareket tuvalet	Tuvalet	Tuvalet	Yok	Temizlik	Giyinme Hareket Temizlik

(N=10)

6.2. İNMELİ HASTANIN İNME DEN SONRA YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN SORUN ALANLARI

Araştırmanın amacı doğrultusunda hazırlanan yarı yapılandırılmış soru kâğıtları ile inmeli hastalarla yapılan görüşmeler neticesinde elde edilen bulgular aşağıdaki şekilde oluşturulan ana tema başlıkları altında ele alınmıştır. Bunlar fiziksel sağlık, fiziksel aktivite boyutu, psikolojik boyut, sosyal boyut, tinsel ve ekonomik boyut ile ilgili alanları kapsayacak şekildedir. Kuramsal bilgi ve yapılan görüşmeler neticesinde oluşturulan ana temalara katılımcıların kullandıkları benzeşik ifadelerden yola çıkarak alt temalar ayrılmış ve aşağıdaki şekilde kod diyagramı oluşturulmuştur. Ayrıca inmeli hastalara bu araştırmada yer verilebilecek soru önerilerinin yer aldığı bir alt başlık da bu çalışmada incelemeye alınmıştır. Hastaların yaşam kalitelerinin nasıl etkilendiği ile ilgili verdikleri cevaplardan yola çıkılarak kullandıkları benzeşik ifadeleri ve bu ifadelere yapılan vurgu sayıları ile çizelge haline getirilerek bulgular görselleştirilmiştir.

Şekil 1. İnmeli Hasta İnmeden Sonra Yaşam Kalitesini Etkileyen Sorun Alanları Kod Diyagramı



6.2.1. İnmeli Hastanın İnmeden Sonra Yaşam Kalitesini Etkileyen Fiziksel Sağlık Sorunları İle İlgili Bulgular

Hastalık kişinin uyumunu bozarak dengesini sarsar. Hastalık sebebiyle kişi gelecek planlarını ve günlük aktivitelerini ne kadar çok değiştirmek zorunda kalıyorsa o kadar çok sorunla baş başa demektir. Bu sorunlar hastalık sürecine uyum sağlama çabalarından kişinin ruhsal durumundaki bozulmalara kadar gidebilir. Hastalar değişen durumlarına farklı özellik ve farklı sürelerde uyum sağlamak zorunda kalırlar ve yeni bir yaşam planlamaları gerekir (Mete 2008).

İnme konusunda yapılan araştırma ve literatür incelendiğinde çalışmaların birbirine benzer olduğu ve fiziksel fonksiyonlarda oluşan değişimleri ele aldığı görülmüştür. Fakat zamanla inme sonrası iyileşmenin sadece fiziksel fonksiyonlardaki iyileşme ile ölçülemeyecek kadar çok boyutlu olduğu ortaya konmuştur (Hafsteinsdo'ttir ve Grypdanck 1997). Bu konuda açıklama yapılacak olursa; fiziksel sağlık sadece hastalığın doğrudan semptomlarını kapsar, işlevsel sağlık ise kişinin kendine bakma yeteneğini ve fiziksel aktivasyonlarını yerine getirme düzeyini ele alır. Psikolojik sağlık, kişinin bilişsel ve duygusal durumu ile kişinin kendi genel sağlığını algılama durumu ile ilgilidir. Psikolojik sağlık, kişinin bilişsel ve duygusal durumu ile kendi genel sağlığını algılamasıyla ilgilidir. Bununla birlikte psikolojik unsurların içerisine kişinin hayatından tatmin olma seviyesi ve mutluluğu da girer. Bireyin sosyal çevresi ve kişiler arası ilişkilerini kapsayan fonksiyonları ise sağlığın sosyal fonksiyonları ile ilişkilidir (Öztürk ve ark. 2002). Buna paralel olarak araştırmacılar fiziksel sağlığın yanında inme hastalarının psikolojik ve sosyal iyiliğini ele gerektiğini böylece inmeli hastanın yaşamını kapsayan tüm çabaları kapsamaması gerektiğini ifade eder (Hafsteinsdo'ttir ve Grypdanck 1997).

Bu çalışmada hastaların genel sağlık durumlarına ilişkin görüşlerini değerlendirmek için hastalara fiziksel sağlık boyutu ana temasının altında genel sağlık durumu, inme hastalığı ve son iki haftalık dönemde fiziksel sağlık durumları ile ilgili görüşlerine yönelik sorular yöneltilmiştir. Verilen cevaplar incelenerek alt temalar oluşturulmuştur. Yapılan analiz neticeleri ise aşağıdaki şekilde çizelgelerle birlikte açıklanmıştır.

Çizelge 1. İnmeli Hastanın İnmeden Sonra Genel Sağlık Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım

	H-1	H-2	H-3	H-4	H-5	H-6	H-7	H-8	H-9	H-10	TOPLAM
İyi	0	0	0	0	2	1	2	2	0	1	8
Kötü	2	3	3	2	0	1	0	0	4	0	15

Çizelge-1’de inmeli hastanın inmeden sonra genel sağlık durumu ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Yapılan çalışmada hastaların genel sağlık durumları ile ilgili olarak hastaların kendisinin görüşleri ele alındığında yoğunlukla “iyi” ve “kötü” benzeşik ifadelerle vurgulandığı görülmektedir. Çizelge-1 incelendiğinde beş hasta kendi sağlık durumunu iyi olarak değerlendirirken altı hasta ise kötü olarak vurgulamıştır. Konuyla ilgili olarak kullandıkları benzeşik ifadelerin sayısı ise çizelgede yer bulmuş böylece hangi hastanın konuyla ilgili benzeşik ifadeye kaç vurgu yaptığı görünür hale gelmiştir. Verilen cevaplar değerlendirildiğinde bir hasta genel sağlık durumunu değerlendirirken hem iyi olduğuna hem de kötü olduğuna vurgu yapmıştır. Bu durum hastanın sağlık durumunun ilk inme geçirilen zamana göre iyi olarak değerlendirilmesinin yanında, tam olarak işlevsel olmayan uzuvlara vurgu yapması ile açıklanabilir.

İnme yaşam kalitesi açısından ele alındığında önemli paradigmalardan bir tanesi sağlıkla ilgili bölümü oluşturur (Patel ve ark. 2006). İnsanların mutlu, başarılı ve kaliteli bir hayat geçirmelerinde sağlık durumları önemli bir göstergedir. Algılanan sağlık bu göstergelerden biridir ve genellikle bu göstergelerde kullanılan bir durumdur. Algılanan sağlık kişinin kendi sağlık durumunu kendine göre değerlendirmesine dayanır. Aslında bu durum sağlığın çok boyutlu olduğunu bize tekrar yansıtır. Buna göre kişi biyolojik, ruhsal ve sosyal durumunu kendi algısı ile değerlendirerek bizlere basit ama güçlü bir bilgi vermiş olur. Hastalara yöneltilen bu tek soru ile algılanan sağlık aslında sağlıkla ilgili birçok durumun ilişkisini ortaya koyar (Erengin ve Dedeoğlu 1997). Bu bağlamda kişinin kendi değerlendirmesi ile oluşan genel sağlık algısının ele alındığı genel sağlık durumu alt teması altında

hastaların verdikleri cevaplar ile genel sağlık algısına yönelik bulgular olmakla birlikte fiziksel, ruhsal ve sosyal çeşitliliği anlatır durumdadır. Örneğin;

H-1; *“Kafamdan hiç gitmiyor, sürekli bunu düşünüyorum, hep hastalığımı düşünüyorum, gitmiyor kafamdan, hep bunu düşünüyorum”*,

H-3; *“Felç olduktan sonra hayatım alt üst oldu. Yarım bir insanım”* derken,

H-4 ;*“Hiç iyi değil, her şeyden mahrum, ızdırap çekiyor gibisin. Her şeyden mahrum”* diye cevap vermiştir.

Görüldüğü üzere burada hastaların sağlık durumunun değerlendirmeleri sadece bedensel aktiviteler şeklinde değil, biyolojik ve ruhsal durumunu nasıl etkilediğini anlatacak şekildedir.

Bunun yanında 10 hastadan 5’i durumlarını iyi olarak algıladıklarını ifade etmişlerdir. Örneğin;

H-5 ;*“Benim sağlığım iyi. Ayaklarım da iyiye gidiyor. Kendim yürümeye başladım yani. Ee gelişme var”*

H-6 ;*“İyiyim iyiyim. Hani öyle başka ağrım acım yok. Sağlık bir şeyim yok. Allah'a yalan söylemeyim şimdi. Yalnız bir dizlerim işte gendi gendimi toparlamayom”*.

H-7; *“Sağlık durumum yani normal, bir ihtiyaçtan(tuvalet) başka sorun yok. İhtiyaç sorun oluyor.”* şeklinde ifade ederken,

H-8 *“Ben iyi görüyorum, herkese nazaran ben kendimi daha iyi görüyom.”* şeklinde cevaplamıştır.

H-10 ;*“Bence şu anda gayet iyi, elimin ayağımın tutmaması dışında her şey güzel, bir sıkıntı yok.”*

Ayrıca H-2 ve H-9 ise hastalıklarında ciddi bir iyileşme olmadığını ifade etmişlerdir.

Hastaların verdikleri cevaplar tekrar gözden geçirildiğinde H-1, hastalığın ruhsal boyutuna, H-3 ve H-4 hastalığın hem ruhsal hem de sosyal boyutuna vurgu yapmışlardır. H-2 ve H-9 ise hastalıklarında herhangi bir iyileşme olmadığını vurgu yaparak daha çok fiziksel yönden ele almışlardır. Geri kalan hastalar ise genel sağlık durumlarının iyi olduğuna ifade ederken yine ağırlık olarak fiziksel durumlarını ele almışlardır. Buna paralel olarak Patel ve Arkadaşlarının (2006) yapmış olduğu

araştırmada hastaların engellilik ve fiziksel sağlıkla ilgili algıları yaşam kalitesi ile ilişkileri inmeden sonra üç yıla kadar incelenmiştir. Buna göre çalışmaya katılan hastaların kendi fiziksel sağlıkları ile ilgili algılarının düşük olduğu ortaya konmuştur (Patel ve ark. 2006).

Görüşmeler sırasında inmeli hastaların el-ayak işlevsellik durumunu diğer sağlık sorunlarının önünde tuttıkları gözlemlenmiştir.

Çizelge-2. İnmeli Hastanın İnmeden Sonra Hastalığının Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.

	H-1	H-2	H-3	H-4	H-5	H-6	H-7	H-8	H-9	H-10	TOPLAM
Yarı Bağımlı	1	2	1	2	2	3	5	5	3	1	25

Çizelge-2’de inmeli hastanın inmeden sonra hastalığının durumu ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Görüşmelerde hastalar inme hastalığı durumlarına ilişkin olarak görüşlerini dile getirdiklerinde “yarı bağımlı olma” ifadesini içerecek şekilde benzeşik ifadelerde bulunmuşlardır. Bu vurgulamada hastalar tam olarak kendi ihtiyaçlarını gidermeseler de özellikle ev içinde olmak üzere kendi ihtiyaçlarının bir kısmını yerine getirebilmektedirler. Bunlar yardımsız oturma, tuvalete gidip gelme ya da yemek yeme şeklinde olan faaliyetlerdir. Ancak ev dışında bağımsız hareket edebilme ya da ince motor aktivitelerini gerektiren işlevler ile kol ve bacaklarda olan hareket kısıtlılığı hastalar için bağımlı olmada en önemli ölçüttür.

İnme insanların fiziksel becerilerini kısıtlayan bir hastalıktır ve hastanın yaşamında birçok değişiklik meydana getirmektedir. Bunun yanında yetişkinlerde nörolojik hastalıklar içinde ölüm ve sakatlığa neden olma açısından da ilk başta yer alan bir hastalıktır (Koç 2012). İnme hastalarının neredeyse % 65’i günlük yaşam aktiviteleri için bir yardımcıya ihtiyaç duymaktadır (Luker ve ark. 2017). İnmeden sonra hastaların işlevsel durumları şu şekilde etkilenebilmektedir. Beynin sağ tarafından gelen hastalık sol tarafı etkilemekte ve bu tarafta felç ya da güçsüzlük, görmede bozukluk, uzaysal algıda bozukluk, çabuk ve ani davranışlar, karar verme

güçlüğü, hafıza bozukluğu yapar. Beynin sol yanında bozukluk meydana geldiğinde vücudun sağ tarafı etkilenir ve sağ tarafta felç ve güçsüzlük görülebilir. Sağ tarafta görmede bozulma, konuşma bozukluğu yaparken kişinin hareketlerinde yavaşlama meydana gelebilir. Kişinin entelektüel becerilerinde yetersizlikler oluşabilir. Bu sebeple kişide gerginlik ve depresyon görülebilir (Karadakovan ve Aslan 2010).

Gövdeyi vücudun merkez noktası olarak ele alırsak proksimal (ani) gövde kontrolü, kol ve bacakların hareketi denge sağlanması ve işlevsel aktivitelerin yapılmasını sağlayan noktadır. Gövdenin kontrollü hareketiyle, statik ve dinamik duruşu bedenın dik durmasını ve kişinin seçtiği hareketleri yapmayı sağlar (Doğru 2014). İnmeli hastaların ve sağlıklı kişilerin kas kuvveti ve performansları karşılaştırıldığında kronik inmeli hastaların sağlıklı kişilerde olan gövde kası performansında azalma olduğu görülmüştür (Quintino ve ark. 2017).

Çalışmada yukarıda anlatılan bilgilerle paralel olacak şekilde inme geçiren hastaların hemen hemen hepsi ilk inme geçirdikleri zaman oturamadıklarını, konuşamadıklarını, hareket edemediklerini, tuvalet ihtiyaçlarını gideremediklerini, kendi kendilerine beslenip kendi ihtiyaçlarını gideremediklerini ifade etmişlerdir. Ancak hastaların inme hastalığını geçirdikleri ilk dönemleri ve son dönemleri ile ilgili olarak inme hastalık durumlarının algıları genelde daha çok ilk inme geçirdikleri zamanla yapılan kıyaslamalar ile iyi ve işlevsel olduklarına yöneliktir. Örneğin;

H-3; “*Şu an eskiye nazaran çok iyiyim yani. İhtiyaçlarımın bir kısmını giderebilirim. En azından tuvalet ihtiyacını gidereyim evimin içinde. Hani ihtiyaçlar önemli, bir üçte birini ben giderim üçte birini eşim gideriyor öyle diyeyim yani başka da bi tabii zamanla iyi olacağım ama zaman gösterecek belki bunu. Sıfır olmam kötünün bir iyisi olacağım. Sıfır olmam da biliyorum ama kötünün bir iyisi olacağım*”.

H-4; “*Çok iyiyim yani şu anda, her şeyim de iyiyim yani dört dörtlüğüm yani. İlk zamanlar hiç ben düzeleceğim, burada olacağım için hiç ümidim yoktu. Ben hatta dedim ben böyle kalırım. Hiç dedim yataktan kalkamam. Şu anda Allah'ıma çok şükür ya ihtiyacım yok kendi ihtiyacımı görüyorum. Evde işimi görüyorum evin içinde elim çalışsa evin işini dört dörtlük yaparım yani.*”

H-5; “ İlk zamanlar parmaklarım zor oynuyordu, şimdi Allah'a şükür ayağa kalktım. İyi kötü yürüyebiliyorum, işimi görebiliyorum şimdi.”

H-7; “Oturamıyodum konuşamıyodum,.. Burundan besliyorlardı beni.”

H-9; “O zaman yapamadığımı şimdi yapıyorum, o zaman turşu gibi oturuyordum. Şimdi hiç yoksa oturabiliyorum, kalkabiliyorum, gezebiliyorum dediysem bastonla gezebiliyorum evin içinde kendi işimi görebiliyorum.”

Görüşmeler sırasında hastaların “yarı bağımlılık” ifadesi aslında ne kadar çok yol kat ettiklerini anlatmaya yarayan bir ifade olarak karşımıza çıkmıştır. Tam bağımlı olma durumundan geldikleri nokta hasta ve bakım veren için ciddi bir ilerlemedir. Bu sebeple hastalar genelde halen birçok hareketi yapmakta zorlanmasına, ihtiyaçlarını karşılamak için bir başkasının yardımına ihtiyaç duymasına rağmen kendi durumlarını daha iyi olarak tanımlamışlardır. Yapılan bu vurgu hastalığın ilk aşamasında ne kadar sarsıcı olabildiğinin de kanıtı olarak karşımıza çıkmıştır. Aynı zamanda bu durum hastanın daha işlevsel olma yönünde başarı kaydetmesinin yanında hastanın inme hastalığı nedeni ile oluşan yeti yitimlerinden ziyade, yapamadığı değil de yapabildiği işlevler üzerinde daha çok duruyor olmasından kaynaklanabileceği şeklinde düşünülmüştür.

Çizelge-3. İnme Hastasının Son İki Haftalık Dönemdeki Fiziksel Sağlık Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.

	H-1	H-2	H-3	H-4	H-5	H-6	H-7	H-8	H-9	H-10	TOPLAM
İyi	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	4
Kötü	1	5	3	1	0	0	2	0	3	0	13

Çizelge-3’de inme hastasının son iki haftalık dönemdeki fiziksel sağlık durumu ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Görüşmelerde hastalar kendilerinin son iki haftalık dönemde fiziksel sağlıkları ile ilgili durum değerlendirmesi yaptığında “iyi” ve “kötü” ifadelerini içerecek şekilde benzeşik ifadelerde bulunmuşlardır. Fiziksel durumunu iyi olarak değerlendirenler inme dışında herhangi bir hastalık olmamasını

ve işlevsellikle ilgili ilerleme durumunu göz önünde bulundurmuşlardır. Bunun yanında değerlendirmesini kötü olarak yapan hastalar ise el-ayak hareket kısıtlılığı ile enfeksiyon, epileptik nöbet veya ağrı durumu ile ilgili vurgulamalarda bulunmuşlardır. Çizelge-3 incelendiğinde dört hasta durumunu iyi olarak değerlendirirken altı hasta ise fiziksel sağlık durumlarını kötü olarak nitelendirmiştir. Konuyla ilgili olarak iyi değerlendirmesi yapan hastalar örneğin;

H-3 *“Sol tarafım, elimle ayağım, sol kolum hiç çalışmıyor. Sol Ayağım %30 çalışıyor, kolum çalışmıyor, ağrılar var devamlı, sol ayağımda hiç kuvvet yok. Dizimde hiç kuvvet yok.*

H-9 *“Elimin ayağımın tutmaması fiziksel olarak... Başka bir şey yok fiziksel olarak aynı yani sol taraf çalışmıyor”*

H-10 *“Elimin ayağımın oynamaması dışında beni rahatsız eden bir şey yok. Benim sağlık durumum iyi.”* diye durumlarını ifade etmişlerdir.

Bunun yanında inmeden hemen sonra hastaların çeşitli zayıflıklar gösterebildikleri söylenebilir. Bazıları için, ekstremiteler zayıf ya da tamamen gevşek olabilir. Bir kısım kişide zayıflama ilerleyerek devam edebilir. Başlangıçta, parmaklar ve el zayıflamış olabilirken bazen de felç tüm kolu kaplayabilir. İlginç bir şekilde, işlevin düzelmesi ters sırada gerçekleşir ve yani el parmak hareketleri en son düzelir. Felç, spastiteye yani belirli kasların sürekli olarak daraldığı veya sıkıldığı istemsiz kas hareketine neden olabilir. Bir kolda, spastisite genellikle kolu eğilmiş bir konuma getirir. Bir bacakta ise bacağın uzatılmamasına neden olur (Burkman 2010).

Japonya'da 53 hasta ile yapılan çalışmada fiziksel sağlığın yaşam kalitesini etkileyen alanlar; beslenme, dışkılama, bez değiştirme, tranferans, banyo yapma ve temizleme olmak üzere altı bölümde sorgulanmıştır. Psikolojik ve sosyal çevrenin de değerlendirildiği çalışmada fiziksel sağlığın yaşam kalitesinde belirleyici olduğu saptanmıştır (Karube 2016). Çalışmada kendi sağlık durumlarını iyi olarak değerlendirenler bu konularda hiç ya da çok az yardım aldıklarını dile getirmişlerdir. Özellikle ev içinde bir yerden bir yere kendi kabiliyeti ile gitmek hasta için ciddi bir fiziksel sağlık iyilik kaynağı olarak gözlemlenmiştir. Bütün bunların yanında hastaların çok sık yakındıkları bir durum ise ağrı şikâyetidir. Beyni etkileyen

lezyonlarda hastalar önce bir duyu kaybı hissederler ve birkaç ay veya hafta sonra inme geçirilen tarafta yaygın ve şiddetli ağrı olur (Yozbatıran 2004).

Çalışmamızda yukarıda verilen bilgilere paralel olarak durumunu kötü olarak değerlendiren hastaların hepsi fiziksel sağlık durumu ile özellikle el ayak hareketlerinde kısıtlılık ve ciddi ağrı şikâyetlerinden bahsetmişler. Örneğin;

H-2; “*Ağrıyor, her yerim ağrıyor.*” diye ifade ederken

H-2; “*Ayagıma basamıyorum. Uyuşma, karıncalanma oluyor. Nasıl ağrıyor biliyomusun? Sanki ciğerim sökülüyor.*”

H-7; “*Yorulma oluyor işte, ağrı oluyor tabi ki.*” olarak ifadede bulunmuşlardır. Hastaların çektikleri ağrının yoğunluğu ve süresi hastanın zihnini çok meşgul ettiği ve bu sebeple hastalık dışı uğraşıya fırsat vermediği karşımıza çıkan bir husus olmuştur.

6.2.2. İnmeli Hastanın Yaşam Kalitesinin Fiziksel Aktivite Boyutu ile İlgili Bulgular

İnmeden sonra hastaların fiziksel aktivitelerini yerine getirmeyi sağlayacak iyileşme durumunu motor ve işlevsel iyileşme olarak ikiye ayırabiliriz. Stinear ve arkadaşları (2014) “inmeden sonra meydana gelecek olan motor iyileşmeyi rehabilitasyon başladıktan sonra ve inmeden sonraki ilk günlere göre değişkenlik gösterir ve rehabilitasyonun sonunda ya da inmeden aylar sonra bile elde edilebilecek motor iyileşmenin derecesi kesin olarak tahmin edilemeyebilir” şeklinde tarif etmişlerdir (Stinear ve ark. 2014). İşlevsel iyileşme fiziksel yetersizlik sınırları içinde günlük aktiviteleri yürütme yeteneğindeki iyileşmedir (Wade ve Hower 1987). İşlevsel iyileşme hem nörolojik iyileşmeden hem de rehabilitasyon sürecinden etkilenen bir alandır ve hastanın günlük yaşam aktivitelerini yürütme yeteneğindeki iyileşmeleri gösterir (Burkman 2010).

İnmeden sonra kollar ve el fonksiyonları ayak ve bacak fonksiyonlarına göre daha çok etkilenir. Ayrıca inmeden sonra motor iyileşmenin ellerde daha zayıf olduğu bildirilmiştir. Günlük aktivite yerine getirme konusunda el ve kol fonksiyonlarının önemli bir yer tuttuğunu da unutmamak gerekir (Koç 2012). İnme

sonrasında meydana gelen engellilik kişinin yaşam kalitesinde değişikliklere neden olan bir durumdur (Şenocak 2008). Framingham'ın (2008) (Akt: Yeşilyurt 2010) çalışmasında inmeli hastaların günlük aktiviteleri araştırılmış ve burada hastaların % 69'unun kişisel bakımlarını bağımsız yapabildiği ve % 80'inin ise mobilizasyon konusunda bağımsız olduğu anlaşılmıştır. Aynı hastaların % 84'ü evde vakit geçirdiğini, %71'i ise mesleki işlevinde, %62'si sosyal hayat ile ilgili olan aktivitelerinde azalmalar olduğunu bildirmişlerdir. Bunun yanında hastaların %54 ve %80 arasındaki dağılımda yürüme becerisini kazandığı ancak bunu evin dışında gerçekleştiremedikleri anlaşılmıştır. İnme Yönetimi için Yeni Zelanda Klinik Kılavuz içinde fiziksel aktivite bölümü “oturma”, “ayağa kalkma”, “yürüme” ve “üst ekstremité kullanımı” şeklinde ayırarak fiziksel aktiviteyi bu başlıklar altında boyutlandırılmıştır (Stroke Foundation of New Zealand 2010).

Bu bağlamda fiziksel aktivite boyutunda hastalık durumunun günlük aktiviteleri yerine getirmedeki yansımaları ele alınmıştır.

Çizelge-4. İnmeli Hastanın Günlük Aktivite Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım

	H-1	H-2	H-3	H-4	H-5	H-6	H-7	H-8	H-9	H-10	TOPLAM
Günlük Aktivite Becerilerinde Yaşanan Sorunlar (Yapamamazlık)	1	1	1	2	3	3	2	2	3	1	17

Çizelge-4'te inmeli hastanın günlük aktivite durumu ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Çalışmamızda hastaların günlük aktiviteye katılım durumları sorgulandığında hastaların hepsi günlük aktivite becerilerinde sorunlar yaşadıklarını ifade ederek “yapamamazlık” vurgusunda bulunmuşlardır. Çizelge-4'ten de anlaşılacağı üzere vurgulama ne kadar fazla ise hastanın işlevsellik derecesi ise o kadar azdır. Örneğin;

H-1; *“Hiçbir iş yapamıyorum elim ayağım kesildi diye iş yapamıyorum diye hep düşünüyorum kalkabilsem, yapabilsem diye hep düşünüyorum.”*

H-3; *“Normal yürüyebilsem sol elimi kullanabilsem ihtiyaçların çoğunu ben giderecem. Belki de ayakkabılarımı giyebilsem, merdiven çıkabilsem, duş alabilsem bana bunlar yetecek. Araç kullanabilsem mesela, aracımı da kullanamıyorum. Dizim hiç tutmuyor, sol kolum hiç çalışmıyor.”*

H-6; *“Her şeyden geriyim. Tuvalete gidemiyorum bir şey alıp yapamıyorum her şeyden hepsinden geriyim hepsinden geriyim ağlıyorum (hasta ağlamaya başladı). Allah'ım ben bir daha tuvalete gidebileceğim mi ağlıyorum işte öyle.”*

H-9; *“Her her şeyi sıfırladı, her şeyi sıfırladı ne çarşıya çıkabiliyorum ne markete gidebiliyorum ne bir şey yapabiliyorum, hiçbir şey yapamıyorum, solda sıfır kaldım. Afedersin teke gibi dolaşırken şimdi bağlandım kaldım evin içine.”*

H-10; *“Eskiden yaptığım hiçbir şeyi yapamaz oldum onun için de sıkıntıya düşüyor insan”*

İşlevselliği yerinde iken alışkın olmadıkları bir durum ile karşılaşmada sorun yaşadıklarını eskiye atıf yaparak özetlemektedirler. Bu söylemler aslında hastaların iyileşme düzeyinin yeterli olmadığını düşündüklerinin göstergesi olarak ele alınabilir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde bu bulgulara paralel ifadeler yer almaktadır. İnme hastalığı kişinin ciddi anlamda fiziksel aktivitelerini yerine getirmesinde sorunlar yaratan bir hastalıktır (Dalyan ve Çakıcı 2004). Yapılan bir çalışmada bir yıllık takipli hastaların %50'den fazlası nörolojik bozukluk konusunda iyileşme göstermesine rağmen %93 ü yaşam kalitesinin bozulduğunu ifade etmişlerdir ve bu bozulma en çok %87 ile ev aktivitelerindeki bölümdür (Öztürk ve ark. 2002). Şenocak ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptığı araştırmada da yaşam kalitesi ile fiziksel mobilizasyon arasında negatif bir korelasyon saptanmıştır (Şenocak 2008). Bu çalışmada durum belirgin bir şekilde ifade edilmiştir ve hastalar günlük aktivitelerinde yetersiz olduklarını, başkalarına muhtaç durumda kaldıklarını anlatmışlardır. Ayrıca görüşmelerde hastaların devamlı surette işlevselliğini kaybetmiş olan ellerini diğer sağlam elleri tuttukları ve masaj yaptıkları, yukarı aşağı kaldırıp indirdikleri gözlemlenmiştir. Bunun yanında ellerinin çalışmasına yönelik temenni ayaklarının çalışmasına yönelik temennilerden daha sıklıkla dile getirmişlerdir. Bu da el ile ilgili işlevselliğin günlük hayatın yaşanmasında önemini bir kez daha karşımıza çıkarmıştır.

6.2.3. İnmeli Hastaların Yaşam Kalitesinin Psikolojik Boyutu ile İlgili Bulgular

Yapmış olduğumuz çalışmada hastalara psikolojik boyutta ne gibi değişiklikler yaşadıkları sorulmuştur. Bu konu psikolojik boyut ana teması altında ele alınmış ve hastalardan gelen cevaplarla birlikte oluşan benzeşik ifadelerden depresif belirtiler, hassasiyet ve alınganlık durumunu nasıl gördüklerine ilişkin görüşleri analiz edilmiştir.

Beden sağlığı ve ruh sağlığı bir arada var olmaktadır. Kişide bedensel bir hastalık var ise bu ruhsal hastalık riskini artırmaktadır. Hastalık kişide derin üzüntü, sıkıntı gibi olumsuz duyguları yanında getirir. Druss'un (1997) kronik hastalık hakkındaki çarpıcı ifadesi ise şöyledir: Kronik bir hastalık kişinin çevresi tarafından sevilmemesine sebep olabilir Çaresizlik hissi yaratır ve kişinin benlik algısında değişikliklere sebep olabilir. Kişi zihnini hastalığı ile meşgul ederken bu meşguliyet onun için bir takıntı haline gelebilir. Bütün bunların yanında kişi bir yeti yitimi ile baş etmek zorundadır (Druss 1997). İnsan bütün canlılar arasında duygusal tepkileri en yoğun ve farklı biçimde yaşama kabiliyetine sahip bir varlıktır. Aslında bu tepkiler bir yerde kişinin hayatının anlamını, tadını ve amacını dizayn eder (Işık 1991) .

Sinir sistemini etkileyen hastalıkların hepsi kişinin bilişsel ve davranışlarında bozukluklara yol açarken aynı zamanda duygusal bozuklara da sebep olabilmektedir Nörolojik hastalıkları da bir sistem hastalığı içerisinde düşünürsek doğrudan psikiyatrik hastalıklara yol açabilecek etkili nedenler arasında sayılabilir (Bayam ve ark. 2001).

Bu çalışmada hastaların psikolojik anlamda yaşadıkları durumla ilgili olarak yapılan görüşme analizlerinin hepsi ayrı başlıklar altında bundan sonraki bölümde ele alınmıştır.

Çizelge-5. İnmeli Hastanın Depresif Belirtiler Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.

	H-1	H-2	H-3	H-4	H-5	H-6	H-7	H-8	H-9	H-10	TOPLAM
Depresif Belirtiler	4	3	5	5	0	3	8	1	4	0	33

Çizelge-5’da inmeli hastanın depresif belirtiler durumu ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Hastalarımız bu çalışma sırasında kendi duygusal ve ruhsal durumlarını ifade edecek şekilde çeşitli bilgiler vermişlerdir. Depresif belirtilerle ilgili kullandıkları kelimeler arasında “çöküntü”, “sıkıntı” ve “bunalma”, “alınganlık”, “umutsuzluk”, “içe kapanma”, “boşluk duygusu”, “cinsel isteksizlik” ya da “korku”, “endişe”, “sevincin kaybolması”, “kendini suçlama” gibi benzeşik ifadeler kullanmışlardır. Çizelge incelendiğinde iki hasta hariç tüm hastalar depresif belirtiler ile ilgili olarak farklı sayıda vurgulamalar yapmışlardır. Benzeşik ifadelerle yaptıkları vurgulama sıklığı incelendiğinde ise hastanın yaptığı vurgulama sıklığı ile depresif belirtiler sergiliyor olma oranının paralel olduğu gözlemlenmiştir. Fiziksel hastalıklarda eşlik edebilecek olan depresif belirtiler hastanın fiziksel hastalığa verdiği doğal tepkiler olarak anlaşılabilir. Bu açıdan bakıldığında hastalığın teşhis tedavi aşamalarının hepsinde değişik şiddet ve özellikleri içeren depresif belirtiler karşımıza çıkabilir (Bayam ve ark. 2001). Örneğin;

H-3; “*Her şeyim değişti. Davranışlarım, yürümem, konuşmam, yürümem, her şeyim değişti. Hayatım değişti öyle diyim. Hayatım değişti yani her türlü hayatım değişti. Şu an sanki ikinci dünyada yaşıyor, ikinci baharımı yaşıyorum. Ama bu hastalıklı bir bahar öyle diyelim. Eskiden mesela gümbür gümbür adamdım ama şimdi hastalanınca şimdi benim de evim gitti arabam gitti. Hem maddi hem manevi olarak çok güçsüz kaldım. Çok çöktüm yani.*”

H-4; “*Üzüntülü geçirdim işte. Devamlı üzuldüm böyle oldu diye. Yıkıntılı görüyorum işte. Çok yıkılıyor insan.*” şeklinde derin üzüntülerini ifade eden hastaların yanında öfkelerini ve alınganlıklarını ifade etmektedirler.

Literatürde depresyonun en basit tanımı elem ve keder gibi benzer duyguları anlatacak şekilde yapılmaktadır. Kişide elem, keder, kendini küçümseme, değersizlik hissi, duygusallık ve karamsarlık gibi duygular olabilir ve bunun yanında yaşamdan zevk alamamak, kendini suçlamak görülebilir. Kişi içine kapanabilir, kendini geri çekebilir zaman zaman bu duruma endişe ve kaygı da eşlik edebilir. Kişinin motor aktivitesinde yavaşlama olabileceği gibi fiziksel olarak çökkünlük durumu da yaşayabilir (Işık 1991). Örneğin;

H-7; *“İşte nasıl oldu böyle strese girdim yani sıkıntı böyle içim patlayacak gibi oluyorum, kızıyodum, bağıryodum, vuruyodum koltuklara böyle yoğunluktan vuruyordum hırsımı almak için.”*

H-9; *“Şimdi hiçbir şey yokken birdenbire bir tokat yemiş gibi yıkıldık. Herşey elimden gitti. Sağlığım da hepsi, ben 44-45 senelik şoförüm araba aldım. Daha direksiyonuna oturamadım daha. Arabanın direksiyonuna oturamadım. Bereket versin yengen kullanıyo da sağa sola işimizi görüyo... Kendimi kullanılmış atılmış gibi çöp gibi hissediyom, kullanılmış atılmış mendil gibi.”* ifadeleri ile hastalar yoğun bir kederden bahsederken bu hastaların alınganlık seviyelerinde artış olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca depresif belirtiler arasında yer alan benlik saygılarının da düşmüş olduğunu bu ifadelerden anlaşılmaktadır. Çizelgeden de anlaşılacağı üzere bütün hastaların çalışma sırasında en yoğun vurgu yaptığı bölüm depresif belirtilerdir. Ayrıca çalışmada hastalık süreci ile birlikte gereken tedavi sürecine ayak uydurmak, anlamaya çalışmak, yeni ve zahmetli tedavi protokolleri ile tanışmak, uzun hastane yatışları, bağımsız hareket edememek ve bu süreçte nerdeyse hastalık dışında uğraşının olmaması hastaların depresif belirtilerini beslediği gözlemlenmiştir.

İnme sonrasında depresif durum rehabilitasyon sürecini ve hastanın iyileşme durumunu olumsuz olarak etkilemekle birlikte genelde klinik ortamda depresyonu olan hastaların az bir bölümü tedavi almaktadır. İnme geçiren hastaların içerisinde %33 oranında depresyon ile karşılaşılmaktadır. İnmeden sonra depresyon riski, inme ve fiziksel yetersizliğin şiddeti ve bilişsel düzeyde olan etkilenme nedeni ile artabilmektedir. Bunun yanında inmeden sonra uyku apnesinin de depresyon geliştirmede etkili olduğunu anlatan çalışmalar vardır. İnme öncesinde hastanın bir psikiyatrik hastalık öyküsünün olması ve hastanın ailesinde depresyon öyküsünün

olması, hastanın cinsiyeti gibi etkenler depresyon geçirmek için bir risk faktörüdür. Hastanın duyarsızlaşması ve çevreye ilgisinin kaybı en çok gözlenen depresif belirtiler arasındadır. Ayrıca hastalığın erken döneminde endişe depresif belirtilerden daha yaygındır. Ayrıca sağ ve solda geçirilen inme ve beyinde bulunan lezyon alanının depresyonla ilişkisi bir netlik kazanmamıştır (Uzuner ve ark. 2008). Psikiyatrik tanı ölçütlerine göre farklı depresyon çeşitleri vardır ve bir stres durumu ya da yaşamı olayından sonra ortaya çıkan depresyon reaktif depresyondur (Özdemir 2009). Çalışmamıza katılanların durumu düşünüldüğünde ise reaktif depresyon türüne daha çok uymaktadır.

Depresyon aslında bir belirti grubudur bu belirtiler şu şekilde sayabiliriz:

- Mutsuzluk, hüznün, keder, ağlama
- Zevk alamama, ilgisizlik ve isteksizlik
- Değersizlik hissi, suçluluk düşüncesi, hastalığın kendisini bir ceza olarak verildiğini düşünme, başarısızlık ve çaresizlik hissiyatı
- Tekrarlayan şekilde ölüm ve intihar düşünceleri
- Dikkati toplamada yetersizlik kararsızlık dalgınlık
- Psikomotor yavaşlama ya da hasta olma
- Uyku sorunları, uykuya dalmama, erken ve dinlenmeden uyanma, fazla uyuma,
- İştahsızlık, kilo kaybı ya da aşırı yeme
- Güçsüzlük, yorgunluk, bitkinlik ve enerji kaybı (Mete 2008).

İnmede depresyon ve işlevsel sonuçla ilgili etkileşimini araştıran bir çalışmada depresyon gelişimin sık olduğuna ve işlevsel durumu olumsuz etkilediğine dair sonuç elde edilmiştir (Soyuer ve Soyuer 2007). Bir başka çalışmada ise engelliliğin ve klinik depresyonun varlığı, düşük yaşam kalitesinde bağımsız belirleyicisi olduğu ve inmeden sonra yapılan çalışmalarda yaşam kalitesinin dikkate alınmasının önemi de vurgulanmıştır (Abubakar ve Isezuo 2012).

Hastalığın cinsel yaşamı olumsuz etkilediği ise yapılan literatür çalışmasında ortaya konan bir diğer durumdur. Çalışmamıza katılan hastaların çoğunluğunun yaşının ileri olması ve araştırmacının karşı cinsi olması kültürel etkenler nedeni ile

bu konu direkt olarak sorgulanamamıştır. Ancak çalışmaya katılan bir kadın hasta ve bir erkek hasta bu konuya çok ayrıntılı olmasa da değinmişlerdir.

H-3; “Her şeyim değişti. Davranışlarım, yürümem, konuşmam, yürümem her şeyim değişti hayatım değişti. Öyle diyim hayatım değişti yani her türlü hayatım değişti.” diyerek cinsel hayatına atıfta bulunduğunu düşündürmüştür.

H-4 “Her şeyi, görevleri, her şeyimi etkiledi. Eşimle muhabbetimi, her şeyimi etkiledi. Zoruma gidiyor. Eşimle konuşurken durumum aklıma gelince zoruma gidiyo” ve “eşimle oldu eşim de çok üzüldü. Sen benim evladımsın yani hiç yani hiç yatmadım soğudum ondan sonra. Onun için üzüldüm yani öyle masum masum gittiği için kendimi yedim. Napacaksın çeken biliyo kızım çok çekiyom. Doktor hanım derdim çok büyük te işte Allah'a dua ediyom da bi yürüyeyim. Her ihtiyacımı göreyim. Garibanım da üzülmesin diye. Çok ağlıyor ben de beraber ben de üzülüyorum” ifadeleri ile konuya direkt olarak değinmiştir. Bu iki hastadan biri olan erkek hasta 50 yaşında ve diğer kadın olan hasta 56 yaşındadır. Bu iki hastanın diğer hastalara göre daha genç olduğunu ifade etmekte yarar var.

Jung ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptığı bir çalışmada erkek inmeli hastaların cinsel işlev bozukluğu ile beyindeki lezyon yerinin karşılaştırılması yapılmıştır. Bu çalışmada cinsel arzu, erektil fonksiyon ve ejakülasyon işlevinin inme sonrası bozulduğu bulunmuştur. Cinsel istekte düşüklük, cinsel ilişkide bulunmama nedeninin başında gelmektedir. İnme lezyonlarının spesifik yerleri ile cinsel istek ve boşalma bozukluğunun ilişkili olabileceği bulunmuştur (Jung ve ark. 2008). Araştırmacılar insan merkezli ve bütünsel bir çalışma ile cinsel fonksiyon bozukluğuna rehabilitasyon sürecinde yer verilmesi gerektiğini vurgulamışlardır (Nilsson ve ark, 2017).

Çizelge-6. İnmeli Hastanın Hassasiyet ve Alınanlık Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.

	H-1	H-2	H-3	H-4	H-5	H-6	H-7	H-8	H-9	H-10	TOPLAM
Hassasiyet ve Alınanlık	1	3	3	4	1	2	3	3	5	2	27

Çizelge-6’ de inmeli hastanın hassasiyet ve alınganlık durumları ile ilgili bilgiler yer almaktadır. İnmeli hastaların hassasiyet ve alınganlıkları ile ilgili olarak bilgileri ele alındığında şu benzeşik ifadeler ortaya çıkmıştır; hastalar bu durumu “moral bozukluğu”, “duygusal olma”, “alıngan olma”, “sağlıklı olana özenme”, “kendini aşağılanmış ve öfkeli hissetme” gibi benzeşik ifadelerde anlatmışlardır. Bunun yanında çoğu hastanın şikâyet ettiği konulardan bir tanesi de kendisini duygusal hissederek “ağlama” tepkisi verme şeklindedir. Çizelge-7 incelendiğinde hastaların hepsi farklı sayılarda konuyla ilgili vurgulama yapmıştır.

Literatürde duygular üzerine çalışan araştırmacılar genelde duyguların deneyim, davranış ve fizyolojik boyutları ile çok bileşenli bir yapıya sahip olduğunu düşünmektedirler. Duygu bireyin uyarılara, durumlara, anı ve düşüncelere verdiği tepki durumudur. Bu duygular neşe, üzüntü, kin, sıkıntı olabilir (Gross 1999). Işık’a (1991) göre demoralizasyon yani diğer adıyla moral bozukluğu kişiye farklı duygular yaşatabilir. Kişi kendisini üzüntülü, keyifsiz ve sıkıntılı hisseder ve kendisini yetersiz bulursa kişi için demoralize olmuş diyebiliriz. Fakat bu kişilerin istedikleri durumlar meydana geldiğinde mutlu olabildikleri de gözlemlenir. İşte tam bu noktada demoralizasyon depresyondan ayrılır ilaç tedavisi de gerektirmez. Konuyla ilgili olarak paralel ifadeler örnek verecek olursak;

H-1; *“İş yapsam, güç yapsam diye ben hep düşünüyorum çok zor kızım çok zor, elden ayaktan düşmek çok zor, hele muhtaç olmak çok zor.”*

H-4; *“Üzüntülü geçirdim işte devamlı üzüldüm böyle oldu diye. Herkes gezinirken ben niye bu haldeyim yatıyorum oturuyorum çok etkiledi kızım çok dışarıda gezerken özeniyorum. Bu da aynı onun gibi gitsem ya diyorum bak beş senedir ne bir pazar biliyor musun ne çarşı beş senedir öyleyim ne çarşıya gidip gezebiliyom çok etkiliyor”*

İnmenin sık görülen komplikasyonlarından biri ani ve kolay uyarılabilen gülme ve ağlama atakları ile ortaya çıkan duygusal değişiklik ve dengesizliğidir. Daha çok “psödobulber” ile isimlendirilen bu bozukluk beynin her iki sapına uzanan damarların lezyonları ile ilişkilidir (Adams ve Victor 1985; Akt: Dilbaz 2001). Çalışmaya katılan hastaların neredeyse tamamı bu konuyla ilgili olarak tecrübe yaşarken, görüşmeler sırasında da sık sık ağladıkları gözlemlenmiştir.

Ağlama konusunda ise katılımcılar;

H-6; “Ağlıyorum işte hep çok ağlıyorum.”

H-7; “Mesela bir şey bir durum oluyor mesela oluyordu ağlıyordum. Hemen ağlıyorum ağlayınca açılıyorum. Mesela çocuk kız gelmiyor da öyle hani yanıma gelmeyince hiç duramıyordum duygusallaşıyordum bu oğlan gelmesin duygusallaşıyordum. Hemen ağlama geliyor ağlıyordu ağlayınca açılıyordum bunlar oluyordu” şeklinde ifade de bulunurken,

Alınganlık durumunu ise;

H-3; “Şey gibi yani iğrenç bir bakış gibi geliyor bana. Hala daha öyle biri bana dikili baktığı o zaman kendimi suçluyorum devamlı. Acep bir yerime bir şey mi oldu diyorum hala. Hep derim eşime yüzümde bir şey değişiklik var mı? Şimdi sen benim evladımsın bu tarafa ağzım kaydı ağzım yamuk kalmış demi. Ondan var gibi oluyorum halen etkiliyor yani beni beş senedir”

H-9; “Kafadan söylüyor gibi geliyor doktor ee bana sınav çekmeyi öğretmeye çalışıyor ben zaten biliyorum onu nasıl çekileceğini ama sen sağlamsın çekiyorsun. Ben ne yapayım bu sefer benimle dalga geçiyorlarmış gibi oluyor.” ifadeleri ile anlatmışlardır.

Ayrıca hastaların sağlıklı olana özenmesi ise sık vurguladıkları başka bir konudur. Bu düşünce durumu, hastaların yaptığı vurgu ilk defa görüşmeler sırasında araştırmacı tarafından fark edilen bir konu olmuştur.

H-1; “Keşke ben de öyle olsam diye hiç bakmadım onlara iş yapsam güç yapsam diye özendim.”

H-2; “Eee özeniyosun tabi şimdi hani şimdi sağlıklıyken nasıl diyim şimdi koca dağı geziyoduk.”

H-3; “Bakıyorum insanlar güzel güzel yürüyor ben niye yürüyemiyorum diyorum büyük sıkıntı yaratıyor yani ben niye böyle oldum diyorum.”

H-10 ise diğer hastalardan farklı bir durum içinde olduğunu ifade etmiştir. Görüşme yapılan tarihten üç ay evvel rahatsızlanmış ve duygusal anlamda yaşadığı durumu;

H-10; “*Bu konuya çok fazla değinmedik yani hastalandığım için benim öyle bir hastalığım var deyip de karamsar bir yaşama girmedik. Böyle olunca da pek fazla etkilendiğimi söyleyemem etkilendim tek şey elimin ayağım oynamaması, hareket edememe bu yani huzurlu, rahat hareket edememeden kaynaklı etkilendim. Onun dışında ruhsal hiçbir konuda etkilenmedim.*” şeklinde özetlemiştir.

Yapılan bir çalışmada inmeden sonra hastaların yaklaşık üçte biri duygusal anlamda değişiklikler yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bunlar arasında kaygı, kontrol edilemeyen duygusallık, öfke ve kişilik değişiklikleri gelebilir (Stroke Association 2012). Bayam ve arkadaşlarının 2001 yılında yaptığı bir çalışmada 50 inme hastası ele alınmıştır. DSM-IV tanı ölçütlerine göre %14 hastada genel tıbbi duruma bağlı duygu durum bozukluğunun depresif özellikli olduğu saptanmıştır. Hastaların %36 sında yine tıbbi duruma bağlı majör depresif dönemlere benzeyen duygudurum bozukluğu ve hastaların %2'sinde ise yine tıbbi duruma bağlı duygudurum bozuklukları manik özellikle tespit edilirken hastaların yüzde 12'sinde ise depresif özellikler gösteren uyum bozuklukları dikkat çekmiştir (Bayam ve ark. 2001).

6.2.4. İnmeli Hastanın Yaşam Kalitesinin Sosyal Boyutu ile İlgili Bulgular

Neredeyse bütün kronik hastalıklar insanların yaşam şeklini etkileyerek değiştirir. Bu nedenle kronik hastalık sadece fizyolojik bir olgu olarak ele alınamaz, bu durum aynı zamanda birer sosyal olgudurlar. Hastaların ve yakın çevresinde bulunan kişilerin hayatlarına yeni ilişkiler sokarlar, farklı yaşam tarzları geliştirirler ve yeni bir toplumsal rol ve statü ile karşımıza çıkarlar (Bayam ve ark. 2001; Sarı 2015). Kronik hastalığa sahip olan bireylerin yaş, cinsiyet, aile, iş, eğlence gibi özellikleri ve sosyal rolleri bu hastalıklardan etkilenir. Toplumsal uyum şeklinin etkileşime girdiği bu alanda fiziksel, görünüş, iletişim yeteneği, fizik çevre, insan, para ve toplumsal hizmetler ile sosyal kaynaklar, bireysel ve toplumsal inanç, değer ve tutumlar etkilenir (Karadakovan ve Eti Aslan 2010).

İnmeli hastaların yaşam kalitesinin sosyal boyutunun nasıl etkilendiğini ele almak amacıyla görüşmelerde kuramsal çerçeve ve yaşam kalitesi alt boyutlarından yola çıkarak sosyal boyut ana tema olarak belirlenmiştir. Sosyal boyut ana teması altında ise aile içi ilişkiler, yakın çevre ilişkileri ve toplumsal uyumla ilgili alt

temaları oluşturulmuş ve bu göre alınan cevaplarla analiz yapılmıştır. Yapılan analizler alt temalar altında bir sonraki bölümde açıklanmıştır.

6.2.4.1. İnmeli hastanın aile içi ilişki durumunu nasıl gördüğüne ilişkin bulgular

Çizelge-7. İnmeli Hastanın Aile İçi İlişkileri Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım

	H-1	H-2	H-3	H-4	H-5	H-6	H-7	H-8	H-9	H-10	TOPLAM
Rollerde Değişiklik	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Yakınlaşma	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	3
Uzaklaşma	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Cinsel İlişki Sorunları	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	3
Değişiklik Yok	0	0	0	0	1	2	1	1	2	1	8

Çizelge-7’da inmeli hastanın aile içi ilişkileri ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Yapmış olduğumuz çalışmada hastaların aile içerisinde en çok muhatap oldukları kişiler kendilerine bakım verenlerdir. 10 hastadan yedisine eşleri tarafından bakım verilirken, çalışmaya katılan iki hastaya kızı, bir hastaya ise oğlu eşlik etmektedir. Hastalık süreci ile birlikte hastaların aile içi ilişkilerinde çok fazla değişiklikler bildirilen “yakınlaşma”, “uzaklaşma”, “rollerde değişme” ve “değişiklik olmadı” gibi benzeşik ifadeler üzerinden hareket edilmiştir. Hastalardan ikisi rollerde değişiklik vurgusu yaparken üçü ise ilişkilerinde yakınlaşma yaşadıkları vurgusunda bulunmuşlardır. Hastalardan ikisi ise yine uzaklaşmaya vurgu yaparken iki hasta cinsel ilişki zorluklarından bahsetmiş, altı hasta ise aile içi ilişkilerde değişiklik olmadığına dair vurgulamada bulunmuştur.

Aile, içinde üyelerin bulunduğu bir etkileşim sistemidir ve bu üyelerin birbirleriyle ilişkileri aile sisteminin bileşenleridir. Aileye bir sistem olarak bakmak önemlidir ama bunun için bütüne ve bireyler arasındaki etkileşime bakmak gerekmektedir. Aile, içinde bulunduğu daha büyük bir sistemin alt sistemidir. Her ailenin içerisinde açık ya da kapalı olarak bazı kurallar vardır. Bu kurallar ile

önceden tahmin edilebilir, stabil ve değişime direnç gösterebilen bir sistemden oluşur. Aile sisteminde ailede bulunan iletişim biçimleri ve bu biçimlerin işlenmesi ile ortaya çıkan davranışlar mevcuttur (Yalın ve ark. 2007). Aile sisteminin işleyişini bozan hastalık süreci aile üzerinde bıraktığı etki ile gündeme gelmektedir. Bu anlamda Neill (1980) hastalık sürecinin aile üzerinde bıraktığı etkiyi aşağıdaki şekilde özetlemektedir; hastalık aslında bir aile meselesidir. Ailede hastalanan bir kişi ailenin sisteminde bulunan dengeyi bozar. Bu durum özellikle evin idaresi, ekmek parası kazanma, çocuklara bakma gibi işlevleri yapacak olan kişilerin özellikle akrabası az olan ayrık ve çekirdek aile üzerinde daha çok etkisi olan bir husustur. Bunun yanında benzer sorunlar sosyal güvencesi olmayan ve ekonomik zorluğu olan aileler için de geçerlidir. Kaynakları olan, rol esnekliğine sahip olan aileler geçici bir gerileme ve etkinliklerinde bir azalma ya da aile dışından yardım edenlere dayanarak hastalığa katlanmayı başarabilirler. Ancak bazı ayrışmış ve katı ailelerde hastalık örtük durumda olan bazı işlev bozukluklarını ortaya çıkararak ailenin dağılmasını hızlandırabilir. Aile üyelerinin kişisel nevroitik çatışmaları davranışlara dökülerek aile dengesini zorlayabilir (Akt: Aydemir 1999). Bulut'un (1993) tanımlamasına göre aile içi ilişkilerin sağlıklı yapılanması, ailenin işlevlerini sağlıklı bir şekilde yerine getirip getiremediği ile ilgilidir. Aile içi ilişkilerde; kuralların açıklığı, rollerin belirli olması ve değerlere bağlı olunması gerektiği ifade edilmektedir. Kontrol edilme biçiminin önemli olduğu ve ailede bireylerin birbiri ile ilgilenmesi, birbirlerine uygun tepkiler verebilmesi, ortaya çıkan sorunları ve problemleri aile içinde çözümlenebilmesi ve bütün bunları içine alabilecek şekilde karşılıklı yapıcı bir iletişime sahip olması gerekir (Bulut 1993).

Öztürk ve Arkadaşlarının 2002 yılında yaptığı çalışmada inme hastalığında ev aktiviteleri, işe dönme ve depresyon skalalarında yaşanan bozulmalara rağmen aile içi ilişkiler % 54,9 ile en az etkilenen alan olarak göze çarparken bu durum daha çok bizim kültürümüzde yer alan yakın aile içi ilişkilerine bağlanmıştır (Öztürk ve ark. 2002). Bu çalışmada da ortaya çıkan durum yukarıda ki ifadeye paralellik göstermiştir ve 10 hastadan 6 hasta aile içi ilişkilerde değişiklik yaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Özellikle bu duruma vurgu yapan hastaların yaşlarının ileri olduğu ve bakım verenleri dışında diğer aile üyelerinden yüksek bir beklentiye girmedikleri gözlemlenmiştir.

Bunun yanında ilişkilerinde yakınlaşma olduğunu ifade eden hastalar da vardır. Örneğin;

H-3; *“Hastalanınca anlıyor yani ne demek istediğimi anlıyor, ben demeden gidelim gezelim, üşenmiyor (hasta burada eşini kastetmektedir). Beni yanından hiç ayırmıyor öyle diyim. Üşenmiyo beni indirmeye kaldırmaya hiç üşenmiyo önce Allah'ım sonra eşim önce Allah'a sonra eşim başka yok yok abla, yok başka.”*

H-4; *“En küçüğünden büyüğüne kadar çok iyi, yani bakımlarında iyi”* ifadeleri ile yakınlaştıklarını dile getirmişlerdir. Hastalar yakınlaşma ifadesi ile baz aldıkları ölçütün kendilerine ne kadar iyi bakım sağlandığı konusu olduğu karşımıza çıkan bir husus olmuştur.

Yakınlarının başına gelenleri anlayamama duygusu ve durumu kendi deneyimleriyle bağdaştırmamak karşısında aile bireyleri bazen de geri çekilme ya da çok üstüne gitme tepkisi verebilirler (Thornicroft 2014). Bu durumla ilgili olarak;

H-2; *“Hanımla münakaşalar başladı.”*

H-7; *“En çok ihtiyaç (tuvalet). Tabii gece kalkıyorum mesela kalkıyorum, kaldırıyordum gece saat dörtte beşte kaldırıyorum. Bir daha uyku uyumuyor, rahat uyuyamıyor. Sonradan strese giriyö”* İfadesi ile ilişkilerde gerginlik yaşadıklarını ve uzaklaştıklarını anlatmışlardır. Burada bahsi gecen uzaklaşma vurgusu hasta ve bakım verenleri arasındadır ve hastaların artan bakım ihtiyacı ile birlikte ortaya çıkan durumdur ve fiziksel olarak aynı mekânı paylaşıyor olsalar da duygusal paylaşımlarını en aza indirdikleri anlaşılmıştır. Dayapoğlu ve Tan (2009)'nın yaptığı bir araştırmada ise hastaların aileden algılanan sosyal desteğinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur (Dayapoğlu ve Tan 2009).

Bunların yanında hastalar rol değişikliği ile ilgili de bilgi vermişlerdir.

H-1; *“Eşime muhtaç kaldım, kızıma muhtaç kaldım. Hep bunlar, işi eşim yapıyor yemeği kız geliyor yapıyor.”*

H-3 *“Sağlamken daha çok dinliyorlardı beni hastalanınca fazla dinlememeye başladılar. Böyle küçük çocuklardan bahsediyorum eşimden falan değil. Eskiden bir kere söylerdim, şimdi bir kere iki kere söylüyorum, akıllarına yatarsa yapıyorlar*

gidiyorlar geliyorlar ama sağlamken bir kere söyledim çözüldü. İkinciye gerek kalmazdı onu da çok mesela kafam takılıyor.”

Satink ve arkadaşları (2013) inmenin, hastaların rolleri ve kendilikleri üzerinde yaptığı etkileri araştırdığı niteliksel bir meta analiz çalışmasında hastaların sosyal mesleki rollerine geri dönmek ve devam ettirme isteğini ortaya koymuştur. Süreç başladıktan sonra beden, benlik ve rollerin düzeyinde kayıplar yaşandığı saptanmıştır ancak hastaların rollerinin yeniden gözden geçirildiği, ayarlandığı ve tekrar kazanıldığı bir süreç işlemiştir. Sonuçta hayat devam etmekteydi (Satink ve ark. 2013).

Aile içi ilişkiler sorgulanırken aynı zamanda aile alt sisteminde olan karı koca sisteminde yaşanan cinsel fonksiyonlarla ilgili de bilgiler alınmak istenmiştir. Fakat depresif belirtiler teması altında da değinildiği gibi hastaların çoğunun erkek olması, yaşlarının büyük olması itibarıyla bu konuya çok değinilmemiştir. Özellikle bir kadın hasta bu konudaki eşine karşı hassasiyetini ve mahcubiyetini dile getirmiştir. Bir erkek hasta ise “değişti her türlü hayatım değişti” dediğinde bu konuya vurgu yaptığı izlenimi edinilmiştir. Yapılan bir çalışmada ise cinsel aktivitede düşüşe neden olduğu tespit edilen en yaygın faktör seks yapmanın kan basıncını olumsuz yönde etkileyerek başka bir inmeye sebep olacağı korkusudur (Monga ve ark. 1986).

6.2.4.2. İnmeli hastanın yakın çevre ilişkileri nasıl gördüğüne ilişkin bulgular

Çizelge-8. İnmeli Hastanın Yakın Çevre İlişkileri Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım

	H-1	H-2	H-3	H-4	H-5	H-6	H-7	H-8	H-9	H-10	TOPLAM
Yakınlaşma	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Uzaklaşma	1	2	1	1	1	0	0	0	1	0	7
Değişiklik Yok	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	6

Çizelge-8’de inmeli hastanın yakın çevre ilişkileri ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Çalışmamızda inmeli hastaların yakın çevresi ile olan ilişkiler ele alınırken yakın çevre olarak tanımlanan kısım arkadaşlar, komşular ve akrabalar olarak belirlenmiştir. Hastaların verdikleri cevaplar ile “uzaklaşma”, “yakınlaşma” ve “değişiklik yok” benzeşik ifadelerinde alt temaları oluşturulmuştur. Çizelge

incelendiğinde çalışmaya katılanlardan sadece 1 hasta ilişkilerde yakınlaşma vurgusu yaparken, 6 hasta ise değişiklik yok vurgusunu yapmışlardır. Bazı hastalar hem uzaklaşma hem de değişiklik yok vurgusunda bulunmuşlardır. Burada hastalar çoğunlukla komşu ve uzak akrabaları, arkadaşları ile olan ilişkilerinde çok fazla değişiklik olmadığı üzerinde dururken bazı hastalar özellikle kardeşleri ile olan ilişkilerinde bozulmalar tarif etmişlerdir. Hastaların yaşlarının ileri olması sebebiyle anne-babaları hayatta değildir ve en yakın akrabaları kardeşleridir. Kardeşleri ile ilgili olan beklentileri diğer akraba ve komşularla olan beklentilerinden daha fazladır. Genelde hastaların yakın çevresinden beklentileri kendilerine cesaret vermeleri, kendilerini ziyaret ederek görüşmeleri ve paylaşımlarını sürdürmelerine yöneliktir. İnmeli hasta ve bakım vereni inmeden sonra özellikle hastalığın ilk zamanlarında düğün, aile toplantısı gibi faaliyetleri takip edememekte ve böylece ilişkiler zayıflamaktadır. Hasta ve bakım vereninden oluşan aile daha çok içine kapanabilmektedir. Bakım ve gözetim gerektiren bir hastalık olduğu gerçeği göz önüne alındığında hastanın hayatta kalan tek yakın akrabaları olan kardeşlerinin bu konuda sorumluluk almak istememesi de ilişkilerin zayıflamasına neden olan bir husus olabileceği görüşmeler sırasında düşünülmüştür.

Konuyla ilgili olarak;

H-3; *“Komşularım sağ olsunlar iki günde üç günde bir ara ararlar, sorarlar dört kardeş var günde bi kere aramazlar”* diyerek görüşmediklerini ifade ederken,

H-4; *“Şimdi kardeşlerimle tabi ki aram bayağı bi bozuluyor. Ya burada neden yürümüyom diye bağırişiyoruz, çağrıışiyoruz işte neden yürümüyosun diyor. Yürüyemiyorum işte ayak yürümüyor diyorum ya ben ne yapayım onlar istiyor hemen yürüyeyim, ben istiyorum hemen koşayım diyorum ama öyle benim dememle olmuyor.”* diyerek kardeşleriyle olan ilişkisinin devam etmesine rağmen gerginleştigiinden bahsetmiştir.

Bakım gereksinimine yüksek düzeyde ihtiyaç duyan inmeli bireylerde de sosyal destek özellikle önemlidir, çünkü bu bireylerin sıkıntıları sürekli olmakta, sağlık koşulları giderek bozulmakta ve hastalıklarıyla ilgili olarak karşılaştıkları stres oluşturuvcu durumlar çoğalmaktadır. Bu nedenle duygusal yardım bu bireyler için

yararlı olmasının ötesinde yaşamları açısından kaçınılmaz olup kritik bir önem taşımaktadır (Şahin 1999; Akt: Dayapoğlu ve Tan 2009).

Bu arada hastalar yakın çevre ilişkilerinden uzaklaşmalarının nedenleri arasında hastalık sebebi olan ağrı, yetersizlik ve çevresel engelleri saymışlardır. Örneğin,

H-1; “İçime kapandım konuşmadım onlarla, hiç görüşmedim komşular geldiler hiç konuşmadım, bakmadım hep yattım.”

H-2; “Nasıl diyim, böyle mesela hani ilkten böyle şeyden nefret edersin ya istemezsin aynı o duruma geldi. Hani ağrı başlayınca ben de kimse gelmese veya geliyolar öyle fazla oturulmaz kalkıyolar. Diyom ki keşke gitseler ondan sonra işte kalkıyolar seviniyorum yani.”

H-3; “Oldu tabi ya insanlara ayak uyduramamaya başladım. Eskiden arkadaşlarımla çevremde hep beraber gidiyorduk gidilecek bir yere. Şimdi ben bir yere gidemiyorum yanıma yardımcı olacak. Beni kaç gün götürecektir arkadaşlarım çevremden destek istemiyorum. Çünkü destekli yaşam isteyen bir insanım. Onun için bir yere eşim götürürse gidiyorsun yoksa yok.”

Katılımcıların belirtmiş olduğu hususlara benzer sonuçlar yapılan bir çalışmada ayrıntılı olarak belirlenmiştir. İnmeden sonra hastaların arkadaşlarını kaybetme nedenleri üzerine bir araştırma yapılmıştır. Yapılan bu çalışmaya 29 hasta katılmıştır arkadaşlarını kaybetme nedenleri şöyle sıralanmıştır

- Paylaşılan faaliyetlerin kaybedilmesi,
- Azaltılmış enerji seviyeleri,
- Fiziksel yetersizlik,
- İlgisizlik ve duygusal dalgalanma
- Başkalarının yararsız yanıtları,
- Çevresel engeller
- Değişen sosyal arzular (Northcott ve Hilari 2011).

Genelde hastalar sosyal yakınlıklarını sadece yakın arkadaş ve aile ile görüşme şeklinde tercih etmişlerdir. Arkadaşlığın korunmasına yardımcı olan faktörler şunlardır; paylaşılan bir geçmiş olması, endişelerini gösteren arkadaşlar, yakın olarak

yaşama, arkadaşlığın etkinlik temelli olmaması ve katılımcının inmeden önce "arkadaşlar temelli" bir sosyal ağa sahip olmasıdır (Northcott ve Hilari 2011).

6.2.4.3. İnmeli hastanın toplumsal hayata uyum durumunu nasıl gördüğüne ilişkin bulgular

Çizelge-9. İnmeli Hastanın Toplumsal Hayata Uyum Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım.

	H-1	H-2	H-3	H-4	H-5	H-6	H-7	H-8	H-9	H-10	TOPLAM
Sosyal İzolasyon	4	0	1	3	1	2	4	0	3	1	19
Diğer İnsanların Davranışları	0	3	1	0	0	0	0	1	0	0	5
Erişebilirlik	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Çizelge-9’de inmeli hastanın toplumsal hayata uyum konusuyla ilgili bilgiler yer almaktadır. Hastalarla yapılan görüşmelerde sosyal boyut ana teması altında oluşturulan toplumsal hayata uyum ile ilgili görüşleri değerlendirildiğinde verdikleri cevaplarlar “sosyal izolasyon” ile toplumsal hayattan uzaklaşma, “diğer insan davranışları” olumsuz ve damgalayıcı tutumlara ve “erişebilirlik” konusu ile çevrenin mimari özellikleri, ulaşım imkânları gibi konulara vurgu yaptıkları görülmüştür. Çizelge-9 incelendiğinde özellikle sosyal izolasyon konusuna vurgu yapan hasta sayısı sekizdir. Ayrıca üç hasta diğer insanların davranışlarından yakınırken bir hasta ise erişilebilirlik konusuna vurgu yapmıştır.

Neredeyse bütün hastalar yanlarında bakım verenleri olmadan dışarı çıkmadıklarını ifade etmişlerdir. Sadece bir hasta eski arkadaşlarıyla ve sosyal çevresi ile görüşmeye devam edebilmektedir. Bunun nedeni ise hastanın evinin, sosyalleşme alanı olarak kullandığı kahvenin hemen yanında olmasıdır. Bir hasta ise eşinin yardımıyla istediği yere gidebildiğini çünkü eşinin araba kullanabildiğini ve onu gezdirdiğini ifade etmiştir. Hastalar genelde evden dışarı çıkmadıklarını dile getirirken çıktıklarında ise genelde tanıdık ortamlara gitmektedirler.

Toplumların bilgi eksikliği, yetersizliği, aldırmaçlığı, yanlış yaklaşımları, olumsuz tutumları, ayrımcılık ve fiziksel çevre şartlarının yetersizliği engellilerin sıklıkla karşılaştığı sorunlardır. Burada önemli bir boyut katılımıdır ve kişinin sosyal entegrasyonu anlamlı ilişkileri ve sosyal aktivelere katılım yapan kişileri yansıtır (Wise ve ark. 2017). Sosyal katılım terimi hobi, boş zaman değerlendirme, sosyalleşme, çalışma, bireyin kişisel ilişkileri ve görüşme sıklığı, hayatında olan kişilerin sayısı gibi durumları içine alan bir konudur. Diğer taraftan inme hastalarında boş zaman değerlendirme ve sosyal aktivitelerde azalma olduğu gibi sosyal katılımı da bir azalma yaşandığı bilinmektedir ve bu durum sadece faaliyetlerin kısıtlanması ile açıklanamaz (Astrom ve ark. 1993). Yapılan bir çalışmada hastalıktan sonra hastaların çevrenin kendileri ile ilgili ne düşündüğüne dair vurguları çarpıcıdır. Buna göre hastaların %58,1'i insanların kendisine acıdıklarını, %20,3'ü yapabileceği işleri kendisine yaptırmadıklarını ve %17,6'sı insanlar tarafından sevilmediklerini ifade etmişlerdir (Uslu ve ark. 2008).

Çalışmamızda buna paralel bilgiler elde edilmiştir. İnsanların uygunsuz davranışlarına vurgu yapan hastalarımız olmuştur. Bunlarla ilgili olarak insanların uygunsuz yorumlarından rahatsız olmaktadır. Örneğin;

H-2; *“şu yaşta şimdi gittim mesela komşuya domates alcam söylemesi ayıptır. Ondan sonra kadının biri geldi bana şey veriyor para veriyor şey yaptı zannetti dilenci. Dedim ki ya teyze kusura bakma ben dedim komşudan, dedim parayla domates almaya geldim, sen dedim kalkmışın dedim ne bileyim dedim baştan araştır yani ben dedim şeye (dilenci) benziyom mu yani.”*

H-3; *“Sana ne oldu sen 110 kilo adamdın nasıl oldu. Aslında onlar da biliyorlar benim beyin kanaması geçirdiğimi. Eski halime bakarak şimdiki halime bakarak üzüntü yaşıyorlar tabii şimdi. Ben hissediyorum bunu arkadaşlarımla hep böyle gezmeyi eğlenmeyi seven insandım. şimdi beni yanlarında götüremiyor niye götüremiyorlar indirmesi bindirmesi kaldırması koparması. Ben zaten kendim gitmek istemiyorum yük olurum diye insanlara. Yine arıyorlar telefonunu olsun sağ olsunlar gene diyorlar gel gidelim, götürelim biz seni taşıyoruz. Misal onlara ağır geleceğim diye. Teşekkür ediyorum nezaketle yolluyorum. Ama telefonunu her gün ararlar dostlarım arar yani.”*

Hastalık süreci ile birlikte hastaların alınganlık seviyesinin de artmış olduğu düşünülürse çevrede bulunan ve hastanın motivasyonuna katkıda bulunma potansiyeline sahip kişilerin empati kurmaktan uzak oldukları anlaşılmıştır. Bu durumda hasta bu tür davranışlara maruz kalmamak için de toplumsal hayata katılım konusunda isteksiz davranabilmektedir.

Dışarı çıktıklarında karşılaştıkları bir sorun var mıydı sorusuna verdikleri cevaplar ise gerçek bir ironi yaratmıştır. Örneğin;

H-9; *“Bir yere gidip bir şey yapamıyorum ki bir işe karışmadıktan sonra hiçbir engel yok.”*

Ayrıca düşme korkusu dışarı çıkmak konusunda da engeldir. Hastalık sürecinde sadece iki defa dışarı çıkan hastanın sosyal hayat tarifi ise şöyledir.

H-7; *“Şimdi sosyal hayatında nasıl değişti, şimdi gezmeye gidiyorsun oturuyorsun. Böyle hiçbir yere kalkıp bir yere gidemiyorum kendini hareket etmeyi canın istiyor, edemiyor işte o zaman canın sıkılıyor. Canım sıkılıyor moralim bozuluyor. Gitmek istemiyorsun hiçbir yere.”* ifadesini kullanmıştır.

Duygu ve algılama, duygusal açıdan belirgin olan bilginin ortamda tanımlanmasını ve bu duygusal durumların çözülmesini içerir. Yüzlerden ve seslerden duygusal sinyalleri çözebilme yeteneği, bir sosyal çevrede duygusal tepki, duygusal deneyim ve başarılı etkileşimin oluşmasında önemli bir bileşen olarak düşünülür (Blonder 1992). Bu türlü duygusal deneyimin sosyal ortamlara katılmayı nasıl engellediğini anlatan katılımcılarımızda mevcuttur. Örneğin;

H-4; *“İğrenç bir bakış gibi geliyor bana hala.”*

H-6; *“Dışarı çıkarsam benim arkamdan gülerler komşular gibi geliyor en iyisi otur evde diyom”* şeklinde ifade ederek deneyimlerini paylaşmışlardır.

6.2.5. İnmeli Hastanın Yaşam Kalitesinin Tinsel Boyutu İle İlgili Bulgular

Çalışmada inmeli hasta ve bakım verenlerin yaşam kalitesinin tinsel boyutu ile ilgili vurguladıkları benzeşik ifadelerden yola çıkarak “yaratıcıya sığınma ve

tevekkül geliştirme” ve “hayatın anlam, amaç ve değerlerinde değişmeler” incelenmeye alınmıştır.

Çizelge-10. İnmeli Hastaların Yaratıcıya Sığınma ve Tevekkül Geliştirme Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım

	H-1	H-2	H-3	H-4	H-5	H-6	H-7	H-8	H-9	H-10	TOPLAM
Yaratıcıya Sığınma	1	2	1	1	2	0	0	2	1	0	10

Çizelge-10’de inmeli hastaların yaratıcıya sığınma ve tevekkül geliştirme ile ilgili bilgiler yer almaktadır. İnmeli hastaların yaratıcıya sığınma ve tevekkül geliştirme ile ilgili bilgileri ele alındığında hastalar bu hastalığın Allah'tan geldiğine ve onlar için bir sınav olduğuna kanaat getirip daha çok şükür ettiklerini ifade etmişlerdir. Çizelge incelendiğinde çalışmaya katılan 10 hastadan yedi si bu konuya vurgu yapmıştır ve konuyla ilgili ifadeleri ise aşağıdaki şekildedir.

H-1. “Allah daha beterinden korusun.”

H-2 “Şimdi sağlığım valla yani Allah’ıma hamd olsun diyeyim.”

H-3 “Bu ayağım kötü. Yine de şükrediyorum tuvalet ihtiyacımı gideriyorum altı ay altım bağlandı.”

H-4 “Allah’ıma çok şükür ya ihtiyacım yok kendi ihtiyacımı görüyom evde işimi görüyom.”

H-8 “Allah’ım sabır Allah’ım sabır dedim. Allah’tan gelene amenna dedim. Allah’a inancımı devamlı ayakta tuttum. Allah’tan geldi.”

Tevekkül geliştirme Türkçe’ de kadere razı olma ve her işini Allah'a bırakarak Allah'tan bekleyerek kişinin gayret göstermesi ile ilgilidir ancak gücünün yetmediği yerde Allah'a güvenilir. Tevekkülün bir diğer anlamı da vekâlettir. Vekil bir başkasına emanet edilen işi, sorunların çözümünü ya da havale edilen kimseyi ve bir başkasının davranışlarıyla ilgili sorumluluğu alan kimseyi ifade eder (Esed 1999 Akt: Akto 2016). Giaquinto ve Arkadaşları tarafından 2010 yılında yakın tarihli inme

sonrasında işlevsel iyileşme üzerine din ve maneviyatın rolü incelenmiş, İki aylık standart rehabilitasyon programına giren ardışık inmeli 112 hastadan elde edilen veriler analiz edilmiştir. Yapılan incelemede dini inançlar, ruh hali gelişimi ve fonksiyonel iyileşme arasındaki ilişki çoklu doğrusal regresyon ile araştırılmıştır. Araştırma sonucunda inanç ile işlevsel bağımsızlığın sağlanması arasında herhangi bir ilişki doğrulanamamış ve yapılan bu çalışmada "başarı çıkma stratejisi" olarak dindarlığın işlevsel iyileşme ile ilgisi olmadığı sonucuna varılmıştır (Giaquinto ve ark. 2010).

Kuveyt'te inme hastalarının dini inanç ve öz yeterlilikleri sağlık çalışanlarının görüşleri alınarak incelenmiştir. Yarı yapılandırılmış soru formları ile bir doktor dört fizyoterapist ve beş hemşire ile görüşmede içerik analizi yapılmıştır. Sağlıkçılar, hastaların kendilerini bir dayanıklılık testinden geçtiklerini düşündüklerini ve böylece tanrı ile ortaklıklarını güçlendirdiklerini düşündüklerini ifade etmişlerdir. Kadenci inançların ve inme ile cezalandırıldığını düşünmenin kişinin öz yeterliliğini baltaladığını düşünmüşlerdir (Omu ve Reynolds 2014). Çalışmamızda hastaların Allaha şükür ederken sırtlarını dikleştirmeleri ve bu sırada seslerinin yüksek çıkması dikkat çekmiştir.

Çizelge-11. İnmeli Hastaların Hayatının Anlam, Amaç ve Değerler Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım

	H-1	H-2	H-3	H-4	H-5	H-6	H-7	H-8	H-9	H-10	TOPLAM
Hayatın Anlamı	1	1	3	1	2	3	5	1	4	2	23
Amaç ve Değerleri											

Çizelge-11'da inmeli hastaların hayatının anlam, amaç ve değerleri ile ilgili bilgiler yer almaktadır. İnmeli hastaların hayatının anlam, amaç ve değerlerinde yaşadıkları değişimlerle ilgili olarak görüşleri alındığında bütün hastaların konuya vurgu yaptıkları anlaşılmıştır. Farklı sayılarda yapılan bu vurgulamalarda daha çok hayatın anlamı ile ilgili değerlendirmelerde bulunmuşlardır. Örneğin;

H-2; "55 seneden sonra diyosun hani birşeyi doğru düzgün yapamıyorsun. Adama bi tuhaf geliyor öyle değil mi?" Bir şeyi yapamıyor olmayı anlamlandıramama ya da,

H-10; “*Ne olsun ki ben zaten emekli bir adamdım çalışmıyordum, gene çalışmayacağım, belki çocukları biraz daha gider fazla ziyaret ederim artık yaşlandım, bir ayağım çukurda gibilerde ama onun dışında değişeceğini çok sanmıyorum*” diyerek sevdikleri ile vakit geçirmeye salık vermektedir.

İnsanın anlamsız bir şekilde var olduğu düşüncesi insan bilincine aykırıdır ve insan var olduğundan bu yana kendisinin ve dünyanın varlığına bir anlam vermeye çalışır. J.J.Rousseau’nun Emile’si Her şeyi yaratma gücüne sahip olanın güneş olduğuna kanaat getirmiştir. İnsanlar farklı dini inanış ile hayatlarına birer anlam katma çabasındadırlar. İnsanoğlu var olmasının hiç bir sebebinin olmadığı düşüncesine katlanamaz. Çok uzun yıllar boyunca inançları ve doğaya bağlı yaşam şekilleri insanları bu tür endişelerden uzak tutmayı başarmıştır (Sezer 2012). Değerler, insanların tutum ve davranışlarını etkiler; tutum ve davranışları belirleme, biçimlendirme ve yönlendirmede önemli rol oynarlar. Bireylerin önemli problemlerini ve o kişinin benimsedikleri değerler hakkında güvenilir bilgileri dikkate almadan anlamak, değerlendirmek ve yorumlamak zordur. Bireylerin, grupların ve çeşitli kültürlerin değerleri hakkında bilgi edinerek, onların tutum ve davranışlarını büyük ölçüde önceden kestirebiliriz (Başaran 1992; Akt: Kulaksızoğlu ve Dilmaç 2000). Hayatın amacını bireyin yaşamı boyunca gerçekleştirmek istediği niyet ve hedefler şeklinde tanımlayabiliriz (Yalom 2001).

Yapılan literatür taraması dışında bu hastaların hayatlarının anlamı amaç ve değerlerinde yaşadıkları değişikliklerle ilgili yapılan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan görüşmelerde hayatın anlamı amaç ve değerleri ile ilgili hastaların kendi değerlendirmelerinde; hayatın anlamı ile amaç ve değerleri birbirinden farklı şekilde ele almışlardır.

Buradan hareketle aslında hayatın anlamı kavramı insanın maddi ve manevi boyutuyla iyi olma halini en kapsamlı şekilde gösteren bir kavram olduğu söylenebilir (Kaya ve Küçük 2017). Kanser hastaları ile yapılan çalışmada araştırmacılar hayatın anlamını yordayan faktörleri ele almışlardır. Buna göre bireyin kendisini ekonomik olarak güvende hissetmesi, kişilerarası ilişkilerin iyi olması, insani değer ve idealleri koruması hayatın anlamını yordayan en önemli kaynaklar

olarak ortaya konmuş, aynı zamanda bu kaynakların psikolojik iyi oluş için de çok önemli olduğuna dikkat çekilmiştir (Scheffold ve ark. 2014) .

Bir diğer konu ise hedeflerde yaşanan değişimlerdir. İnmeli hastaların hedefleri değerlendirildiğinde çoğu hastanın hastalıktan önce belirgin bir hedefleri olmasa da hastalıktan sonraki hedefi özellikle yürüme konusundadır. Konuyla ilgili olarak;

H-4; *“Bir hedefim yoktu. Hedefimiz çoluk çocukları da evlendirmek onu da evlendirdim çok şükür başka bir şey yok yani.”*

H-3; *“Var abla gene aynı şekilde inanın aynı dilekleri yatarken düşünüyorum bunları iyileşeceğim gene inşallah daha iyisini yapacağım. Hani benim ölmediğimi göstereceğim insanlara. Niyetim bu, nefes aldığım sürece inşallah çünkü, daha yaşım genç değil mi yani. 70-80 yaşında bir insan değilim. 70-80 yaşındaki insanlar mücadele veriyor ben niye vermeyeyim.”*

H-5; *“Eee yürüme konusu, iyi günler ilerde (hasta keyifle gülüyor)”*.

H-6; *“Hayattaki amacım bir kalksam bir gidi versem tuvaletime varsam biraz, ben başka bir şey istemiyom başka amacım yok.”*

Çalışmamızda yer alan genel sağlık durum algısını ele alan benzer bir çalışmada ise, erken dönem inme sonrası iyileşme için hedefler ve sağlık durumu algılarını belirlemeye yönelik nitel bir çalışma yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda bütün katılımcıların inmeden sonra sağlıklarının bozulduğunu ifade etmelerine rağmen gelecek için umutlu olduklarını görülmüş olup günlük işlerini yapmayı ve tanımlanan hedeflerine çabucak ulaşmayı istedikleri ortaya konmuştur (Hartigan ve ark. 2011). Çalışmamıza katılan hastaların sağlıklı yaşama tekrar kavuşmayı olan inançlarını devam ettirmeye gayret ettikleri gözlemlenirken bu durumun yaşı daha ileri olan hastalarda ve hastalık süresinin uzaması ile azaldığı gözlemlenmiştir.

6.2.6. İnmeli Hastanın Yaşam Kalitesinin Ekonomik Boyutu İle İlgili Bulgular

Çalışmada inmeli hastanın yaşam kalitesinin ekonomik alt boyutunun nasıl etkilendiğini ele almak için hastaların kullandığı “çalışmama”, gelir kaybı” ve “yeni masraflar” benzeşik ifadelerinden yola çıkılmış ve analiz yapılmıştır.

Çizelge-12. İnmeli Hastanın Ekonomik Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım

	H-1	H-2	H-3	H-4	H-5	H-6	H-7	H-8	H-9	H-10	TOPLAM
Çalışmama	1	2	1	2	1	1	3	1	1	1	14
Gelir Kaybı	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	4
Yeni Masraflar	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	4

Çizelge-12’de inmeli hastanın çalışma yaşamı ve ekonomiye yansımaları ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Çalışmamıza katılan inme grubundaki hasta sayısı 10 dur. Bu hastalardan yedisi erkektir ve bu erkek hastalardan dördü inme geçirmeden önce çalışıyor durumda olduklarını belirtmişler. Bu hastalardan üçü daha öncede emekli oldukları için çalışmadıklarını ifade etmişlerdir. İnme sonrasında hiçbir hasta işine geri dönememiştir. Kadın hastalardan 3’ü ise ev hanımıdır, ancak ev hanımlığını da bir çalışma yaşamı olarak düşünülecek olursa, bununda aslında bir işgücü kaybı olduğundan, hiçbir hastanın inme sonrasında tekrar işe geri dönemediği anlaşılabilir. Buradaki bulgularda elbette hastaların çalışma hayatındaki işlevlerini yerine getirecek işlevselliği kazanamadıklarını ifade etmek gerekmektedir.

Çizelge incelendiğinde hastaların hepsi çalışmama konusuna vurgu yaparken çalışma yaşamından çekilen dört hasta gelir kaybına uğradıkları konusuna vurgu yapmışlardır. Üç hasta ise hastalık sürecinde yeni masraflarla karşılaştıklarını dile getirmişlerdir. Örneğin,

H-3; “ %100 etkiledi. Çalışmıyorum. Çalışmıyorum, hiçbir şey, hiçbir şeycik yapamıyorum. Normalde ben çalışan bir insandım. Şimdi hiçbir şeycik yapamıyorum. Oturuyorum çekyat tepesinde, fizik yapıyorum evde boş boş. Arada bir eşim alıp gezdiriyor beni. Dışarıda sabahları koluma girip gezdiriyor. Yani şu anda sıfır sosyal hayat. Götürebilirse gidiyorum, götüremezse bekliyorum, balkonda bekliyorum, misafir bekliyorum”.

H-8; *“Tezgâh açıyodum ben, evet çalışıyodum. Takke satıyodum, şarj aleti satıyodum caminin karşısında... Yok, yapamıyom çıkamıyom. Çocuklar zaten dedi baba hiçbir şey yapmayacaksın dedi.”*

H-9; *“Yok nasıl gideceğim evden çıkamıyom ki gideyim, araba kullanamıyom.”*

Kadınlar ise ev işlerini yapabilme konusuna vurgu yapmışlardır.

H-4; *“Tabii yapamıyom. Etkiledi şöyle istiyom mutfağa giriyim istediğim her şeyimi yapıyum. Ama yapamıyom. Beceremeyince de beni etkiliyo, üzülüyom ağlamaklı oluyom anında.”*

Çalışmak inme hastalarında genellikle ilk önceliği olan bir konu değildir. Ancak genç hastalar için aslında bu kritik bir konudur. İşlevsellikte az bozulma olan genç hastalar işe geri dönebilmektedir. Özellikle sağ tarafta meydana gelen inmelerde fazla fiziksel hareketi gerektirmeyen işlerde çalışabilirler (Burkman 2010). Rehabilitasyon inmeli hastaların uzun dönem zarfında fiziksel aktivite kabiliyetini arttırıp yeniden işlevsellik kazandırır. Bunun yanında rehabilitasyonun hastaların yaşam kalitelerini olumlu olarak etkilemesine rağmen hastaların sosyal hayata katılım ve çalışmaya tekrar dönüşleri konusunda ciddi sıkıntılarla karşılaştıkları bilinmektedir (Yeşilyurt 2010). Öztürk ve arkadaşları (2002) yaptıkları bir çalışmada 71 inme hastasını incelemişler ve bu hastalardan sadece 21'inin inme öncesi çalıştıklarını ve bu 21 hastadan sadece ikisinin inmeden sonra işe dönebildiğini bulmuşlardır (Öztürk ve ark. 2002). Lock ve arkadaşları tarafından 2010 yılında inme sonrasında çalışmaya geri dönüşle ilgili bir araştırma yapılmıştır. 37 hasta ve 12 bakım vericisi ile yapılan beş odak grup çalışması içeren çalışmada rehabilitasyon süreci, işverenin durumu, sosyal yapısal faktörler ve kişisel faktörler olmak üzere temalar ortaya çıkmıştır. Altyapı, kurumsal ve yapısal uygulamalar, kişisel tutumlar ve toplumsal baskının çalışma yaşamını etkilediği bulunmuştur (Lock ve ark. 2005). Yapılan başka bir çalışmada da inmeden önce çalışan hastaların %27'si inmeden bir yıl sonra tekrar istihdam edilebilmiştir. Bu durumdaki hastaların işlevsel yeteneği önemli olmaktadır (Gabriele ve Renate 2009).

Çalışmak çoğu insanın yaşamında ve mutluluğunda merkezi bir öneme sahiptir. İstihdam doğal olarak gelire ve böylece de yaşamımızdan tatmin duyma için ihtiyacımız olan mal ve hizmetlere giden bir yoldur. Bu durumların dışında olan ve

en önemlisi de ücretli olsun ya da olmasın, çalışmak kişiye üretken ve toplumun önem verilen bir üyesi olduğunu göstererek, kişinin kendine güveninde de büyük ölçüde katkı sağlar (Wahl 2000). İnmeden sonra hastaların iş yaşamı konusunda yaşanan değişikliklerin hem hasta hem de bakım veren konusunda ciddi psikososyal etkiye sahip olduğu ifade edilmiştir. Aynı araştırmacılar inme hastaların başarılı bir şekilde işe dönmeleri için bu hastalarla çalışma yapan uzmanlara ekolojik yaklaşımla çalışmayı önermişlerdir (Koch ve ark. 2005).

Yapılan bir çalışmada 43-60 yaş arasındaki inme hastalarının işe geri dönüşlerinde en önemli etkenin inmeyi takiben iyileşme düzeyi ile ilgili olduğu bulunurken, işe dönemeyen diğer grup inme hastası ise ücretli bir iş istemelerine rağmen, işverenler bu hastaların sınırlılıklarının üstesinden gelemeyeceklerini düşünmektedirler. İşe geri dönenler engelleri kabul etmelerine rağmen bunları nasıl yöneteceklerinin yolunu bulamamışlardır (Alaszewski ve ark. 2006).

İnme sonrasında iş kaybı nedeniyle yaşanan ekonomik sorunlar ve yeni masraf alanlarının oluşması hasta ve ailesi için bir başka sorun alanıdır. Bununla ilgili en net örneği H-3 vermiştir.

H-3; *“Bir evim bir arabam gitti. Öncelikle onu söyleyeyim. Bir evim bir arabam gitti. Evet sattım sattım onlarla geçiniyorum, ilk önce arabamla başladım. Sonra evim vardı evimi sattım düşün onunla geçiniyorum devlet 700 milyon maaş bağladı bana.”*

Hastalardan H-2 ve H-3 ise eşinin kendisine bakmak için çalışmadığını ifade etmiştir. H-10 ise ekonomik olarak destek aldıklarını şöyle ifade etmiştir.

H-10; *“İşte şöyle diyeyim ekonomik olarak çocuklar bana aşırı destek oluyorlar. Eşim bana zaten her konuda destek oluyor. Eşimin bir maddi geliri yok. Benim emekli maaşım var emekli maaşım ile geçiniyoruz ama çocuklarım üçü de üniversiteyi bitirdi okudular üçü de belli bir yerlere geldiler. Onların durumları çok iyi olduğundan onların bize katkıları oluyor.”* Diğer hastalar ise emekli olduklarını ve emekli maaşı ile idare ettiklerini dile getirmişlerdir.

6.2.7. İnmeli Hastanın Araştırmada Sorulmasını Uygun Gördüğü Sorular

Yapılan çalışmada inmeden sonra hastaların yaşam kalitelerini etkileyen sorun alanlarını belirlemeye yönelik olarak yaşadıkları durum ve deneyimledikleri sağlık sorunları ile ilgili olarak yarı yapılandırılmış soru formları ile görüşme yapılarak konuya bir açıklık getirilmeye çalışılmıştır. Ancak kişinin öznel tecrübeleri ile edindiği bilgiyi ve kendisi için neyin önemli olduğunu anlamaya çalışmanın önemini bir kenara bırakmamak da önemlidir. Bu anlamda araştırmacı tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış sorulardan sonra hastaya “İnmeli hasta bu araştırmayı yapıyor olsaydı başka neler sorardı” sorusu yöneltilmiştir. Hastaların konuyla ilgili olarak verdikleri cevaplar ele alındığında yedi hasta soruları yerinde bulmuşlardır. Örneğin;

H-7; “*Sen gerekeni sordun.*” ifadesi ile anlatmışlardır.

Bunun yanında şu şekilde öneride bulunan da olmuştur;

H-1; “*Nassın diye sorardım.*” derken

H-2 ve H-4 ise sağlık çalışanlarının hastalara davranışlarıyla ilgili olarak soru sorulması gerektiğine vurgu yapmışlardır. Örneğin bunu;

H-4; “*Doktorlar nasıl davranıyorlar diye sorardım.*” diye ifade etmiştir. Kendilerine hekimlerin daha dikkatli davranması gerektiğini ve daha çok zaman ayırmaları gerektiğine vurgu yapmıştır.

6.3. BAKIM VERENİN İNME DEN SONRA YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN SORUN ALANLARININ BELİRLENMESİNE İLİŞKİN BULGULAR

İnmeden sonra ilerleyen dönemlerde yaşam kalitesinin nasıl etkilendiği ve alt boyutlarında ne gibi değişiklikler olduğunu anlaşılabilmesi için hem inme hastasının hem de bakım verenin yaşamlarının nasıl etkilendiğini ve bu etkilenmeyi nasıl gördüklerini anlamamız önemlidir (Lynch ve ark. 2008). Bu anlamda yaşam kalitesi

etkilenen sadece hasta değil aynı zamanda ona destek veren bakım verenlerin de olduğu unutulmadan bakım verenlerin de ele alınması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Çalışmamızın bu bölümünde bakım verenlerin inmeden sonra yaşam kalitesinin nasıl etkilendiği ele alınmıştır.

Türk Dil Kurumu sözlüğünde bakım kelimesi; “bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek” olarak tanımlamaktadır (<http://www.tdk.gov.tr> Erişim Tarihi: 15 Ekim 2017). Bakım verme şekli bakım veren bireyler için değişik boyutlarla algılanan bir deneyimdir. Tek bir yardım çeşidi ile sınırlı değildir ve duygusal destek, fiziksel destek ya da maddi destek vermeyi de içermektedir (Mollaoğlu ve Ark. 2011; Burkman 2010). İki türlü destek çeşidi vardır formal ve informal destek. Formal destekte kişi bakım vermenin karşılığında bir ücret almaktadır. İnfomal destekte ise aile üyeleri veya arkadaşları tarafından sağlanan yardım olarak tanımlanır. İnfomal destekte hastalara karşı şefkat veya kişisel yükümlülük ve duygusal yardımda bulunulur. İnfomal sosyal destek faaliyetleri içinde, kişisel veya ev işlerine yardım, para yardımı veya diğer kaynaklar, tavsiye verme veya rehberlik, arkadaşlık ve duygusal cesaret sağlanması bulunmaktadır (Kaufman ve ark. 2010).

İstatistiki olarak ele alındığında bakım verenlerin % 78’inin kadın olduğu ve bu kadınların % 34’ünün eşlerine bakmakta olduğu bulunmuştur (Altun 1998). Nitekim bizim çalışmamıza katılan hastalara bakım verenlerin sadece ikisi erkek diğerleri ise kadındır. 10 hastadan yedisine ise eşleri bakmaktadır. Üç bakım veren ise inmeli hastanın çocuğudur.

İNME genelde aniden gelişen bir olaydır ve bakım vericiler için hazırlanmaya vakit yoktur. Çoğu bakıcı konuyla ilgili çok az bir bilgi ve tavsiye almıştır ve doğru değerlendirme yapmak için yeterli farkındalığı yoktur. Ayrıca bakıcılık rolü içinde yetersiz olarak hazırlanırlar (Brereton ve Nolan 2000). Bakım verenler kendi yaşamlarında birçok değişiklikyle yüz yüze kalırlar ve kendi sağlıkları ile ilgili birçok sorun yaşarlar. Hastaları sevmelerine ve bunu görev olarak görmelerine rağmen herhangi bir bilgi eğitim ya da destek görmeden bakıcı rolünü devam etmek zorunda kalırlar. Bu işi zor bulduklarında ise kendilerini suçlayıp bencil olduklarını düşünebilirler (Stroke Association 2012).

Bu noktada hastalık süreci içinde bakım verenlerin durumunu güzel bir şekilde özetleyen Lutz ve Arkadaşlarının (2011) saptamasını göz atmakta fayda vardır. İnmeli hasta ve aileleri rehabilitasyon sürecinde hastanın işlevsel olacaklarını umarlar. İnmeden evvelki seviyeye ulaşamamaları da en azından tuvalet ve hijyen gibi temel ihtiyaçlarını karşılama konusunda daha yeterli hale gelmelerini arzu ederler. İnmeli hastaların oturabilme süreleri kısadır ve önemli fonksiyonları kısıtlanmıştır. Birçok bakım veren taburculuk için kaynaklarını ve hazırlıklarını yerine getirmekle ve hastaya fiziksel ve duygusal olarak en iyisini yapmakla görevlidirler. Ancak bakım verenler hem tedarik konusunda hem de fiziksel ve duygusal hazırlık konusunda yetersiz kalmaktadırlar. Bakım vericilerin tamamen iyileşme olmayabileceği düşüncesine, evi modifiye etmeye, taburcu olduktan sonra devam edebilecek olan işlevsel bozukluklarla başa çıkma stratejisi geliştirme ve bunları öğrenmeyle ilgili yeterli zamanları da yoktur (Lutz ve ark. 2011). Bakım vermek sevginin bir ifadesi olsa da adanmış insanlar için dahi zor, sinir bozucu ve zaman zaman bunaltıcı bir durumdur (Burkman 2010). Çoğu potansiyel bakım veren, bakıma muhtaç olan kişi ile ilişki içindedir ve ona karşı sevgi hissi ve bakım yükümlüğü hisseder. Genelde bakım güdüsünün güçlü olması ve duygusal bağlılıkla bakım verme işi yürütülür. Böyle bir bakım eğilimine rağmen bakım vermenin, bakım verenin hayatı üzerinde muhtemel etkileri ve kapsamıyla ilgili sınırlı bir bilgiye ve anlayışa sahip olmak bilinçli seçimler yapmasına da engel olur (Brereton ve ark. 2000).

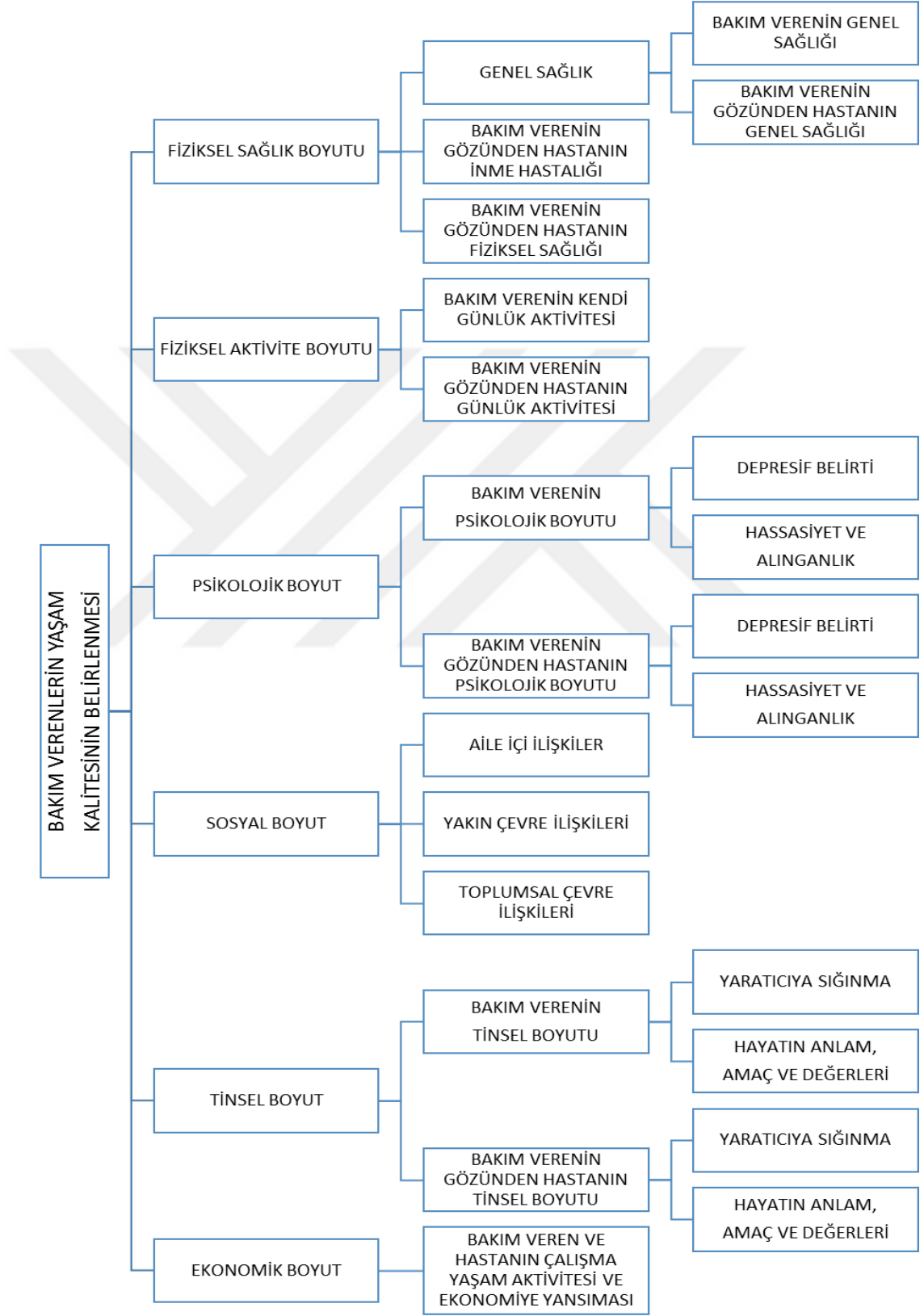
Kişi bakıma istekli olsa bile bakım verme yeteneği ve kapasitesi ayrıca düşünülmesi gereken bir konudur ve Stewart ve arkadaşları (1994), bakım vermeye ilgili dört farklı odağa dikkat çekmektedir, bunlar;

- Bakımın fiziksel yönlerinin ele alınması
- Bakımın duygusal yönleriyle ilgilenmek
- Stresle nasıl başa çıkılacağını öğrenmek
- Hizmetlere erişimi öğrenmek (Akt: Brereton ve ark. 2000).

Çalışmamızın bu bölümünde hastalara bakım verenler ile yapılmış olan görüşmelerin analizlerine yer verilmiştir. Hasta görüşmelerine paralel olarak hazırlanmış olan yarı yapılandırılmış soru formları kullanılmıştır. Bu görüşmeler

neticesinde elde edilen bulgular literatür taraması sırasında ana tema olarak oluşturduğumuz fiziksel sağlık boyutu, fiziksel aktivite boyutu, psikolojik boyut ve sosyal boyut ile tinsel ve ekonomik boyut pencerelerinden ele alınarak analiz yapılmaya çalışılmıştır. Verilerden elde edilen bulgular ile yapılan analiz neticesinde ulaştığımız bilgiler yukarıda sayılan boyutlar başlığı altında ele alınarak açıklanmıştır. Ana tema olarak açıklanan boyutlar ve alt temaları ile ilgili genel bilgiler, inmeli hastaların analizi sırasında verilmiş olduğundan bu bölümde bu konulara değinilmeyecektir. Bu alanda bakım verenlerin kendi yaşadıkları zorlukların yanında kendi gözlemleri ile hastanın durumuyla ilgili görüşlerini içeren bilgiler yer alacaktır. Yapılan görüşmeler neticesinde oluşturulan ana temalar katılımcıların kullandıkları benzeşik ifadelerden yola çıkarak alt temalara ayrılmış ve aşağıdaki şekilde şemalandırılmıştır.

Şekil 2. Bakım verenlerin İnmeden Sonra Yaşam Kalitesini Etkileyen Sorun Alanları Kod Diyagramı



6.3.1. Bakım Verenin Yaşam Kalitesinin Fiziksel Sağlık Boyutu İle İlgili Bulgular

Çalışmamızda bakım verenlerin genel yaşam kaliteleri ile ilgili olarak sağlık boyutu değerlendirilmiştir. Bunun için bakım verenlere sağlık boyutu ana temasının altında hasta ve bakım verenin genel sağlık durumu, bakım verenin gözünden hastanın inme hastalığı durumu ile yine bakım verenin gözünden inme hastasının fiziksel sağlık durumu ile ilgili olarak katılımcıların görüşlerine ait bilgiler değerlendirilmiştir. Yapılan analiz neticeleri ise aşağıdaki şekildedir.

Bu bölümde bakım verenin gözünden hastanın genel sağlık durumu ve kendi genel sağlık durumları ile ilgili katılımcıların bilgiler değerlendirmeye alınmıştır.

Çizelge-13. Bakım Verenin Hastanın Genel Sağlık Durumu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım

	BV-1	BV-2	BV-3	BV-4	BV-5	BV-6	BV-7	BV-8	BV-9	BV-10	TOPLAM
İyi	0	0	1	2	2	0	1	0	1	1	8
Kötü	1	3	1	0	0	1	1	1	0	0	7

Çizelge-13'te bakım verenin hastanın genel sağlık durumunu nasıl gördüğüne ilişkin bilgiler yer almaktadır. Yapılan görüşmelerde bakım verenlerin hastanın genel sağlık durum değerlendirmesi ile ilgili görüşleri ele alındığında yoğunlukla “iyi” ve “kötü” benzeşik ifadelerle vurgulandığı görülmektedir. Çizelge incelendiğinde altı bakım veren, hastanın durumunu iyi olarak değerlendirirken altı bakım veren ise kötü olarak vurgulamıştır. Verilen cevaplar değerlendirildiğinde iki bakım veren, hastasının genel sağlık durumunu değerlendirirken hem iyi olduğuna hem de kötü olduğuna vurgu yapmıştır. Bu durumda hastanın sağlık durumunun ilk inme geçirilen

zamana göre iyi olarak değerlendirilmesinin yanında diğer sağlıklı kişilerle karşılaştırıldığında yapılan kıyaslama söz konusudur. Örneğin;

BV-3; “*Şu anda hastanın durumunu gayet iyi değerlendiriyorum. Benim açımdan eski halini gördüğüm için şu andaki hali çok çok iyi benim gözümde. Şükrediyom yani. Tabii dışarıdaki insanlarla karşılaştığımızda tabii çok fark var. Fakat hastalığın vermiş olduğu bir şey ile yani olabildiği kadar bu kadar olabiliyor bir buçuk yıldır uğraşıyoruz. Sonuçta uğraşmalarımızın sonucu en fazla bu kadar iyileşebildi. Yani tabii ki yani dışarıdaki insanlar gibi olamaz ya sonuçta beyin kanaması geçirdi.*”

BV-7; “*Bedeni çok güzel topladı çok güzel oldu.*”

BV-9; “*Çok iyi genel sağlık şu an çok iyi yani. Genel sağlık durumu şuan için çok iyi doktorlar bize bunu hiç beklemeyin dedi bize, ilk hastalandığında doktorlar tarafından söylendi, yani bu yatalak kalacak dediler, yani bundan hani çok şey beklemeyin yani hani. Elinin hiç gelmeyeceğini zaten söylediler hiç gelmiyor böyle vakalarda yani... Bir şey beklemeyin dediler mucize hep bekledim ben, ama hep bir mucize, yani Allah'ın mucizesi yani ama çok da mücadele ettik, gerçekten hani hiç durmadık. Mesela fizik alternatif tıp hepsini denedik yani hani denemediğimiz bir şey kalmadı yani.*”

BV-10; “*İyiye gidiyor buraya geldiğimizde şu parmak böyle oynamıyordu... Tabii canım ondan sonra bu ayak şu kadar kalkıyordu ama şimdi maşallah tuvalete bile tekerlekli sandalye ile gidip böyle kaldırıp böyle oturuyorduk. Ama şimdi bastonla sadece arkada tedbir amacıyla sol tarafından tutuyorum o şekilde bastonla yavaş yavaş gidiyoruz.*”

Görüldüğü üzere bakım verenler hastanın genel olarak sağlık durum değerlendirmesini yaparken daha çok bedensel işlevleri geri kazanıp kazanamadığına göre yapmışlardır. Bir bakım veren ise hastanın genel sağlık durmunu daha bütüncül bir yaklaşımla ele alarak şu ifadede bulunmuştur.

BV-5; “*Genel sağlığı iyi, kendi dünyasında, anlayabildiğim kadarıyla ruh dünyası iyi, büyük inişleri çıkışları ya da depresyon hali gözlemiyorum. Daha çok refakatçiler etkileniyor galiba. Beden sağlığı olarak da bizim herhangi bir kronik hastalığınız yoktu öncesinde yoktu şu anda da yok. Yetişkin bir kişinin bulguları*

nasılsa babamınki de öyle, beslenme ile ilgili herhangi bir sorunumuz yok, iletişim kurmakla ilgili bir sorunumuz yok. Yeter ki iletişim kurmak istersin yani o konuda şeyiz, biraz daha erkeklerle ve benzer ilgi alanı olan kişilerle diyalogu iyi.”

BV-10; *“Tamam %100 değil ama ilkinde %40’luk bir gayret var. Eskiden ağzına besliyordum yani altını temizliyordum. Altına bez filan tutmadık ama ördekle kaçırdığı zaman çamaşırlarını değiştiriyorduk. Büyüğünü işte dediğim gibi çocukları bekliyorduk ya da oradaki hizmetli geliyordu bir tanesini rica ettiler... Bey'e onlar gelip yardımcı oluyordu yoksa ben tek başıma tuvalete filan götüremiyordum.”*

Bu değerlendirmelerin genelinde hastanın hastalığın ilk başlangıç durumunda iken yoğun bakımda kalma, yatalak olma durumu, tamamen bakım ve gözetim gerektirmesi gibi etkenleri ile bakım verenler hastalığın başlangıcı ve şu andaki durumu kıyaslama arasında yapmışlar ve cevaplarını bu doğrultuda vermişlerdir. Bu durum elbette bakım verenin yoğun altında olan bir konu olduğu anlaşılmiş ve hastanın her türlü ilerlemesi ya da işlevsellik kazanma potansiyelini anlamaya çalıştıkları gözlemlenmiştir.

Hastanın genel sağlık durumunu “kötü” olarak değerlendirenler ise yine hastanın bedensel fonksiyonları üzerinde durmuşlardır. Konuyla ilgili olarak;

BV-1; *“Teyzenin durumu bizce kötü sağlıklı olsa daha iyi olur, daha iyi düzenimiz olur şimdi kendi başımıza bir hastalığı düşünüyoruz, başka düşündüğümüz bir şey yok iyileşmek iyileşmeyi düşünüyoruz bir an önce hastalığımızdan kurtulalım.”*

B-6; *“Tabii ki hasta... Ee yani her şeyi her şeyi farklı annem de hiç önceki hali yok.”*

Bunlarla birlikte hastanın iyileşme hızını düşüren ve bedensel fonksiyonlarını etkileyen diğer hastalıklar da hastaların inme durumuna eşlik etmektedir.

BV-2; *‘Hep hastalıktan şikâyet ediyor... Herhalde bu çocukken kalp romatizması mı ne geçirmiş ondan sonra biraz hassas bünyesi çabuk üşür, sıtmalanır hastaneye gideriz. Tansiyonu çıkar hastalanır hastaneye gideriz. Kalbi rahatsızdı o gerçi haksız bi taraflarıda var, anlamadılar işte kalp yetmezliği çıktı, sonradan baya bi süre belki bi 10 sene 20 sene sonra çıktı bu hastalık anlamadılar onla uğraştık.”*

BV-7; *“Genel sağlık durumu önceden çok iyiydi sonradan bu ameliyat oldu, ameliyattan sonra merdiven çıkmış, benim oğlum önden hızlı gitmiş. O da onunla*

merdiven çıkınca o da hızlı çıkmış gençleri biliyorsunuz onlar hızlı. Gitti mi o da çıkmış. Hızlı hızlı çıkınca kan pıhtısı şey yaptı beynine. Ondan sonra bir daha şey yaptı hastanede yattık işte ondan sonra bir daha düştü kalçayı kırdı.“

İnme hastalarının iyileşme sürecinde yavaş ilerlemesi, hastalığın başka komplikasyonları yanında getiriyor olması ve hastalık konusunun odak konu olması gibi nedenlerle bakım verenlerde bir bıkkınlık yarattığı görüşmelerde gözlenen bir başka unsurdur.

Çizelge-14. Bakım Verenin Kendi Genel Sağlık Durumu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım

	BV-1	BV-2	BV-3	BV-4	BV-5	BV-6	BV-7	BV-8	BV-9	BV-10	TOPLAM
Değişiklik Yok	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Kötü	2	1	1	2	2	2	2	1	0	2	15

Çizelge-14’de bakım verenin kendi genel sağlık durumları ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Bakım verenin genel sağlık durumuna ilişkin görüşlerini ele alan çizelge incelendiğinde bakım verenlerin dokuzu kendi sağlık durumlarını kötü olduğunu ve iki kişi de ise değişiklik olmadığını vurgulayan benzeşik ifadeler kullanmışlardır. Konuyla ilgili olarak;

BV-1; *"Kendi sağlığım ya nasıl diyim iyiydim, ben iyiydim ama bu hasta olmaya başladıktan sonra tansiyon, kafa dönme bazı bazı öyle şeyler oluyor.“*

BV-2; *"Ben aklıma geldikçe ağladım böylee sonra işte rahatsızlandım böyle oturdum karnım pır pır pır pır pır pır pır pır. Bir sene sonra gittim doktora kardolojiye gittim kalp yetmezliği başlangıcı var dedi.“*

BV-3; *"Tabii ki eşim rahatsızlıktan sonra benim de sağlığım bozuldu, psikolojim bozuldu, ilk önce psikolojimden sonra belim rahatsızlandı kaldırıp koparmaktan, çevirmekten döndürmek. Benim belimde yani şu anda ben de burada şeylere giriyorum mesela havuzlara (kaplıca tedavisi) giriyorum.“*

Burkman (2010) bakım verenleri inme sonrası bakım sürecinde nelerin beklediğini bakım verenlere hitaben şu şekilde ifade etmiştir; Genellikle bakıcılık fiziksel olarak dayanıklılığınızın ötesine geçmek demektir. Örneğin, sevdiğiniz kişiye yataktan kaldırma, banyo yaptırma, giydirme ve yemek yedirme gibi fiziksel görevlerle yardımcı olmanız gerekebilir. Bakım veriyor olmanız sizi iyi bir gece uykusundan mahrum bırakarak sizi bitkinleşebilir (Burkman 2010). Bakım verenlerin fiziksel sağlık durumu ise inme hastalarının temel günlük aktivitelerine yardım sağlama sorumluluğu olduğu zaman önemli bir endişe kaynağı olarak karşımıza çıkmaktadır (Chow ve ark. 2007).

Bakım verenlerin ifadelerine göre kronik hastalıkları bulunan bakım verenlerin ise kendi rahatsızlık seviyelerinde etkilenme daha da artmaktadır.

BV-4; *"Yürümek kısıtlılığı hareket kısıtlılığım var. İstedğim zaman hani bi şey yapamıyorum. Hadi bir şey kaldıracam zaman zorlanıyorum kendim. Hani ben zaten tedavi gördüğüm için elimden geldiği kadar kendim mücadele ediyorum ki hastaların bana işte eşime dostuma yardımcı oluyum, diye ama kendimin de yani sağlık problemim gerçekten kötü."*

BV-5; *"Beden sağlığı olarak düşünürsek haşimato ve romatoid artrit var romatoid artrit bende ağrıdan kaynaklı olarak hayat kalitemizi zaten düşürüyor. Bunun yanında işte uykusuzluk, yorgunluk, stres. Bunlar da ekstra tetikleyen durumlar ilaçlarımı kullandığımız zaman uyanamıyorum gece babam için, tuvalet ihtiyacı için. Bıraktıyorum kullanmayı o zaman ağrılarımı şiddeti artıyor ve bu da beni gün içinde daha mutsuz daha huzursuz yapıyor bu da ikimiz için hep sikintili bir durum oluşturuyor aslında...Etkilendi yani beni beslenme şeklim değişti ben beslenme şekline çok önem veriyordum, birçok kronik hastalığım ilaçlarımı bırakma astımım vardı mesla bırakma aşamasına gelmiştik ya artık ilaç kullanmıyorum sadece doğal beslenerek dengeli beslenerek haşimato için ilaçlarım ciddi anlamda dozu düşmüştü romatoid artritte ki ilaçlarımı 4 çeşitli ilacımı bırakmıştım ve bunların hepsini sadece bir doğru beslenmeyle bide ruh dengesini koruyarak yapmayı başarmıştım bunların hepsi tabii ki geriye gitti çünkü kendime ayıracak bir zamanım yok yani ne bulursam onu yersin işte fırsatın olursa uyursun gibi bir süreç var altı aydır hani*

dört saat uyudum daha bugün, çok uyudum diyebilecek durumdayım." şeklinde olan ifadelerle paralel bulgular yapılan araştırmalarda kendine yer bulmuştur.

Bunlara örnek verecek olursak bakım verenlerle bakım vermeye başlamanın birinci yılı ve ikinci yılı arasındaki bakıcıların sağlık semptomlarına yönelik olarak bir çalışma yapılmıştır. Her iki dönem içinde de sıklıkla bahsi geçen sorunlar yorgunluk, baş ağrısı, eklem ağrısı ve az uyumak ile ilgili bulunmuş ve katılanların %30-50' sinin bütün bunları hissetmekte olduğu saptanmıştır (White ve ark. 2003). Benzer bir çalışmada ülkemizde yapılmıştır. Bakım verenlerin çoğunlukla kadın, ortalama 40 yaş grubunda, evli, ilköğretim mezunu, ev hanımı ve çoğunluğunun hasta ile birinci derece akrabası kişiler olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin hastalara fiziksel ve psikolojik yönden destek oldukları ve %65,3 gibi büyük bir bölümünün bakım verdikleri dönemde zorlandığı saptanmıştır. En çok zorluk yaşadıkları konular ise hastanın taşınması, kaldırılması, iletişim kurulması, mesane bakımı ve kişisel bakımları olduğu saptanmıştır (Şirzai ve ark. 2015). Yapılan bir başka çalışmada ise bakıcıların eş % 61 ya da kızı / oğlu % 31 olduğu tespit edilmiştir. Bakım görevlerinin zor ve zahmetli olduğu bildirilen bakım verenler görevlerini ikiye ayırmışlardır. Bunlar sıkıcı ev işleri ve sağlık bakımı ile ilgili işlerdir. Birinci grupta yer alan ev işi yapmak, hareketlere yardım etmek ve ikinci grupta yer alan sağlık bakım görevleri arasında ilaç verme, tıbbi takibe eşlik etme, günlük yapılması gereken hemşirelik becerisi gerektiren işleri yapmak ve inmeli hastayı tehlikelerden korumak gelmektedir. Bakım verenler en çok sağlıkla ilgili bakımda zorlandıklarını ifade etmişlerdir. 12 hafta sonra bakıcıların yaklaşık yarısı doktor görmelerini gerektirecek kadar somatik semptomlar ve yorgunluk ifade etmişlerdir. Bu bulgudan yola çıkılarak bakım verenlere gerekli yardım veya destek olmaz ise, bu bakıcıların ailenin ikinci hastası olması muhtemel olduğu yönünde araştırmacılar görüş bildirmişlerdir (Sit ve ark. 2004). Bir başka çalışmada ise bakım veren kişilerin %57,0'sinin herhangi bir sağlık problemi olduğu ve bu kişilerin bir kısmında bir ve birden çok rahatsızlık saptanmıştır. Ayrıca bu kişilerin %44,2'si sürekli olarak bir ilaç kullandığını belirtmiştir (Koraltan 2017). Yapılan başka bir çalışmada da bakım verenlerin bakım verme işlevlerinde bir yıl önceki sağlık durumları ve bir yıl sonraki durumları karşılaştırılmış bir yıl sonra sağlık durumları daha kötü bulunmuş, ancak inmeli hastaya sahip olmayan bakım vericilerde fiziksel

sağlık durumunda değişiklik olmadığı saptanmıştır (Chow Ark. 2007). Burada görüldüğü gibi bakım verenler kendilerine zaman ayıramadıklarını ifade etmişlerdir.

BV-7; “Her şeye sinirleniyorsun mesela. Benim sağlığım hiç iyi değil, bir yere çıkamıyorum bütün gün evde kapalıyım onun için.

BV-8; “Benim sağlığım çok bozuk. Şeker hastasıyım tansiyon hastasıyım bir hastalık daha var onu da unuttum sağlığım hiç iyi değil hiç hiç iyi değil şekerim 400 lerede 500 lerede çok. Yani şekerim çok şekerim düzeltmeye uğraşıyorum, doktora gidiyorum hayatım onunla uğraşıyorum, torunla uğraşıyorum, gelinler suratlarını iki karış sallandırıyorlar. Benim de zamanım olmuyor doktora gidecek işte“

Hastanın tedavisinin uzun süre olması günlük faaliyetlerde destek ihtiyacı nedeni ile bakım verenler hastalara ciddi bir mesai harcamakta nerdeyse kendilerine hiç vakit ayıramamaktadır. Bu durum hem bakım verenlerin fiziki olarak aşırı yorulup yıpranmasına neden olurken duygusal anlamda daha agresif bir tavır sergilemelerine sebep olduğu yapısal görüşmeler sırasında gözlemlenen bir husus olmuştur.

Sağlık durumlarını değişiklik olmadığı konusuna vurgu yapan iki bakım veren ise hayatlarını daha güzel yaşamak istediklerini ifade ederek kendilerine vakit ayırmaya çalışan bakım verenlerdir.

Çizelge-15. Bakım Vereninin Gözünden İnme Hastasının İnme Hastalığına Bağlı Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım

	BV-1	BV-2	BV-3	BV-4	BV-5	BV-6	BV-7	BV-8	BV-9	BV-10	TOPLAM
İyi	2	0	2	2	1	1	2	3	2	3	18
Kötü	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2

Çizelge-15 de bakım vereninin gözünden inme hastasının inme hastalığına bağlı durumu ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Görüşmelerde bakıverenler hastanın inme hastalığı durum değerlendirmesi yaptığında “iyi” ve “kötü” ifadelerini içerecek şekilde benzeşik ifadelerde bulunmuşlardır. Hastalar gibi hasta yakınları da özellikle

iyilik ve kötülük durumunu kol ve bacaklarda olan hareket kısıtlılığı ile ölçmüşlerdir. Ayrıca hastaların ilk inme hastalığı geçirdiklerinde yaşadıkları bağımlılık oranı ile ilerleyen zamandaki bağımlılık oranı arasında oluşan olumlu fark da bu kıyaslama içinde önemli bir yer tutmaktadır. Çalışmada hastaların inme hastalığını değerlendirmede kullandıkları benzeşik ifade bakım verenlerden farklı olarak yarı bağımlı benzeşik ifadesi yerine bakım verenler iyi ve kötü değerlendirmesinde bulunmuşlardır. Çizelge incelediğinde dokuz bakım veren hastasının inme hastalığı ile durumunu değerlendirmesinde iyi olarak ifade ederken iki bakım veren ise kötü olarak değerlendirmişlerdir. Bir bakım veren ise hastasının hem iyi hem de kötü olarak değerlendirmesini yaparken iyileşme ile ilgili ilerlemenin yavaş olduğuna vurgu yapmıştır. Konuyla ilgili olarak kötü olarak değerlendirme yapanlar;

BV-1; "*Şu anda yemeğini yiyebiliyor işte gördün tuvalete götürebiliyoz, yardımnan tuvaletini yapabiliyor, yüzünü yıkaya biliyor o kadar.*" diyerek fonksiyonel olarak yetersizliği üzerinde dururken,

BV-2 ise son bir yıldır hastanın daha kötüye gittiğini ifade etmiştir.

Hastalarının durumunu iyi olarak değerlendiren bakım verenler ise konuyla ilgili olarak;

BV-3; "*O zaman altı ay yatalaktı altı bağlanıyordu. Altı ay yattı sonra şimdi gezebiliyor lavabosuna gidebiliyor, bizimle oturup yemeğini yiyebiliyor. Sadece sol kolunda tabii güç kaybı var kullanamıyor elini, ayağında yürürken aksaklıklar var, ama ilk hali ile karşılaştığımızda bugünkü hali çok çok iyi diyebilirim yani memnunum.*"

BV-4; "*Son iki haftası benim için çok şahane, hareketleri birazcık iyi ilkine göre. Maşallahı var benim ümidim iyileşecek görüyorum o şeyi görüyorum ondan mücadele edeceğiz hep beraber. Ayağı dikeceğiz hastamızı öyle, Allah'ın izniyle.*"

BV-6; "*Şimdi çok fark var annemin gözleri yarı açıktı. Hiç kendinde değildi şimdi Allah'a şükür hiç bilincini kaybetmedi ama önceden hiç oturamıyor üç kişiyle başında öyle döndürebiliyoduk, şimdi annemi her şeyi yapabiliyo, bi tuvaleti yaparken ben tuttu veriyom yemeğini kendi yiyo.*" Şeklinde olan ifadeler ile en ufak ilerleme dahi bakım veren için özgürlüğe atılan bir adım gibi algılanmakta ve coşkuyla karşılanmaktadır.

Buna paralel olarak, inme hastalığının etkisi tamamen ortadan kalkmasa bile zaman içinde azalması yazarlar tarafından da vurgulanan bir durumdur. Bu bağlamda inmeyi takip eden ilk zamanlarda inme hastalığının etkisinin artıp artmayacağını belirsiz olduğu ve hastaların hastalıktan sonraki zamanlarda kendi vücut bütünlüğünün farkında varabildikleri zaman kendi kol ve bacaklarında olan zayıflamayı anlayabildiklerini ifade etmişlerdir. Ancak hastalık sıklıkla bedenin bir bölümünü kapsayan felç ile sonuçlanır. Hastalar beden kontrolünü kaybettiklerini düşünürler ve zayıflamanın nerede ve ne zaman duracağını bilemeyebilirler (Hafsteinsdóttir ve Grydoncpack 1999).

Çizelge-16. Bakım Veren Hastanın Son 2 Haftalık Dönemde Fiziksel Sağlık Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım

	BV-1	BV-2	BV-3	BV-4	BV-5	BV-6	BV-7	BV-8	BV-9	BV-10	TOPLAM
İyi	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	6
Kötü	3	2	0	1	0	1	0	0	0	0	7

Çizelge-16'da bakım veren hastanın son iki haftalık dönemde fiziksel sağlık durumu ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Çalışmamızda hastanın fiziksel sağlık durumu ile ilgili olarak görüş bildiren bakım verenler iyi ve kötü şeklinde benzeşik ifadeleri kullanmışlardır. Hastalarının fiziksel sağlık durumunu iyi olarak değerlendirenler hastanın inme dışında herhangi bir hastalığının olmaması ve işlevsellikle ilgili ilerleme durumunu göz önünde bulundurmuşlardır. Bunun yanında değerlendirmesini kötü olarak yapan bakım verenler ise el-ayak hareket kısıtlılığı ile enfeksiyon veya ağrı durumu ile ilgili vurgulamalarda bulunmuşlardır. Çizelge-16 incelendiğinde bakım veren kişi inme hastasının fiziksel sağlık durumu ile ilgili olarak altı hastanın durumunu iyi olarak değerlendirirken dört bakım veren ise hastalarının fiziksel sağlık durumlarını kötü olarak nitelendirmiştir. Konuyla ilgili olarak;

BV-3; "*Sol dizinin kırılmaması sürekli dile getirdiği şey. Dizinin kırılmaması biraz rahat yürüyebilsem diyor başka bir şey istemiyorum diyor. Dizinin kırılmaması sorun*

yani başka biraz daha sol kolumu taşıyorum diyor bu halde de, fakat ayağımı yani güzel yürürse başka bir şey istemiyorum diyor, sol dizinin kırılmamasından şikayetçi."

BV-7; "Allah'a çok şükür işte bir ayağında sorun var. Bir de kolu da ona da işte fizik buraya geldik fizik görelim dedik bakalım iyi gelir belki dedik. Allah'a çok şükür ayağımı şimdi çekiyor ittiriyor şey yapıyor şimdi biz fiziğe gideceğiz saat iki buçukta."

BV-8; "Son bir aydır çok iyiyiz, öyle bir şey yok, kendi de iyi. Keyfi yerinde."

BV-9; "Ne olabilir yani ayağım diyor başka bir şey demiyor."

Bakım verenlerin geneli hastaların hareket kısıtlılığı konusuna eğilirken bir bakım veren ise bu inme hastalığının başka rahatsızlıklara da sebep olabildiğini ve hastalığın ilk zamanlarda yarattığı etkiye de vurgu yaparak şu şekilde açıklamıştır.

BV-5; "Ciddi anlamda fark var, babamın hareket kısıtlılığına düzelme oldu babamın kendi içinde. İlk zamanlar artık ben yataktan kalkamayacağım, hatta artık ben öleceğim, hatta ölüm korkusu yaşadığı için geceleri uyumama durumları başlamıştı. O kadar karamsardı ki dönem dönem bunu bize bile hissettirdi gerçekten. Acaba böyle mi olacak demeye başladık. Yemek yemeyi çok severdi yemek yemeyi bıraktı, su içmeyi bıraktı. Yani konuşmuyor, tepkisiz konuşabildiği halde konuşmuyordu. Tepkisiz de o da tabii hepimizi daha da bir şey yaptı. Hani bir yerde silkinip ne oluyor falan öyle bir geri dönmemiz lazım artık bir şeylerin değiştirmemiz lazım diye bir süreç geçiriyoruz. Ne kadar profesyonel olsak da başkalarına akıl veren durumda olsak da kendi yaşadığımızı, ilk önce bir o durumu algılayabilmemiz, neredeyiz ne durumdayız. Bunu anlayıp ne yapmamız gerekiyor aşamasında bir sendeleme oluyor ve bu sendeleme döneminde işte şey yok gerçek anlamda destek bulamıyorsun. Yani beyin cerrahı sadece beyin cerrahı. Nöroloji nöroloji olarak psikiyatri psikiyatri olarak bakıyor bir arada onları bir arada hastayı değerlendirip hasta ve hasta yakınları için kanalize olacak yönlendirecek hiçbir şey yok. Biz de sadece ilacını işte siz bakımını sağlayın gibi bir şey var yani profesyonel destek bulmak çok zor."

Hastalarının fiziksel sağlık durumları ile ilgili olarak "kötü" benzeşik ifadesinde bulunan bakım verenlerin cevapları ise şu şekildedir;

BV-1; "Ayın 23'ünde epilepsi geçirdi söylediğim gibi acile gittik...Bacak hepten tutmaz oldu şimdi yeni toparlamaya başladı hafif hafif, ilk günlerde elini kolunu kıpırdatamadı....Epilepsi hırpaladı onu."

BV-2; "İşte nöropatik ağrıları çıktı bu seferde karıncalamarı sürekli karıncalanıyo diyo altımda su var sanki diyo." ifadeleri ile inmenin komplikasyonlarından olan epileptik nöbet ağrılarında bahsetmişlerdir. Yapılan bir çalışmada hastaların uykusuzluk ve ağrı sorunlarını yaşadığı, ağrıların da sıklıkla, eklem ya da sırt ağrısı olduğu saptanmıştır (Akdemir ve ark. 2011). Görüşmelerde hastada inme dışında başka bir hastalığın bulunuyor olamsı bakım verenin kendisini daha çaresiz hissettiği gözlemlenmiştir.

Fizik tedavi egzersizleri sırasında hastaların ağrıdan şikayet etmesi ise diğer ciddi bir konudur. Bu nedenle hastalar egzersiz yapmakta isteksiz davranmaktadır. Bu konuyla ilgili olarak yapılan bir çalışmada hastaların % 57,9' unda egzersiz yapma konusunda isteksizlik ve etkin bir şekilde uygulama yapmama gibi egzersize ilgili sorunlar saptanmıştır. Bu sebeple de hastaların % 26,3' ünde kontraktür, deformite ve atrofi gelişmiştir (Akdemir ve ark. 2011). Zaman zaman hasta ve bakım veren arasında gerginliğine sebep olan fizik tedavi egzersizlerini yapıp yapmama konusunda katılımcıların görüşleri şu şekildedir;

BV-4; "Omuz, kolundan omzundan çok zoru o var. Hani hareket edemedi kaldıramıyoruz kaldırmadığı için de uzmanımız hareketleri yaptırdıkça gözyaşı döküyordu hareket edemiyordu, ağrıdan ağrıyı her tarafı sıkıntısından dolayı yapamıyordu canı yandığı için."

BV-6; "İşte hareket yapılırken acı hissetmesi sadece bi de dizleri sıkıntı olay işte biz de zaten hasta olmadan önce de sıkıntılıydı onlar."

6.3.2. Bakım Veren Yaşam Kalitesinin Fiziksel Aktivite Boyutu İle İlgili Bulgular

Sağlığa bağlı yaşam kalitesi kalimetrisi içinde yer alan fiziksel fonksiyon alt boyutu açıklanırken hareket ve günlük aktiviteler sorgulanır (Öksüz ve Malhan

2005). Çalışmamızda bakım verenlerin günlük aktivite. Elde edilen bulgular aşağıdaki şekildedir.

Çizelge-17. Bakım Veren Kendisi ve Hastanın Günlük Aktivite Durumu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım

	BV-1	BV-2	BV-3	BV-4	BV-5	BV-6	BV-7	BV-8	BV-9	BV-10	TOPLAM
Hasta Dışında Uğraşısının Olmaması	3	5	2	1	1	1	1	0	1	2	17
Kendi İşleri Yanında Hastanın Sorumluluklarını da Üstlenmesi	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	4

Çizelge-17’de bakım verenin ve hastanın günlük aktivite durumu ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Çalışmamızda bakım verenlerin günlük aktivitelerine ilişkin verdikleri cevaplardan “hasta dışında uğraşısının olmaması” ve “kendi sorumluluklarının yanında hastanın sorumluluklarını üstlenmesi” benzeşik ifadeleri elde edilmiştir. Çizelge-17 incelendiğinde günlük aktiviteleri konusunda 10 cevaptan dokuzu hasta dışında herhangi bir uğraşlarının olmadığı yönündedir. Çalışmada bu alan bakım verenlerin yaşadıkları durumun şiddetini vurgulamak adına el-kol hareketleri ve beden dilini yoğun olarak kullanarak cevap verdikleri ve özgür hareket edememekten yakındıkları bir bölüm olmuştur. Bu anlamda bakım verenlerin ifadeleri aşağıdaki şekildedir.

BV-1; “Zaten başka bir aktivitem yok. Ben yalnız onun başındayım. Yalnız onunla ilgileniyorum ben pazara gidiyorum beş dakikalığına insan koyuyorum yanına hemen acele koşarak gidip geliyorum acele bir şeyler alıp geliyorum başka bir şeyim yok.”

BV-2; “İşte bebeğimiz (torun) oldu bebeğimize gidemiyom hep anaannesi banyo yaptırıyo ki ben çok severim çocuk yıkamasını torunum olmasını, ondan sonra kızım İstanbul’da çalışıyo gidip bi gün iki gün kalıp gezemiyorum şey yapamıyorum. İşte aklım hep bunda kalıyor bırakmam da zaten vicdan yapıyorum. Ee oturmaya gidicem iki saatten fazla durmuyorum ki adam orda yalnız hani gelsem de birşey yapmıyom ama en azından yanında oluyom. Hep evin içinde oturduk mu tartışıyoruz yani ben

mutfakta işte dikiş dikerim, oya yaparım, oraya giderim, yukarı çıkarım terasa hep öyle yani yanındayım ama gene de yanında değilim yani öyle yani o kendi özgürlüğüm kısıtlandı aktivitelerim kısıtlandı.”

BV-3; "Sonuçta hastalık ön planda geldiği için bütün işleri bir kenara bırakıp eşimle ilgileniyorum 1,5 yıldır."

BV-5; "Tamamen sekteye uğrattı. Yani kendime ait hiçbir zamanım yok kendime ayırdığım özel zamanım yok, fiziki ihtiyaçlarını dahi giderme konusunda kısıtlamaya gidiyorsun bayağı artık. Hani zor aşamaya gelince ben hastanede yatış süresi içinde dört gün hiçbir şey yemedim. Yiyemedim ya imkânım olmadı ya da hani boğazımdan geçmedi yaşamaları oluyor o durumda oluyorsun."

BV-6; "Hiçbir yani her şeyi yapamıyorum tabii ki sürekli başında kapının önüne bir daha ben 10 aydan beri bir tane arkadaşıma bile hiç gitmedim. Arkadaşlar geliyorlar ama ben oturmaya diye bir saatliğine bile gitmedim. Çünkü gidemem hep gözüm arkada kalır."

BV-9; "Her şey etkiledi yani her şeyi etkiledi. Yani benim özel özelim kalmadı özelim kalmadı yani bütün yani. Her işinde benim ona yardım etmem gerekiyor."

Yapılan görüşmeler sırasında bakımverenler hastanın yanından neredeyse hiç ayrılmadıklarını ifade ederken, görüşmeyi ayrı bir odada yaptığımızda dahi bu endişelerini dile getirmişlerdir.

BV-2; "Çok durmayıyım canım sıkılıyor, hemen gideyim yalnız kaldı o yüzden".

BV-6; "Yani annemin çişsi gelir hocam yeğenim de yaptıramaz". Bunları söylerken bakım verenler koltuktan kalkmaya yönelmiş ve koltuğun ucunda oturarak görüşmeyi tamamlamışlardır. Buradan hastalarını yakınlarına dahi emanet edemedikleri ve onlarla ilgili yoğun sorumluluk duygusu taşıdıkları anlaşılmıştır.

İnmeden sonra orta ve ağır derecede engellilik aralığında olan hastalar tamamen yardıma ihtiyaç duyabilirler. Bu nedenle, bakım verenler inme hastaları için en önemli kişi olurlar. İnme sonrası bakım verenlerden beklenen hastaların bakımında önemli bir nokta, erken iyileşmeyi teşvik etmek ve komplikasyonları önlemektir (Chaiyawat ve Kulkantrakorn 2012). Verilen cevaplardan yola çıkarak bakım verenlerin günlük faaliyetlerini kendi isteklerine göre yönlendirme ve kendilerine

zaman ayırma konusunda ciddi kısıtlama yaşadıkları görülürken, günlük uğraşlarının nereden ise tamamı hastaların ihtiyaçlarını gidermeye yöneliktir. Yapılan bir çalışmada bakım verenlerin % 69.8'i altı saat ve üzerinde bakım verdiğini belirtirken, %38,4'ünün bakım vermesine yardımcı bir kişinin olmadığı tespit edilmiştir (Koralatan 2017). Bakım verenlerin %50'si hasta bakımı için günlük 20-24 saat, ortalama 15,4 saat ayırmaktadır (Akyar ve Akdemir 2009). Türk kültüründe bireylerin yakınlarına bakım vermeleri geleneksel olarak kişiden beklenen bir davranıştır ve bunu birey bir görev ve sorumluluk olarak algılamaktadır (Yıldırım ve ark. 2013).

Yapılan bir başka çalışmada bakım verenlerin hastaları destekleme alanlarına bakıldığında hastane randevusu alma, fiziksel bakım, ev işleri, ulaşım, parasal ve diğer alanlarda destekler verdiği ortaya çıkmıştır. Bu anlamda bakıldığında bakım verenler çok yönlü olarak desteklerken bu görevlerin yerine getirilmesi için ise fiziksel faaliyet gerekmektedir (Şirazi ve ark. 2015). Bu konuların yerine getirilmesi için hastalara bakım verenler zaman alıcı şekilde fiziki faaliyetleri içinde barındıran yardımlarda bulunmaktadır. Örneği hastanın koltuktan kaldırılıp tuvalete oturtulması daha sonra ise temizlenip tekrar koltuğuna oturtulması sırasında dahi ciddi bir zaman harcanmaktadır. Bakım verenlerin geleceğe yönelik düşünceleri de hastaların günlük bakım ihtiyacından çok etkilenmektedir. Örneğin;

BV-6; *“Evlenirsem ya mutlaka evleneceğim ama inşallah olabilir ama ne diyeyim. Nasıl diyeyim bilmiyorum daha diyeyim... Nasıl diyeyim ha ha işte yani isteyen yok ablam. Mesela kardeşim var biz bakarız diyorlar ama tam bu şeyinde onu bırakıp gitmek bile bana çok zor geliyor. Ben diyorum mesela onu(evlenecek eş) ben her zaman her an bulabilirim ama anne baba.”* Bakım veren bu durumu tedirgin bir şekilde ağlayarak anlattığı ve yoğun bir kaygı yaşadığı gözlemlenmiştir.

Ayrıca dört bakım veren hastalara ait olan sorumlulukları da üstlendiklerini ifade etmişlerdir.

BV-3; *“Ben evin hem erkeği oldum hem kadını oldum eşimin yapabileceği işleri bile ben üstlendim dışarıda ki işler dışışleri diyeyim içişleri diyeyim yani bütün sorunlarla dışarıdan gelebilecek sorunlarla evlatlarımızla ilgilenme olsun her yer*

bakımda her yönden kendim koşturuyorum. Yani birçok şey tabii ki aksaklıklar yaşadık fakat üstesinden geldiğimizi zannediyoruz bilmiyom yani.”

BV-7; “Değişiklikler oldu tabii güzelim istediğin yere ulaşamıyorum istediğin yere gidemiyorsun, her şeyi sen yapıyorsun, her yükümlülük sende, değişmez mi her şey değişti. Ben mesela daha önceden bana eşim bir fatura ödettirmezdi, hiçbir şeyini yaptırmazdı. Mesela taksitli bir şey aldığımda onu da gidip kendisi öderdi. Bocaladım bayağı bocaladım. Ben mesela evin şeyini bilmiyordum ki o yüzden çok bocaladım ama oturturdum şimdi rahatım.”

BV-9; “Ben yani onu kuaför götürüyorum. İlk zamanlar hep götürdüm. Kapanmasın içine kapanmasın diye eve kuaför de geldi. İlk zamanlar eve çağırdım kuaförü, mesela ama sakal traşını iki günde bir gerekli ben yapıyorum hepsini, ustası oldum yani hani. Ben hayatım boyunca sakal traşını mı yaptım mesela, yok yani bütün genel temizlik bende.”

Buna paralel bilgilerin yer aldığı çalışmalarda mevcuttur. Bakım verenler akut bakımdan taburculuk sonrası eve kadar genelde tektir. Bakım vericilik onların sorumluluklarının üzerine eklenir ve bu problem özellikle hasta eve taburcu edildiği zaman sorundur. Bakım vericiler hem fiziksel ve duygusal problemlere karşı ciddi risk altındadırlar (Lutz ve ark. 2011). En sık belirtilen stres faktörleri, bağımsızlıktan yoksun olmaları, sosyal faaliyetlerde bulunma, arkadaşlarıyla dışarı çıkmak veya akrabalarını ziyaret etmek zamanı bulamamalarıdır (Pesantes ve ark. 2017).

6.3.3. Bakım Vereninin Yaşam Kalitesinin Psikolojik Boyutu ile İlgili Bulgular

Çalışmamızın bu bölümünde hem bakım verenler ile bakım verenlerin gözünden hastaların psikolojik durumlarının nasıl etkilendiği konusu ele alınmıştır. Verdikleri cevaplarla birlikte depresif belirtiler, hassasiyet ve alınganlık durumu ile ilgili alt temalar oluşturulmuş ve analiz yapılmıştır. Analiz sonuçları ise bakım verenlerin ve bakım verenlerin gözünden inme hastasının psikolojik durumları ile ilgili görüşleri yukarıda bahsi geçen alt temalar altında açıklanmıştır.

6.3.3.1. Bakım Verenin Psikolojik Durumu Nasıl Gördüğüne İlişkin Bulgular

Yapılan çalışmada bakım verenlerin psikolojik durumu ile ilgili olarak bakım verenler kendi durumları ile görüşlerini bildirmişlerdir. Bakım verenler benzeşik ifadelerle “depresif belirtiler”, “hassasiyet ve alınganlık” ilgili olarak kullandıkları benzeşik ifadelere yapılan vurgulama sayısı ile aşağıdaki çizelgelerde yer bulmuşlardır.

Çizelge-18. Bakım Verenin Depresif Belirtilerle Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım

	BV-1	BV-2	BV-3	BV-4	BV-5	BV-6	BV-7	BV-8	BV-9	BV-10	TOPLAM
Depresif Belirtiler	3	1	7	1	9	5	6	4	0	4	40

Çizelge-18’da bakım verenin depresif belirtiler ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Çalışmada yapılan görüşmeler sırasında bakım verenin “umutsuzluk”, “mutsuzluk”, “derin üzüntü”, “güçsüzlük”, “bunalma”, “cinsellikten soğuma”, “çökme”, “aşırı stres” gibi depresif belirtileri düşündürülen benzeşik ifadelerden yola çıkarak bu bölüm depresif belirtiler benzeşik ifadesi altında ele alınmıştır. Çizelge-18 incelendiğinde bir kişi hariç bütün bakım verenlerin depresif belirti gösterdikleri ve en yoğun vurgu yapılan konunun bu olduğu karşımıza çıkmaktadır. Hatta bütün çalışma ele alındığında diğer hiç bir temaya bu kadar yoğun vurgu yapılmadığı görülmektedir.

Konuyla ilgili olarak literatür bilgileri ise mevcut kanıtların, hem ilk inme döneminde hem de kronik dönemde inmeli hastalara bakım verenlerin akut ve kronik depresyon düzeylerinde yükselme olduğunu göstermektedir (Han ve ark. 1999). Yapılan bir çalışmada rehabilitasyon sürecinde bulunan inme hastalarının bakım vericilerinin depresyon ve anksiyete seviyesi inme hastasına sahip olmayan bakıcılardan daha yüksek bulunmuştur (Chow ve ark. 2007). Çin’de yapılan bir çalışmada psikolojik ihtiyaçlarla ilgili soruların en yüksek skoru aldığı ve psikolojik destek için en güçlü talep olduğu görülmüştür (Li ve ark. 2017). Katılımcıların konuyla ilgili kendi durumlarını değerlendirmelerini şu şekilde ele alabiliriz;

BV-1; "Morali bozuluyor insanın, güçsüz kalıyorsun hiçbir şeye cesaretin olmuyor."

Şeklinde durumunu kısaca özetleyen bir bakım verenin yanında, hastadan aldığı maddi ve manevi desteğin kesilmesi ve rol değişikliği ile aniden yüz yüze kalan bir başka bakım veren ise durumunu şu şekilde ifade etmiştir.

BV-3; "Şimdi ben tabii ki ruhsal olarak bunalıma girdim bir çöküntü yaşadım. Çok üzüldüm. Niye benim eşim yani yanımda sapsağlam gezerken bu duruma düşmesi. Gerçekten beni üzdü üzmedi desem yalan söylemiş olurum ama her şeyin Allah'tan geldiğine inandığım için boynumuzu büktük. Bunu kabullenmek zorunda kaldık yani Açıkçası beni tabii ki çok üzdü yani. Yani eşim yanımda arabayı kullanıyordu. Hani bana çok yardımcıydı, destek yani çok destektir bana. Biz karı koca birbirimize düşkündük çok destektik. Ondan sonra yani tabii bunalımlar çok yaşadım yaşamadım değil. Hani bir de o da bana destek diye. O da böyle çökünce yarım bir insan oldu. Sonuçta kendi başına ben bu hayatta düşündüm hep kendi başıma kaldım....Evet öyle hissediyorum, hissettim yani kendimi çünkü şimdi işten geliyordu işte bana güzel sözler söylüyordu hadi hayatım, gel gidelim, gel yapalım, gel alalım, gel ya gidelim. Hani bir desteğim eşimdi böyle olunca yarım olunca daha benim ona tabii ki şefkat göstermem lazım. Daha o benden ilgi bekledi şevkat bekledi yardım beklediği için şu anda ailenin hem erkeği hem kadını benmişim gibi gördüm kendimi. Ne oluyor bu sefer insana bu büyük bir çöküntü, çok büyük bir çöküntü oluyor işte iyi yani hep yıpranıyorsun, yıprandım yani yıprandım. Tek kaldım hissettim eşim yarım olunca her şeyi bana baktı. Yani duygusal anlamda olsun maddi anlamda olsun manevi anlamda da olsun çocuklarım ne kadar daha olsa cahil. Yani onların bana desteği ne olabilir ki cahiller küçükler. Hadi akıllı başlı bir çocuk değiller yani. Öyle daha ufak onlar mecburen işte her şeyi ben idare etmek zorunda kaldım. Hem çocuklarımı, hem evimi, hem parasal, maddi sorunları yani her şeyi. Düşünün ki bütün evin yükü omuzlarımızda çocuklarla her şeyle ben ilgilenmek zorundayım. Şu anda askerdeki oğlumla, okuyan kızım, evli oğlumla, eşimle, maddi sorunlarla her şeyi tek ben üstlenmek zorundayım şu anda. Yani ama eşim iyiyken bana hissettirmeden duyurmadan bazı şeyleri hallediyodu."

BV-5; "Hani aşağıya doğru dengem bozuldu son iki üç gündür ciddi anlamda artık uyku bozukluğu var... Son bir aydır var uyku bozukluğu çok ciddi noktaya geldi yani

artık hani babam olsa da babamın herhangi bir işi olmasa da uyuyamıyorum ya da uyuduğumda bile... Evet yani uyuyor muyum uyanık mıyım, yarım ve rüyamda bile babamla uğraşıyorum, yani genelde de tuvalete götürüyorum işte tuvaletini kaçırmış oluyor sürekli o kısımdayım yeme bozukluğu başladı.... Ama şu anda şey var sanki boğazımdan geçmiyor evet orada tıkanıyor gibi. İki gece önce ciddi anlamda bir ağlama nöbeti geçirdim, bunu ona yaşatmamak için dışarı çıktım, yürüdüm. Çekirge'nin etrafında yürüdüm, hem ağladım hem yürüdüm açılana kadar, ne zaman ki rahatladım, ondan sonra elimi yüzümü yıkadım içeriye girdim. Ona belli etmemek için ama tabii beni üzdüğünü, aslında hani bazı şeyler de destek vermesi gerektiğini de hissettirmeye çalıştım. Bazen açıkça dile getiriyorum hani iyi değilim artık hani ben de yoruluyorum diye iyi değilim diye. Ama babam sadece beden iyiliği üzerine kilitlendiği için senin iç dünyasındaki çalkantıları senin uykusuzluğun işte senin sıkıntıların iki gündür baş dönmesi başladı. Bende iki gündür baş dönmesinden sonra sen iyi misin başın mı dönüyor yine. Hemen kütt diye attın kendini falan ama işte hani onun sebeplerinden biri aşırı derecede uykusuzluk, yorgunluk, yiyememe. Bunların hepsi tansiyonu düşürüyor başın dönüyor o kısımla ilgilenmiyor yine yemek yemedim tansiyonum düştü işte başın döndü gibi, o kısımda sorumluluklarımızı tam olarak paylaşamadığım sürece de galiba bu duygusal ve ruhsal çöküntü geriye doğru devam edecek.” Depresif belirtilerle ilgili olarak en net tariflemeyi ise bu durumu akut bir biçimde yaşayan bakım veren bu şekilde anlatmıştır. Görüşmelerde özellikle bakım verenlerden yaşı genç olan ve çalışma yaşamı gibi hayatın daha çok içinde yer alanların daha çok depresif belirtiler geliştirdiği gözlemlenmiştir. Bunun yanında hastalık öncesi daha hassas ve kaygılı yapıya sahip olan bakım verenlerin aynı şekilde bu süreci daha yoğun yaşadıkları görüşmelerde yapılan gözlem ve bakım verenlerin ifadelerinden anlaşılmıştır.

Yapılan bir çalışmada bakım verenlerin, bakım vermektan kaynaklanan ağlama isteği %16,20, gülme isteği %6,20, güçsüzlük %33,60, kişisel bakımda azalma %14,30, konuşmak istememe %10, aşırı konuşmak isteme %6,90, sıkıntı hissi %45,20, korku %48,30, ümitsizlik %23,1 ve diğer %7,80 duyguları hissettikleri duyguları tespit etmişlerdir (Yeşil ve Ark. 2016). Yapılan bir başka çalışmada bazı katılımcılar yorgunluk, hüznün, aşırı duyarlılık, uyku güçlüğü, motivasyon eksikliği ve fiziksel semptomlar gibi depresif belirtiler yaşıyordu; Bir katılımcı intihar

düşüncesini bile ifade etmiştir (Pesantes ve ark 2017). Bir araştırmada da bakım verme sürecinde karşılaştığı güçlüklerle başa çıkma yöntemi olarak, kendi kendine teselli eden ve içine atma eğilimi olan puan ortalaması, diğer gruplara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Yıldırım ve ark. 2012). Bu tarz telkinde bulunma durumunu iki bakım veren de görmekteyiz.

BV-5; *“İki geceden beri şey yapıyorum bahçede düşünüyorum. Geçen birisi sordu yakın arkadaşın kimdi, en çok kiminle konuşuyorsun dedi, kendimle dedim gerçekten öyle. Yani kendi kendimi anlatıyorum kendi kendime önerilerde bulunuyorum bunu böyle yapmalısın. Tabii bazen korkuyorum kendimden.”*

BV-7; *“Ben de üzülüyorum üzülmedik diyemem, herkes üzülüyor ondan sonra bir daha. İşte ben kafaya takıyorum bir daha niye böyle oldu niye etti. Onun için çok üzüldüm ben de üzüldüm ama ne yapayım, elimden gelen bu kadar. Hastalığında bende tabii çok üzüldüm ettim. Çok üzülüyor insan üzülmeyen mi. Ondan sonra bir daha ben kendi kendime teselli verdim ve müzik dinledim, bir şey ondan sonra ev işi yaptım oldu, mesela kendimi avuttum, onları da unuttum”.*

BV-2 ; *“Ayy bazen doktorlarımız soruyo Allah razı olsun ya ben biraz fazla takmıyorum artık bir sene çok taktım. Eee çocuğu evlendirdik gitti, ee babası hasta inme olmuştu o dönem evlendi gitti oğlan.... Uzak işte herkes niye babası hasta uzağa gitti öyle oldu böyle oldu. Bende bi tane evlat büyüttüm yani yakınımda olsaydı istedim ama hep kendileri iyi olsun diyodum ama çalışırken de sürekli ağlıyodum ben. Aklıma geldikçe ağladım. Böylee sonra işte rahatsızlandım böyle oturdum karnım pır pır pır pır pır pır pır pır pır bir sene sonra gittim doktora kardolojiye gittim. Kalp yetmezliği başlangıcı var dedi ama ilaç vermicem kendine iyi bak dedi inşallah ilerlemez. Ondan sonra ben kendi kendimi motive ettim işte amaann banane kim nerde iyi olursa orda kalsın dedim, iyi olsunlar. Bende yetebiliyom ben kendime diye hep öyle amaann amaann amaann diye diye diye geçirdik. Ayy hepsine de amaann demek pek doğru değil bı sıkıntı var belli ama yapçek birşeyim yok amaann diyom ya banane diyom öyle yani iyiyim ama.”* Bu tür telkin verme eylemlerini daha genç bakım verende yoğun olduğu görüşmede gözlemlenen bir başka unsurdur.

Yapılan bir çalışma sonucunda, hasta yakınlarının duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşadığı belirlenmiştir (Tuna ve Olgun 2010). Burada BV-2 bakım

veren hem kendi kendine telkin vermeyi anlatırken aynı zamanda duyarsızlaşmasını örneklendirmektedir. Bir başka araştırmada 20 çalışma değerlendirilmiş ve hem akut dönemde hem de kronik dönemde devamlı olmakla birlikte inmeli hastaya bakım verenlerde depresyon oranlarının yüksek olduğu görülmüştür (Han ve ark. 1999).

İnmeden sonra bakım verenlerde kendi geleceklerine yönelik ciddi endişe yaşadıkları da görülmüştür.

BV-6; “*Annem işte annene yani öyle olunca yalnız kalmak. Yani annem babam olmasa yalnız yalnızım yani düşün. Tek onun için yani tek istediğim yoksa ki annem babam olsun kesinlikle evlenmeyi düşünmem. Ama onlar olmayınca yalnız o hayatı zaten düşünmem*”. Bakım veren bunları ağlayarak anlatırken inme sebebi hastasını kaybetme olasılığı nedeni ile yoğun bir yalnız kalma endişesi içine girdiği gözlemlenmiştir.

BV-8; “*Ya ben gece çok ağlıyordum gece oldu olduğu zamanlar çok ağlıyodum aşırı ağlıyodum. Böyle hani nasıl iyileştiririz nereye götürebiliriz nasıl yardımcı olabiliriz. Bir günde ben 4-5 defa güzel şey yaptırıyodum, şey hareket. Belin kanadın ayrılıyo, görüyosun hareket yaptırani. Evet, sandalyede oturup yaptırımıyosun o yatakta yatıyo, böyle yaptırıyosun. Benim de gücüüm yetmiyo, ayağım ağrıyo, indiriyosun, kaldırıyosun, indiriyosun, kaldırıyosun çok uğraştım. Çok iyi baktım sanıyom yani çünkü neden biliyo musun onun her dediğini yaptım. Her şeyiyle sonsuz ilgilendim ilgilenmek zorundaydım. Ama kendimden gittim. Yoruldum be güzelim vallahi yoruldum hatta Facebook'ta paylaşmıştım bitane yoruldum diye. Çocuklar bana kızdı ve yoruldum yani vallahi yoruldum.*” İfadesi ile aynı zamanda en yakını olan çocukları tarafından anlaşılmadığını da ifade etmeye çalışmıştır.

Yapılan bir çalışmada bakım verenlerin % 79'u anksiyete belirtileri ve % 56'sı depresif belirtiler yaşıyor olsa da üçte ikisi destek, kaygı veya depresyon konusunda herhangi bir bilgi, tavsiye veya yardım almamışlardır (Stroke Association 2013). Nitekim çalışmamızda yer alan katılımcılar net bir semptomlar kümesi çizselere sadece BV-10 inmeden evvel tedavi gördüğü anksiyete tanısıyla ilgili olarak kullandığı ilacın dozunu vakit bulup gidemediği için kendisi artırmıştır. BV-8 katılımcı ise nörolojiye eşi için başvurduğunda hekimin kendisi ile ilgilendiğini ilaç önerdiğini ifade etmiştir. Görüşmelerde farklı ve beklenmedik bir durumla da

karşılaşmıştır. BV-9 hastanın sağlıklı iken alkol alması nedeni ile geçmişte çok fazla zorluk yaşadığını ifade ederek yaşantısının hastalıktan sonra daha iyi olduğunu ifade etmiştir.

BV-9; “Benim için hayat hep aynı yani benim hayatım zaten negatifliğe de yer yok, yani bırakmam zaten pozitifim. Yani benim için hastalıktan sonra hayatım daha güzel oldu... İşte neden böyle söyledim. Yani hastalık öncesi yani hastalık yoktu ama kötü alışkanlıkları vardı hayatımızı çok çok etkileyen. Mesela alkol, hiç huzurlu değildik ama şimdi hayatımızdan alkol çıktığı benim hayatım dört dörtlük oldu. İstedğim yere ben gidebiliyorum. Diyorum yani gidiyorum gittiğim yerde belli mesela... Gitmezdim zaten kiskanç biri ben gecenin onunda ablam da olamazdım... Yani o gelmeden evde olmak zorundaydım. O saat onda eve geliyordu ama benim bir sorumluluğum var çocuklarım okuldan gelecek mesela, yemek ben anneyim Ne bileyim ben iş var sorumluluk var hepsi sende eve gelecek bekle onu bekliyorsun yani çoluk çombalak. Yani benim hayatım bana göre şimdi süper bir hayat. Ben çıkıyorum, ben gidiyorum ben ablama gidiyorum, ben kız kardeşime gideceğim mesela bir akrabaya gideceğim, düğüne gideceğim. Ben mümkün değil, ben sahilde oturdum çocuklarımı büyüttüm ben sahile ile akşam yürüyüşüne gitmemiş insanım. Mesela kendi de çıkmaz, çıkar körkütük sarhoş gelir ve onunla ben nasıl çıkacağım dışarıya şeye Kordon'a kalabalık ortama. Gitmiyorsun yani o evde sızar uyur sen balkonda oturursun yatarsın dönersin yastığın gözyaşı dolar yani çocuklarına göstermesin hissetmesin çocuklar etkilenmesin”. Burada bakım verenin hayata karşı tutumunun ve bu olayı nasıl algıladığının önemi de ortaya çıkıyor. Ayrıca hastalık algısında kişinin baş etme süreçleri, tıbbi tedavi kullanabilmeleri ve bu tedavinin yapmış olduğu etkileri değerlendirme becerisine sahip olmalarıyla da ilişkili olduğu bildirilmiştir (Kocaman ve ark. 2007).

Çizelge-19. Bakım Verenin Hassasiyet ve Alınganlık Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım

	BV-1	BV-2	BV-3	BV-4	BV-5	BV-6	BV-7	BV-8	BV-9	BV-10	TOPLAM
Hassasiyet ve Alınganlık	1	2	2	1	5	6	2	3	1	2	25

Çizelge-19’de bakım verenin hassasiyet ve alınganlık durumları ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Çalışmamızda bakım verenlerin hassasiyet ve alınganlık durumu ile ilgili görüşleri incelendiğinde “moral bozukluğu”, “duygusal olma” “alıngan olma” “sık sık ağlama”, “kendini aşağılanmış ve öfkeli hissetme”, “endişeli hissetme” gibi duygu ifadeleri karşımıza çıkmıştır.

Katılımcıların çoğunluğu inmeden sonra daha hassas ve duygusal olduklarını ifade etmektedirler. Bu anlamda katılımcıların ifadeleri şu şekildedir, Örneğin;

BV-4; *“Mesela bu benim bayağı bir üzülmemе sebep oluyor biz de mesela ben kendi hastalığımı artık kenara bıraktım. Hani ailem için dedim şey yapacağım şimdi benim ailem için mücadele etmem için önce kendim mücadele etmem gerekir. Önce can sonra canan diyorlar benimle önce canan oluyor. Hani ben de öyle bir terslik var. Hep sağlık konusunda ben şey yapamıyorum dayanamıyorum yakınım da olsa uzağımda olsada hastane ortamı oldu mu, ben hani şeyden çıkıyorum duygusala bağliyorum.”*

B-5; *“Karışık çok karışık yani çok ilginçtir yani insan ne hissettiğini tam olarak anlayamaz ya bazen hani acımı çekiyorum, üzüliyorum muyum, mutlu muyum o çok karışık bir şey yani anlık değişkenlik şeyler oluyor.”*

BV-10; *“Tahammül edemiyorum geçen gün o kadar sıkıntı geldi ki.....Ne olursun daraldım artık dedim.”*

Katılımcıların en sık bahsettiği bir başka konu ise hassasiyete bağlı olarak gelişen ağlama davranışıdır.

BV-6; *“Duygu işte yani böyle birisi bir şey dediğinde hemen ağlıyorsun da bir kere zaten hep böyleydim ama evet. Ailece öyleyiz annem babam da öyleyiz.”*

BV-7; *“Şimdi tabii hastalıktan ben de şey ediyorum tabi her şeye ağlıyorum, ediyorum ondan sonra da çok sinirlerim bozuluyo.”*

BV- 8; *“Ya ben gece çok ağlıyordum gece oldu mu, olduğu zamanlar çok ağlıyordum, aşırı ağlıyordum.”*

Katılımcıların bazıları özellikle geleceğe yönelik endişe yaşamaktadırlar.

BV-1; *“Tabi şimdi nasıl oldu karşımıza nasıl geldi ne oldu ne olacak öyle şeyler”.*

Çalışmamıza paralel sonuçların elde edildiği bir nitel çalışmada bakım verenlerle ilgili olarak gündelik durumlar araştırıldığında bakım verenlerin verdikleri cevaplar doğrultusunda üç tema ortaya çıkmıştır. Bunlar; endişeli olmak, boşa koşma ve kendini kaybetme hissini yaşamaktır (Pierce ve ark. 2012). Bir başka çalışmada ise bakım verenlerin %79'u endişe yaşarken %84'ü ise düş kırıklığı yaşamaktadırlar (Stroke Association 2013).

Bazı katılımcılar ise kendilerini değişmiş hissetmektedir. BV-3 ve BV-6 kendilerini daha yaşlı ve daha çirkinleşmiş hissettiklerini ifade ederken her iki katılımcı da kendilerini yalnız hissettiklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca öfke duygusu da ifade bulan bir başka bulgudur. Yapılan bir çalışmada bakım verenlerde öfke duygusu hastalara oranla daha çok bulunmuştur. Sevdikleri kişiyi kaybetme düşüncesi ve geleceğe yönelik planlarda değişikliklere ilgili üzüntülerini bir kısım bakım veren dile getirirken çoğunluğu ise kendilerine zaman kalmadığı için bu düşüncelerin bile farkına varamamıştır (Stroke Association, 2013).

BV-2: "Sinirliyim çabuk tepki veririm."

BV- 5; "Duygularım arasında en kötü olanı öfke patlamalarını olması en tehlikelisi."

*BV-7; "Sinir yapıyor her şeyi mesela ona da kızıyorum ben kendim ve sinir oluyorum her şeye sinirleniyorsun mesela... Tabii sinirler bozuluyordu sinirlenince ve bende hep bağıryordum "*şeklinde ifadelerde bulunmuşlardır. Bu anlamda bakım verenler özellikle hastalarına karşı olan öfke duygusunu sık sık hissetmelerine rağmen onlara karşı acıma duygularının daha yoğun olduğu gözlemlenmiştir.

6.3.3.2. Bakım Vereninin Gözünden İnmeli Hastanın Psikolojik Durumu ile İlgili Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde bakım vereninin gözünden inmeli hastanın psikolojik durumunda oluşan değişimler ve çocuklarının etkilenme durumu ile ilgili katılımcıların bilgiler alınmıştır. Yapılan çalışmada bakım verenlerin gözünden inmeli hastanın psikolojik durumu ile ilgili olarak bakım verenler kendi görüşlerini bildirmişlerdir. Bakım verenler benzeşik ifadelerle depresif belirtiler, hassasiyet ve

alınanlık durumu ile ilgili kullandıkları benzeşik ifadeler farklı vurgulama sayısı ile çizelgede gösterilmiştir. Bunun yanında bakım verenlerin gözünden inmeli hastaların çocuklarının hastalık sürecinden psikolojik anlamda nasıl etkilendikleri de ele alınan başka bir alan olmuştur.

Çizelge-20. Bakım Verenin Gözünden İnmeli Hastanın Depresif Belirti Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım

	BV-1	BV-2	BV-3	BV-4	BV-5	BV-6	BV-7	BV-8	BV-9	BV-10	TOPLAM
Depresif Belirtiler	3	2	2	0	0	1	3	0	1	1	13

Çizelge-20’de bakım verenin inmeli hastanın depresif belirti durumu ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Bakım verenler ile yapılan görüşmelerde hastalarını değerlendirdikleri depresif belirtilerle ilgili olarak çoğunlukla “çöküntü”, “sönme”, “içe kapanma” ve “agresif olma” gibi benzeşik ifadelerde bulunmuşlardır.

Çizelge incelendiğinde 7 bakım veren hastalarının depresif belirtilere sahip olduğunu ifade etmiştir. Konuyla ilgili olarak;

BV-3; *“Eşimin psikolojisi tamamen çöktü bunu diyebilirim, sürekli ağladı, sürekli sızlandı. Sürekli ben böyle değildim, neden böyle oldum, neden Allah bu hastalığı bana verdi diye hatta isyan etti. Fakat ben bunu Allah'tan geldiğini söyledim her zaman şükredelim halimize daha kötü olabilirdim diyerek hep onu teselli ettim, yani daha kötü olabilir di yatalaktın şimdi daha iyisin işte bak görüyorsun günden güne ile iyileşiyorsun diyerek hep onun motivasyonunu yükselttim yani çok kötü bunalıma girdi. Dediğim gibi maddi ve manevi de bir şeyleri düşündüğü için eşim, onu çok sıkıntı yaptı kendisine. Ha niye biz bunları kazanarak, çalışarak aldık şimdi niye satıp da yiyoruz gibisinden, psikolojikmen çok çöktü yani. Ben de çöktüm oda çöktü yani diyebileceğim bu kadar.”*

BV-6; *“Hemen her şey oldu. Böyle hemen her şey kızar her şeye ağlar. Alınan oldu.”*

BV-7; *“Ne bileyim çok konuşmuyordu bizimle muhabbeti etmiyordu böyle hiç hiç oturma şeyi yoktu. Hep yatıyordu.”*

BV-9; “Çökertti yani çöktü çöktü yani çöktü. Yani dört duvar arasında zaten beş yıldır. Hani bir televizyon bir internet o interneti de başaramadığı zamanlar oluyor. Mesela yani eskiden nasıl sörf yapıyordu internette şimdi yok yani. O Facebook'a girer çıkar. Bir iki yer arar onu da bulduramaz sıkılır pat kapatır. Hani öyle şeyli değil yani zevk almıyor yani hiçbir şeyde.”

Çalışmanın bu bölümünde yapılan değerlendirmelerde hastaların kendileri ile yaptıkları değerlendirmelerle paralellik bulunmaktadır ve bunu destekleyen bir çalışmada hastalarda belirlenen psiko-sosyal sorunlar arasında üzüntü, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama, ümitsizlik, endişe, içe kapanma, aile ve iş yaşantısına ilişkin rol kaybı, öz güvende azalma, ölüm korkusu, kendine yetememe/bağımlı olma endişesi, depresif görüntü ve sosyal izolasyona vurgu yapan bilgiler alınmıştır (Akdemir ve ark. 2011). Ayrıca görüşmede bakım verenler hastaların zihinsel süreci ve ruhsal ve duygusal durumunu anlamaya yönelik gayret gösterdikleri de gözlemlenmiştir. Hastanın moral ve motivasyonu ne kadar iyi ise iyileşme daha iyi olmakta ve bakım veren o oranda özgürleşebilmektedir.

Çizelge-21. Bakım Verenin Gözünden İnmeli Hastanın Hassasiyet ve Alınganlık Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım

	BV-1	BV-2	BV-3	BV-4	BV-5	BV-6	BV-7	BV-8	BV-9	BV-10	TOPLAM
Hassasiyet ve Alınganlık	1	1	1	2	0	1	1	1	2	1	11

Çizelge-21’de bakım verenin gözünden inmeli hastanın hassasiyet ve alınganlık durumu ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Bakım verenler hastalarını değerlendirirken hassasiyet ve duyarlılıkları ile ilgili sık sık ağlama, duygusal olma, hassas ve alıngan olmaları gibi konularda tıpkı hastaların kendilerini değerlendirirken kullandıkları benzeşik ifadeleri kullanmışlardır.

BV-2; "O da duygusal yine morali bozuluyo yani öyle yapsam da bozuluyo böyle desem de bozuluyo hep bozuluyo."

BV-4; "Hemen alınıyor direk üzerine alıyor birine birşey desen de kendi üstüne alınıyor. O yüzden de ona hiçbir şey söyleyemiyoruz üzülmesin diye."

BV-6; "İşte yani yok hiç öyle ters tepki olmadı, ama çok alıngan oldu, ha ağladı yani ağlar oldu."

Ağlama ile ilgili yapılan değerlendirmelerde 8 bakım veren hastasının sık sık duygusallaşarak ağladığı ifadesinde bulunmaktadır ve yine bu bilgi hastaların ağlama durumu ile ilgili olarak verdiği bilgi ile uyumludur.

BV-8; "Aşırı derecede ağlıyordu seni görüyor ona, onu görüyor ona ağlıyordu, çocukları görüyor daha ağlıyordu, herkesi görüyordu ağlıyordu sürekli ağlıyordu." Görüşmede bakım veren bu durumu anlayamadığını ifade eden bir yüz ifadesi ile konuyu anlatmıştır. Hastalık ile ortaya çıkan bu durumun sebebi araştırmacı açıklanarak bakım veren rahatlatılmıştır.

BV-9;"Yani ağlamaktan tıkanmaktan, dünürünüüz arasın mesela hani nasılsın sesi çıkmıyor da ağlamaktan konuşamıyo. Damatlar arasın hiç konuşamıyo şimdi kızlarla konuşuyo. Gene duygulanıyo torunlarla konuşuyo gene duygulanıyo hala onu yenmiş değil yani."

Çizelge-22. Bakım Verenin İnmeli Hastanın Çocuklarının Etkilenme Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım

	BV-1	BV-2	BV-3	BV-4	BV-5	BV-6	BV-7	BV-8	BV-9	BV-10	TOPLAM
Çocukların Duygusal Boyutta Etkilenme Durumu	2	1	1	0	0	1	3	4	5	1	18

Çizelge-22'de bakım verenin inmeli hastanın çocuklarının etkilenme durumu ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Çalışmada inme hastalığının doğası gereği etkilediği grupta bulunan hastaların yaşları ileridir ve hepsinin yetişkin çocukları olduğu ve onların da farklı boyutta etkilendiği anlaşılmıştır. Bakım verenlerin çoğu hastaların eşidir ve hastalık sürecinde çocuklarının etkilenme durumu ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Bakım verenlerden ebeveynlerine bakım veren BV-4, BV-5 diğer kardeşlerinin etkilenmediğini düşündüklerini ifade etmiştir. Örneğin;

BV-5; “Çocukları olarak ablam hiç etkilenmedi çünkü hayatına hiç giren ya da çıkan hiçbir şey yok. Arada bir annemle telefon konuşması dışında. Konuşurken de o anneme annemden daha çok dert yandığı için hani onun hayatında hiçbir şey yok ya işte hiç.” Bakım veren bu durumu anlatırken hem öfke hem de hayal kırıklığı duygusunu yaşadığı anlaşılmış ve bakım verenin bakım verme konusunda kendini yalnız hissettiği gözlemlenmiştir.

BV-2 ve BV-3 ise kız ve erkek çocukları arasında bir karşılaştırma yapmış ve erkek çocuklarının aileden uzaklaştığı ve kızların daha ilgili davrandığı üzerinde durmuşlardır. Diğer bakım verenler ise inmeden sonra hastanın rahatsızlığı nedeni ile üzüntü yaşamışlardır. Örneğin;

BV-9;”Etkilendi etkilendi etkilendi. Hani hep en büyük kızım. Mesela ben altı ay babamın hasta olduğunu inanmadım dedi, inanmadım dedi ki, geldi gördü gözünle gördü ona rağmen. İnanmadı değil de kabullenemedim anne dedi yani inandı, hastalıkta kabullenemedim babamın hastalığını dedi. Yani uzun süre anne babam kolunu bacağını niçin kaybetti yani hani sebepsiz kaybetti yani. Hani neden kaybetti hem değmedi yani. Hayat acımasız hep bana böyle dile getirdi babası olduğu için böyle dile getirdi.”

BV-8; “Çok ağladılar ah yavrum nasıl ağladılar hani böyle ne diyeyim, senelerce babasını gördüğü zaman bizim büyük hemen gözünden yaş akardı silerdi. Bak derdim oğlum artık yeter onu yaşayacağız yapacak hiçbir şey yok... Evet vallahi bak hele küçük oğlan hepten sesle ağlıyordu.” ifadeleri ile daha çok çocukların duygusal anlamda etkilenmelerine vurgu yapmıştır. Ancak inme hastalığı birçok rahatsızlığı yanında getiren, özellikle bakım ve gözetim gerektiren bir hastalık olduğu için bütün aile üyeleri etkilenebilmektedir. Bu etkilenme yukarıda olduğu gibi duygusal anlamda olurken yaşamın akışında değişikliklere sebep olmakta ya da hastaya maddi destek sağlamak gerekliliği de ortaya çıkmaktadır. Örneğin;

BV-10; “Tabii etkilendiler. Mesela haftada bir gün buraya geliyorlar ihtiyacım var deyince buraya geliyorlar. Lazımlık, portatif tekerlekli sandalye filan şu kadar mesafeye tekerlekli sandalye günah dedim, çünkü kapıdan geçirecek gücüm yok, dedim dışarıda gezdirecek halim yok, dışarıda gezdirecek halim yok her şeyi aldılar. Allah razı olsun banyo ettirdiler eylediler ne yemek istiyorsa aldılar sağ olsun...”

Karısı çoluğu çocuğu etkilendi. Haftada bir kere buraya geliyolar, onlar koşturuyor yazık oğullarımın yapacağı işi karıları yapıyor. Hepsi fedakârlık yapıyor”.

6.3.4. Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesinin Sosyal Boyutu ile İlgili Bulgular

Çalışmamızın bu bölümünde bakım verenlerin genel yaşam kalitelerinin sosyal boyutunda oluşan değişimlere ilişkin görüşleri incelenmiştir. Bunun için sosyal boyut ana teması altında “aile içi ilişkiler”, “yakın çevre ilişkileri” ve “toplumsal hayat uyum” başlıkları ile alt temalar oluşturulmuştur. Yapılan analizin neticeleri ise aşağıdaki şekildedir.

6.3.4.1. Bakım veren ve hastanın aile içi ilişki durumunu nasıl gördüğüne ilişkin bulgular

Çizelge-23. Bakım Veren ve Hastanın Aile İçi İlişkileri Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım

	BV-1	BV-2	BV-3	BV-4	BV-5	BV-6	BV-7	BV-8	BV-9	BV-10	TOPLAM
Rollerde Değişiklik	0	0	2	0	0	0	0	1	0	1	4
Yakınlaşma	1	0	0	0	1	0	3	3	3	4	15
Uzaklaşma	0	0	1	3	4	2	0	0	0	0	10
Cinsel İlişki Sorunları	0	0	2	0	0	0	1	0	1	0	4
Değişiklik Yok	2	1	0	0	0	0	0	1	1	1	6

Çizelge-23’de bakım veren ve hastanın aile içi ilişkileri ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Çalışmamızın bu bölümünün konusu anne, baba ve çocuk arasında olan ilişkide yaşanan değişimlerdir. Ayrıca bakım verenlerin değerlendirmesi ile hastaların aile içi ilişkilerinde yaşadıkları değişimler de sorgulanan diğer bir konu olmuştur. Aile içi ilişkilerin değerlendirildiği bu bölümde, bakım verenlerin verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde “rollerde değişiklik”, “yakınlaşma” ve

“uzaklaşma”, “cinsel ilişki sorunları” ve “değişiklik olmadığı” konusuna vurgu yapan benzeşik ifadelerde buldukları anlaşılmıştır. Çizelge-23’den de anlaşıldığı üzere üç bakım veren rollerde değişiklik vurgusunu yaparken altı bakım veren de yakınlaşma olduğu vurgusunu yapmıştır. Dört bakım veren aile içi ilişkide uzaklaşmadan bahsederken sadece yedi evli bakım verenimizden üç bakım veren cinsel ilişki sorunlarına vurgu yapmıştır. Beş bakım veren ise değişiklik yok ifadesinde bulunmuşlardır. Bakım verenlerden bazıları görüşme süreci içinde bu konuyla farklı durumlarla ilgili de vurgulamada bulunmuşlardır. Örneğin BV-1 hem yakınlaşma olduğuna hem de değişiklik olmadığına dair vurgulamada bulunmuştur.

Bakım verenlerin, bakım verme işlevi nedeniyle günlük uğraşlarını yürütebilme kabiliyetinin azalması ve aile içi ilişkilerde yaşanacak değişimler beklenen bir durumdur (İnci ve Bayık Temel 2016). Bakım verenler rollerde değişimler yaşadıklarını hasta olan kişinin de rollerini üstlenmek zorunda kaldıklarını ifade etmişlerdir. Bu ifadeleri kullananlar ise hastalık sürecinden evvel ev dışında yapılması gerekli birçok işin erkek olan eşi tarafından yapıldığını ifade eden kadın bakım verenlerdir. Örneğin;

BV-3 "Ben evin hem erkeği oldum, hem kadını oldum eşimin yapabileceği işleri bile ben üstlendim."

BV-8; “Her şeyi sen yapıyorsun her yükümlülük sende değişmez mi her şey değişti ben mesela daha önceden bana bir fatura ödettirmezdi, hiçbir şeyini yaptırmazdı. Mesela taksitli bir şey aldığında onu da gidip kendisi öderdi. Bocaladım bayağı bocaladım.” Görüşmelerde bu bocalamayı nerde ise bütün bakım verenlerin yaşadığı anlaşılırken yeni olan sürece uyum ile ilgili ciddi çaba sarf ettikleri gözlemlenmiştir.

Hastaların erken emekli olması ya da işten ayrılması ile sosyal rollerde bir azalma olmakla birlikte aynı zamanda bakım verenlerin ekonomik açıdan gerekliliklere karar vermesi gerekliliği bakım veren rolü daha da gergin hale gelebilmektedir (Burnette 1999). Hastanın bakım gereksinimleri, rol fonksiyonunda değişiklik, maddi güçlükler, cinsel fonksiyonda değişiklik, çocukların artmış fiziksel ve duygusal gereksinimlerinin sonucu olarak bakım vericilerin evliliklerinde gerginlik ve çatışma yaşanabilmekte, rol gerginliği veya rol çatışması sonucu aile üyeleri arasında rol transferi veya geçişi olabilmektedir (Özertürk 2010).

Çalışmamızda 6 bakım veren, aile içi ilişkilerde yakınlaşma olduğundan bahsetmişlerdir. Yakınlaşma ise daha çok evden evlenerek uzaklaşmış yetişkin çocukların hastayı ve bakım vereni ziyaret etmesi, maddi destek sağlaması ve birbirlerinin sorunlarına daha çok ilgi göstermeleri şeklinde olmuştur. Örneğin;

BV-1; "*Oda benim gibi hep akşam sabah bize gidip geliyor.*"

BV-8; "*Hayır daha çok kenetlendik çocuklar daha çok gelip gitmeye başladı, daha çok halimizi hatırımızı sormaya başladılar. Babasıyla çok ilgilendiler o kadar çok ilgilendiler ki yani böyle anlatamam. Bana bile bırakmadılar o kadar çok ilgilendiler.*"

Çalışmamızda iki bakım veren ise hastalıktan evvel hasta ile evlilik ilişkilerinde hastanın agresif davranışları nedeniyle sorunlar yaşadıklarını fakat hastalık süreciyle birlikte kendilerine daha yakın ve kendi tabirlerine göre bakım verenlere daha düşkün davranışlar gösterdiklerini anlatarak bu durumlardan memnun kaldıklarını ifade etmişlerdir ve bunu bir yakınlaşma olarak görmüşlerdir. Yakınlaşma vurgusunda bulunan BV-5 bakım veren ise babasını yeniden tanımaya başladığını ifadesini kullanarak yakınlaşma vurgusunda bulunmuştur. Han (1999)' a göre günümüzde çoğu araştırma bakım verenlerin üstesinden gelmek zorunda kaldıkları fiziksel, duygusal ve finansal açıdan yaşadıkları sorunlarla ilgilidir. Ancak çoğu bakıcı, şimdiki hayatlarından memnun ve bakıcılık rolleri konusunda olumlu bir his taşımaktadırlar. Bir çalışmada bakım verenin % 17'sinin bakım verenin bakım verilenlerle olan ilişkilerini geliştirdiği saptamıştır (Han 1999).

Aile içi ilişkilerde uzaklaşma konusuna vurgu yapan dört bakım veren daha çok hasta ve bakım veren arasındaki ilişkiden ziyade hasta ve bakım verenin diğer aile üyeleri ile yaşadıkları uzaklaşmaya dikkat çekmişlerdir. İlişkilerde uzaklaşma yaşadığını ifade eden dört bakım verenden üçü ebeveynlerine bakım verenlerdir ve bunlar ebeyenlerine bakmakla ilgili olarak özellikle kardeşleri arasındaki ilişkide yaşadıkları uzaklaşmadan bahsetmişlerdir. Örnek;

BV-4; "*Tabii ki çok etkiledi ben biraz daha agresif oldum. Davranışlarında anneme davranışlarından dolayı aileye, hani anneme davranışlarından dolayı ben ister istemez kırıcı oldum. Yani bu böyle olacak diyorlar mesela ben diyorum ki yapar yapacak. Ailemle birlikte hastalık aramızı bozuyor.*"

BV-6; "İşte abimler ile o sıkıntı yaşandı. İşte biz ablam kardeşim ben üçümüz yani, hep annemin başındaydık işte ağabeyimle öyle sıkıntı oldu. Abimle kaç ay konuşmadım. Ben de yani öyle yaptınız diye."

Burada daha çok hastaya karşı olan davranışlar uzaklaşmaya sebep olurken diğer bir hususta kardeşler arasında bakım sorumluluğunun daha çok bekar ve küçük kardeşlere bırakılmış olmasıdır. Bunun zoraki bir durum olarak algılanması bakım verenin işini zorlaştıran bir başka unsur olarak karşımıza çıkmıştır. Çalışmada en dikkat çeken ifadelerden bir tanesi şu şekildedir;

BV-5; "Bu süreç öncesinde günde en az dört defa arardı. Her derdinde beni arardı her sorunu bana aktarırdı ve aktardıklarını büyük kısmını ben çözerdim. Onun dört tane çocuğu var. Mesela ben kendi çocukları da bunu söyler teyze olarak anne ve babadan çok daha fazladır çocukların üzerinde maddi manevi. Dolayısıyla onların her türlü maddi manevi her zaman ben yanlarındaydım en ufak sıkıntılarında. Ki bu kadar büyük bir sıkıntılarda da bile hani yanlarında idim. Bak çok basit sıkıntılarında bile yanlarındaydım her zaman haklı ya da haksız destek olmuştum. Yani hani aramaması için ne bileyim ben ona babama bakmı diyecektim para ver mi diyecektim ben çok baktım sen mi bak diyecektim. Ki deme hakkımda var diye düşünüyorum (ağlayarak devam etti) ama beni tanıyor demezdim, tanıyor demezdim. Bir de işte çocukları bile ondan daha fazla geldiler....Bayramda geldiler. Ramazan bayramında arife akşamı geldi daha ikinci günü sabah sekiz buçukta gitmişlerdi. Misafir gibi işte sofrayı kurduk yediler içtiler. Babanın da çok bir şey yokmuş zaten diye kocasıyla bir konuşmasına tanık oldum. Çok da önemli bir şey yokmuş zaten dedi. Dedimki biz abartıyormuşuz hani. Demek ki mi bizim yaşadığımız her şeyin yalanmış. Uzaktan bakınca ne kadar güzel gözüküyormuş. Hani bu sefer kendimi sorguladım biz abartıyormuyuz acaba yaşadığımız süreci dedim. Kendimiz mi ajitemi ediyoruz bak. Oradan bakınca babanın hiçbir şeyi yok diyorsun. Dolayısıyla bi kardeş kaybettim bu süreçte." Görüşmede bakım veren bu konuyu anlatırken sürekli ağlamış ve kendi tabiri ile "kardeş kaybının" yasını tuttuğunu araştırmacıya düşündürmüştür.

Bir çalışmada hasta yakınlarının yalnızca yarısının bakım verme konusunda diğer aile üyelerinden destek aldığı, bu durumun hasta yakınlarının bakım verme

yüklerini arttırdığı, bakım vericilerin yaşlı bireylerin en çok fiziksel bakımına yardımcı olduğu, aile ve iş yaşamı ile ilgili sorumluluklarının bakım rollerinden olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir (Sağlam ve ark. 2013).

Burada bakıma destek verme konusunda yetersiz kalan ailenin diğer üyeleri aynı zamanda bakım verenin zorluklarını anlama konusunda yetersiz kalmakta ve bakım veren bu durumun duygusal etkisi olan anlaşılammış olma duygusu ile de yaşamak zorunda kalmaktadır.

BV-6; *“Kardeş kardeşlerim ne oldu mesela ablama diyorum ben hani sadece diyorum ben mi hani kalacağım diye o da mecbur diyor sen kalacaksın. Sen evdesin ya diyor kendi aramızda öyle... Sen olmasan diyo biz hepimiz beraber. Hani öyle gelir bakarız diyor yani mecbur muşum gibi oluyo şimdi benimkisi... Ya onları yanımda görmek istiyom* (katılımcı bunları ağlayarak anlatmıştır).

Ebeveyn olan inmeli hastalar ise bakım verenlerin belirttikleri ve kardeşler arasında yaşanan bu olumsuz ilişki sürecini hiç vurgu yapmamışlardır.

BV-3 bakım veren ise inmeden sonra hastanın çocuklarına, BV-5 ise hastanın eşine karşı davranışlarının daha agresif olduğunu, bu nedenle aile içi ilişkilerinde uzaklaşma olduğunu vurgulamıştır. Ancak kendilerinin bu durumda arabulucu rolü üstlenerek her iki tarafı da sakinleştirmeye çalışan kişi olarak tanımlamıştır. Bu konuda BV-3'ün hastası bakım veren ile aynı konuda vurgu yaparken diğer bakım verenin inmeli hastası bu konuda görüş bildirmemiştir. Bu durum bazen tersine de işleyebilmektedir. Nitekim çalışmada BV-4 hastaya çocukları tarafından anlayışsız davranıldığını ifade etmiştir. Örneğin;

BV-4; *“Çünkü şimdi aile fertlerinden diyeyim şimdi kardeşlerim mesela iyileşsin hareket yapsın ki kendine şey yapsın diye şey yapıyor, ama kadını kimse anlamıyor diyeyim. Kimse kötülüğünü istemez herkes iyiliğini ister yürüsün kapanmasın bir şeyler yapsın diye Yani kalksın ki kendi şey yapsın hareketlerini yapsın diye ama bizim hastamız biraz duygusal olduğu için yapamadığı içinde o kendi kendini kahrediyor Bu da bizi bayağı üzüyor ne oluyor ailede aile fertleri biraz daha yükleniyor... Hani biraz şiddet içerir dövme şeyi yok yapma yok ama laftan sözden yetiyor zaten.”*

İnme hem hastanın hem de eşinin hayatını değiştirip ilişki de gerginliklere sebep olabilir. Alışmaya vakit olmadan roller değişebilir ve eş bakım veriyorsa ilişkinin dengesi değişebilir (Stroke association 2017). Yapılan bir çalışmada bakım verenlerin 2/3 ü inme hastalığı nedeni ile aile içi ilişkilerinde karı –koca veya partner ilişkilerinde güçlükler yaşadıkları, bunlardan 10’ da birinin boşandığı veya boşanmayı düşündüğü bulunmuştur. Ayrıca zaman geçtikçe bakımın daha da zorlaştığını ve üç yılın sonunda %48’i bakıcı hizmeti aldıklarını ifade etmişlerdir. Bakım verenler kendi ihtiyaçlarının yanında hastanın gereksinimlerini de eklemek zorunda kalmışlardır (Stroke Association 2013). Yapılan bir başka çalışmada bakım verenlerin yükü arttıkça hasta ile ilişkileri ve cinsel birlikteliklerinin negatif korelasyon içine girmekte olduğu anlaşılmıştır (Simonelli ve ark. 2007).

Çalışmamıza katılan 10 bakım verenden üçü hastaların çocukları diğerleri ise hastaların eşidir. Yani evlilik ilişkisi içinde olan bakım verenler yedi kişidir. Cinsel yaşamla ilgili olarak üç kadın eş dışında diğer eşler cinsellik konusuna hiç vurgu yapmamıştır. Bunlardan biri 40-50 yaş arasındadır ve konuyla ilgili olarak en çok vurgu yapan kişi olmuştur. Hastanın inme geçirmesinden sonra cinsel yaşamlarını devam ettirmeye çalıştıklarını, fakat hastalığın sebep olduğu sorunlar yaşadıklarını dile getirmiştir. Bu sorunlar arasında hastanın ilişkiye hazırlanması ve sonrasında temizlenme ihtiyacı bakım vereni zorlayan bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca hastanın ereksiyon gücünü yaşıyor olması ise diğer bir ana problemidir. Örneğin;

BV-3; *“İşte ben hastayım diye mi yapmak istemiyorsun işte ben çok zor. Yani anlatmak istediklerim de işte bazen her şeyi anlatamıyorsun. Hasta olduğu için onu soyması, onu banyo yaptırması her şeyi zaten ben de günlük, gınaşırı zaten yaptırıyorum fakat onu bir türlü kabullenemiyor işin bittiğini. Anlatabiliyor muyum ben seninle yani bu cinsel ilişki için burada durmuyorum...25 sene yapmışsın yapacağını. Tamam bitti. Bunu kafana takmana gerek yok insanlar bunun için yaşamıyor bunlar için. Sadece evlilik bunun üstüne durmuyor yani diye anlatmaya çalışıyorum. Eşim işte sürekli bir arama çabasında. Hani arama derken hap alayım işte öyle yapayım işte böyle yapalım. Bana hap almadın sürekli bana hani bunları söylüyor.”*

Yapılan bir çalışmaya 32-65 yaş arası 38 erkek 12 kadından oluşan 50 hasta katılmıştır. Cinselliğin analiz edilen tüm yönleri, yani libido, coital frekans, ereksiyon, boşalma, vajinal yağlanma, orgazm ve cinsel yaşamdan tatmin olmak, hem hastalarda hem de eşlerinde inmenin bir sonucu olarak azalmıştır. İnmeden iki ay sonra 14 hastada %28 ve altı ayda sonra altı hastada %14 cinsel ilişki kesilmiştir. Bunun yanında erkelerin %45'inin gece ereksiyonunu devam ettiği de bu araştırmada saptanmış bir diğer konudur (Korpelainen ve ark. 1998).

Bunun dışında diğer bir bakım veren ise göz temasını keserek net bir ifade kullanmasa da değişiklik olduğunu ifade etmiştir. Kadın olan bir başka bakım veren BV-9 ise inme hastalığının meydana geldiği yaklaşık beş yıl öncesinden bu yana cinsel birliktelik yaşamadıklarını dile getirmiştir.

BV-9; *“Karı koca ilişkisi kalmadı. O bitti o benim için. Ben onunla uğraşıyorum o olması mümkün değil zaten yok yani öyle bir olay yok. Ya sadece saygı sevgi. O da yani karşılıklı. Eğer yani kendi mutlu olursa bana da mutluluk geliyor ama o mutlu olmazsa ben de mutlu olamıyorum. Yani her şey karı koca ilişkisi ile bitmez. Ben zaten farkındayım, ben yıllardır farkındayım. Sadece ilişki değil yani saygı sevgidir benim için önemli olan, ama maalesef erkekler öyle düşünmüyor onlar cinsellikle. Hep benim eşim yani cinsellik erkeklik o o demek değil aslında. Erkeklik cinsellik demek değil erkeklik cinsellikle gösterilmez.”* Buradan da anaşılacağı üzere hasta ve bakım veren karı-koca rolünden kendilerinin ayrıştığını düşünerek bakım alan ve bakım veren rolü ile kendilerini sınırladıkları gözlemlenmiştir. Elbette yaşın ileri olması, hastalık süreci ile bedensel işlevlerin yerine tam olarak getirilememesi de bu konunun diğer etkili hususudur.

Yapılan bir başka çalışmada bakım veren grup ile kontrol grubu karşılaştırılmış ve aralarında cinsel ilişki sıklığında anlamlı bir fark bulunmuştur. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında bakım verenler asla cinsel ilişki yaşamadıklarını ifade ederken bunların çok az bir bölümü haftalık cinsel birliktelik yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Cinsel ilişki kalitesi açısından bakım verenlerle kontrol grubunarasında farklılık gözlemlenmiştir (Simonelli ve ark. 2008).

6.3.4.2. Bakım verenin ve hastanın yakın çevre ilişki durumunu nasıl gördüğüne ilişkin bulgular

Çizelge-24. Bakım Vereninin ve Hastanın Yakın Çevre İlişkileri Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım

	BV-1	BV-2	BV-3	BV-4	BV-5	BV-6	BV-7	BV-8	BV-9	BV-10	TOPLAM
Yakınlaşma	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	3
Uzaklaşma	3	0	2	4	3	0	2	0	2	0	16
Değişiklik Yok	0	1	0	0	1	2	2	2	0	0	8

Çizelge-24’da bakım verenin ve hastanın yakın çevre ilişkileri ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Çalışmamızda bakım verenlerin ve bakım verenlerin gözünden hastaların yaşam kalitesini etkileyen alanlardan biri olan yakın çevre komşu, arkadaş, akraba ile olan ilişkilerinin nasıl etkilendiği sorgulanmıştır. Bakım verenlerin verdikleri cevapların benzeşik ifadelerinden yola çıkarak “yakınlaşma”, “uzaklaşma” ve “değişiklik yok” şeklinde vurgulamalar yaptıkları belirlenmiştir. Çizelge incelendiğinde iki bakım veren yakınlaşma, altı bakım veren uzaklaşma ve beş bakım veren ise değişiklik olmadığı vurgusunda bulunmuşlardır.

Birçok çalışma günlük yaşam içinde sosyal, psikolojik, fiziksel ve ekonomik ihtiyaçlarda aile, arkadaş ve komşuları içine alan informal desteğin hayati bir öneme sahip olduğunu göstermiştir. Bu sistemler öngörülemez veya beklenen sorunlarda da çok ihtiyaç duyulan bir güvenlik ağı olabilirler. İhtiyacın kapsam ve boyutuna bağlı olarak sağlanan desteğin tipi ve miktarı, sorumlu ağ üyelerinin sosyal sınıf ve kültürünün etkisine göre değişiklik gösterir. Destekler günlük yaşam devinimleri ve kişilerin beklentileri içinde rollerden, geçici yardımlara kadar olan aralıktadır (Burnette 1999). Bir araştırmada hasta yakınlarının en fazla “Aile”den sonrasında “Arkadaş” ve “Özel İnsan”dan sosyal destek aldığı belirlenmiştir. Bakım verenin yaşı ilerledikçe aldığı sosyal desteğin azaldığı belirlenmiştir (Yeşil ve ark. 2016).

Çalışmamıza katılan bakım verenlerden yakın çevre ilişkilerinde hastalık öncesine göre yakınlaşma olduğunu vurgulayan katılımcılar olmuştur. Bunda etkili olan temel unsurun ise bir bakım veren işten ayrılınca ev içinde daha çok vakit geçirmeye ve komşu ve arkadaşları ile daha fazla vakit geçirmeye başlamasıdır. Konuyu aynı şekilde değerlendiren diğer bakım veren ise hastalıktan sonra eşinin kardeşlerine ve akrabalarına yakın olan bir eve taşındıklarını böylece onlarla görüşme olanağının arttığını ifade etmişlerdir. Buna paralel yapılan bir çalışmada erkek bakım verenlerin kadınlara göre daha fazla tükenmişlik yaşadığı, hasta yakınlarının en fazla aileden sosyal destek aldığı saptanmıştır. Hasta yakınlarının sosyal desteğinin artması durumunda tükenmişlik durumlarının azaldığı sonucuna varılmıştır (Tuna ve Olgun 2010).

Bakım verenlerin sosyal hayatlarında kısıtlamalardan bahseden araştırmalar da vardır. Bir araştırmada bakım verenler arkadaş ve aileye daha az ziyarette bulunmakta ve onlarla daha az zaman harcamaktadırlar. Sohbet etmekte ya da ibadet evlerinde vakit harcamakta ve hobileri ile daha az zaman harcamakta ve bu durumun evlilikleri üzerinde de etkileri olabilmektedir. Koca ve karılarına veya çocuklarına yeteri kadar vakit ayıramamaktadırlar (Okoye ve Asa 2011). Bu durum bizim çalışmamızda da ortaya çıkmış ve bir bakım veren erkek arkadaşına vakit ayıramadığını ve artık evlilik düşüncesinin çok azaldığını ifade etmiştir. Örneğin;

BV-6; “Ama ben 10 yıldır bölük pörçük refakatçi olduğum için bize hiç sıra gelmiyor... O babama kızıyor ve sırtını sana dayadı hayatından memnun, sen böyle olduğun sürece o kendi için çaba harcamayacak diyor. Bana herhalde en çok üzülen acıyan o en çok bu süreçte bana destek olan da belki olmasaydı bu kadar da hani güçlü olamazdım.”

Nitekim bizim çalışmamızda da altı bakım veren yakın çevre ile olan ilişkilerinde uzaklaşma yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu uzaklaşmada yakın çevrenin bakım verene ve hastaya karşı olumsuz olarak algılanan davranışlar sergilemelerinin etkili olduğu anlaşılmaktadır. Bu konuda BV-1, BV-3, BV-7 ve BV-9 özellikle hastanın kendi kardeşleriyle ilişkilerinde uzaklaşma yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

BV-1; “Kardeşleriyle işte gelsinler istemiyor, hastalık durumundan sıkılıyor. Onlar anlatıyor başka hastaları anlatıyor, gördüklerini anlatıyor dışarıda geziyorlar olmuş olmuş. O da sıkılıyor onlar böyle söyleyince anlattıkça.”

BV-3; “Hastanın kendi çevresi kardeşleri falan sahip çıkan bir insanlar değiller de, önceden de yok gibilerdi. Hasta olunca da yok oldular zaten yani onlar zaten yoktu hayatımızda, iyice yok oldular. Hastalanınca herkes iyi gün dostu hastalanınca kardeşinden istediği bir şeyi göremedi ilgiyi göremedi ya. Kimse dolaşmadı fazla ve bana da gelirse yani tabii ki, bana işte genç kaldın işte, nasıl yapacaksın işte ne olacak tabii ondan sonra yani.”

BV-7; “Eskiden öyle yapmazlardı. (Hasta olan eşinin kardeşlerini kast etmiştir) Olmazlardı şimdi mesela şimdi bir şey yapıyorsun sen yaptın sen, sen ettin demin dediğim gibi sen yaptın sen ettin, sen düşürdün.”

Bu ifadeler hastaların kendi yakın çevre ilişkilerini değerlendirmeleri ile paralellik taşımaktadır. Bunun yanında yakın çevreden dışlandıklarını düşünen iki bakım veren ise konuyla ilgili olarak

BV-4; “Bir nevi böyle dışlanır gibi yani şöyle diyeyim, mesela sağlamken hani iyiyken herkes iyi kötüyken herkes kötü.”

BV-9; “Mesela yazın balkonda oturuyorum buradaki kışlık evimizde yani görüyorlar hasta bir selam ver bir konuş selam vermedikleri zaman bu kendi geri çekiyor mesela hastalıktan sonra böyle oldu.” İfadelerinde bulunmuşlardır.

6.3.4.3. Bakım verenin toplumsal hayata uyum durumunu nasıl gördüğüne ilişkin bulgular

Çizelge-25. Bakım Verenin Toplumsal Hayata Uyum Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım

	BV-1	BV-2	BV-3	BV-4	BV-5	BV-6	BV-7	BV-8	BV-9	BV-10	TOPLAM
Sosyal İzolasyon	3	0	0	0	3	1	2	1	0	2	12
Diğer İnsanların Davranışları	0	1	3	1	0	0	0	0	3	0	8
Erişebilirlik	0	1	0	2	0	0	0	1	1	0	5

Çizelge-25’da bakım verenin toplumsal hayata uyumu ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Bakım verenlere yapılan görüşmelerde sosyal boyut ana teması altında oluşturulan toplumsal hayata uyum ile ilgili bakım verenlerin görüşleri değerlendirildiğinde hastalarinki ile paralel olacak şekilde verdikleri cevaplarla altı bakım veren sosyal izolasyon, dört bakım veren diğer insan davranışları ve dört bakım veren ise erişebilirlik konusuna vurgu yapan farklı sayılarda benzeşik ifadeler kullanmışlardır.

Katılımcılar hastalarla birlikte hareket etmekte ve toplumsal hayata katılımı genelde birlikte gerçekleşmektedir. Çoğunlukla katılımcılar hastalık sonrasında hastanın hareket kısıtlılığının olması ve tuvalet ihtiyacını karşılamak konusunda sorun yaşadıkları için ev dışına çıkmak, düğün, komşu gezmesi gibi aktivitelere katılım sağlamakta isteksiz davranmakta ve hastayı yalnız başına bırakmak konusunda da sorun yaşamaktadırlar.

BV-1; "Hastalık oldu olalı fazla insanlarla görüşemiyorum zaten....vaktim olmuyor çıkamıyorum"

BV-5; "Her hafta mutlaka sinemaya tiyatroya giden bir insandım tam bir yıl oldu. Bu tamamen yok. Arkadaşlarımla bugün bende yarın sende kahvaltımız, kahveniz, sohbetimiz vardı. Komşularıma gelir giderdim hani çok zor bulunacak bir şey bu devirde komşuluk ilişkileri. Çat kapı. Hadi ben geldim kahve yap diyebilecek böyle komşularım vardı onlarla ilişkilerim tamamen koptu."

BV-6; "Başka yok yok işte çıkmadık çünkü annem yürüyemediği için çıkmadık"

Çalışmada elde ettiğimiz sonuçlara benzer sonuçlar yapılan başka bir çalışmada yer bulmuştur. Bakım verenlerin bakım vermektan kaynaklanan sosyal sorunları ele alındığında; güncel olayları takip edememe %32,10, komşuluk ilişkilerinde (gün, gezme, çaylar gibi) azalma %33,60’tır. Çevredeki diğer insanlarla olan ilişkilerde (iş arkadaşları, sosyal arkadaşlar gibi) azalma %53,90’dır. Kültürel aktivitelere katılımında azalma %15,30 tesbit edilirken, gece sosyal aktivitelere katılımında azalmanın %16,50 olduğu tesbit edilmiştir. Bakım verenler toplumsal hayata katılım konusunda yaşadıkları bir diğer engelin ise fiziki olarak hastaya yardımcı olmak için yetersiz kalmaları olduğunu ifade etmektedirler (Yeşil ve ark. 2016).

BV-7; *"Dışarı dışarı falan çıkaramıyorum çıkaramıyorum dışarıya nasıl çıkarıyımki benim de gücüm yetmiyor."*

BV-10; *"Evet saçımı bile kestirmeye gidemiyorum, gücüm kalmıyor."*

Aile, arkadaş ilişkileri ya da sosyal etkinliklerinden fedakârlık eden bakım verenin eğlendirici, dinlendirici ve boş zaman aktiviteleri kısıtlanmakta; bu nedenlerle sosyal destekte azalma, kendilerini bakım rolünde yalnız bırakılmış hissetme ve sosyal izolasyon yaşama olasılığı artmaktadır (Kasuya 2000; Akt; Aşiret 2012). Bakım verenler kendilerini izole hissettiklerini, terkedilmiş ve yalnız hissettiklerini yeterli destek alamadıklarını ifade etmişlerdir (Lutz ve ark. 2011). Yapılan bir çalışmada bakım verenler bağımsızlık ve özerkliklerinde azalma olduğunu belirtmişlerdir (Greenwood ve ark. 2010). Sosyal gereksinimler kapsamında ise; sınırlı sosyal yaşam, sosyal aktivite eksikliği, toplum desteği aramada başarısızlık, sosyal destek gereksinimi, yapılan bir çalışmada ortaya konan hususlardır (İnci ve Bayık Temel 2016).

Diğer insanların davranışları konusunda yapılan vurgulamalar ise 4 hasta tarafından ifade bulunmuştur. Diğer insanlardan alınan geri bildirimlerde bakım verenler hasta ve kendilerine yönelik olarak olumsuz geri bildirimde bulduklarını ifade etmişlerdir. Bu durum bakım verenlerin toplumsal hayata katılımını olumsuz etkileyen başka bir unsurdur.

BV-3; *"Ama insanların bakış açısı gerçekten çok farklı oldu ya işte sakatlanmış ya işte. O da senin eşin ya işte öyle ya işte böyle. Hani ama insanlarla mücadele ediyor ettik. Yani tabii ki 1,5 yıldır mücadele ediyoruz. Tabii ki istenmeyen sözler duyduk yani... Sahilde insanlar öyle bir bakıyorlar ki kadına bak ne kadar genç adama bak sakat kalmış diye. İnsanların bakış açısı şu adama bak şu kadına bak diye işaret ettiklerini dahi görüyorum ama bu beni hiçbir zaman hiç küçücük şu tırnak zerresi kadar ilgilendirmez."*

BV-9; *"Var insanlar yani kendileri iki ayak üzerinde gezdikleri için karşıdaki tekerlekli arabadaki hastaya şöyle bir acıyarak bakıyorlar yani küçümseyerek o insanın hiç canı yokmuş gibi."*

İnmeli hastanın aile ve arkadaşlarının süreçle ilgili olarak kendilerini eğitmelerinin de önemi burada karşımıza çıkmaktadır (Burkman 2010). Bakım

verenlerden dört kişinin erişebilirlik konusuna da vurgu yaptığı görülmüştür. Burada ulaşım, engelli tuvaleti olup olmaması gibi konular hastanın toplumsal hayata katılımını zorlaştıran unsurlar arasındadır. Ancak burada vurgu yapmayan diğer bakım verenlerin hepsi hasta ile dışarı çıkamadıklarını bu sebeple bir zorlukla karşılaşmadıklarını ifade ederek gerçek bir ironi de ortaya koymuşlardır. Örneğin;

BV-1; *"Zaten çıkamadık ki ne sorunla karşılaşalım."*

BV-7; *"Dışarı dışarı falan çıkaramıyorum, çıkaramıyorum dışarıya nasıl çıkarırım ki benim de gücüm yetmiyor."*

6.3.5. Bakım Veren ve Bakım Veren Gözünden İnmeli Hastanın Yaşam Kalitesinin Tinsel Boyutu ile İlgili Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde bakım verenin yaşam kalitesinin tinsel boyutu altında benzeşik ifadelerden yola çıkarak oluşturulan “yaratıcıya sığınma ve tevekkül geliştirme” konusu ve “hayatın anlam amaç ve değerlerinde değişimler” alt temaları ele alınmış analiz yapılmıştır.

Çizelge-26. Bakım Veren Yaratıcıya Sığınma ve Tevekkül Geliştirme Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım

	BV-1	BV-2	BV-3	BV-4	BV-5	BV-6	BV-7	BV-8	BV-9	BV-10	TOPLAM
Yaratıcıya Sığınma	0	1	4	1	0	0	0	1	0	2	9

Çizelge-26’de bakım verenin yaratıcıya sığınma ve tevekkül geliştirme durumu ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Çalışmamızda bakım verenlerin cevapları değerlendirildiğinde hastalar ile paralel olarak “yaratıcıya sığınma ve tevekkül geliştirme” alt teması karşımıza çıkmıştır.

Birçok kişi stresli durumla başa çıkma ve özellikle sevdiklerini birinin bakımına sağlamada yükleri ile başa çıkabilmek için dini inançlarına sarılmaktadır (Overvold ve ark. 2005). Mackenzie ve arkadaşlarının (2006) 66 yaş ve üzeri 41 kişi üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmanın sonuçları, “her şeye gücü yeten”, “şifa veren” ve “yol

gösteren” Yaratıcı ile iyi ve güzel bir şekilde kurulan diyalogun, bu insanlarda mutluluk ve huzur duygusunu geliştirdiğini ortaya koymuştur. Tanrı ile kurulan sağlam bağ ile mutluluk ve huzur bulan kişilerin sahip olacağı bir başka önemli duygu da iyimserliktir. Karşılaştıkları sorunlar karşısında dini inanç ve değerlerini kullanan insanların, sabır ve tevekkül yoluyla hayata daha pozitif baktıkları görülmektedir. Yapılan bir çalışmada sağlıkçılar arasında bakım verenleri ile yapılmış ve dini inanın sağlıkçıların çalışmalarındaki manayı artırdığı, stresle baş etme de yardımcı olabileceği görülmüş ve bu durumun hastaların faydasına olabileceği düşünülmüştür (Akt. Bahçekapılı 2016). Çalışmamızda bakım verenlerin konuyla ilgili olarak;

BV-2; Bu da benim imtihanım diyorum öyle rahatlıyorum.

BV-3; Ama yapacak bir şey yoktu her gün halimize şükrettik ve devam ettik."

BV-3; Fakat ben bunun Allah'tan geldiğini söyledim her zaman şükredelim halimize....Bunu da bir benim için bir sınav olduğunu düşündüm...Ama her şeyin Allah'tan geldiğine inandığım için boynumuzu büktük bunu kabullenmek zorunda kaldık yani."

BV-4; “Hani hepsi üst üste oluyor. Cenabı Allah'ın bir sınavından geçiyoruz. Ben öyle şey yapıyor diyorum ki Allah'ım bir sınavından geçiyoruz. Bu kadar sıkıntının diyorum bir ferahlığı olur hem hep Allah'ıma güveniyorum hem de Allah'ımın izniyle annem diyorum yürüyecek. Herkesin sağlığı yerine gelecek, inşallah yarım olsa gelecek ben ona inanıyorum hani benim Allahım var diyorum.”

BV-8; "Bu bize imtihan güzelim Allah'ın verdiği imtihan yapacak hiçbir şey yok"

BV-10; "Allah'ım ne olur geriye ver sağlığını diyorum, eski haline dönsün diyorum. Başka diyecek bir şey yok okuyorum bütün bildiğim duaları....Vallahi hayattan ben bir şey istemedim hep Allah'tan vücut sağlığı, huzur istedim her gün sabah kalktığımda sağlıklı huzurlu rahat bir hayat istiyorum Allah'ım senden dedim " Bu ifadelerle bakım verenlerin baş etme kapasitelerini Allah'a sığınarak artırmaya çalıştıkları gözlemlenmiştir.

Çizelge-27. Bakım Verenin Hayatın Anlam, Amaç ve Değerler Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım

	BV-1	BV-2	BV-3	BV-4	BV-5	BV-6	BV-7	BV-8	BV-9	BV-10	TOPLAM
Hayatın Anlamı, Amaç ve Değerleri	1	2	3	2	5	4	3	3	4	2	26

Çizelge-27’de bakım verenin hayatın anlamı, amaç ve değerleri ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Çalışmamızda bakım verenlerin hayatlarının amaç değer ve anlamındaki değişimlere ilişkin görüşleri incelenmiştir. Bu anlamda Çizelge-22 incelendiğinde bakım verenlerin hepsi hayatlarındaki amaç değer ve anlamın değiştiğine dair bilgi vermişler ve farklı sayıda kullandıkları ifadeleri vurguladıkları görülmüştür. Bakım verenlerin geleceğe yönelik hayal ve amaçları hastalıktan etkilenmiş durumdadır. Genel olarak bunlar hastalıkla mücadele konusundadır. Örneğin;

BV-1; “Yok zaten bir şey düşünemedim hiçbir şey düşünemedim söylediğim gibi hep hastalığı düşündüm bir hayalim bir şeyim kalmadı.”

BV;3; “Çok farklı hayallerimiz vardı, çok farklı düşüncelerimiz vardı, çalışıyorduk. Bir işimiz vardı sonuçta, para kazanıyorduk, işte şunu da yaparız buraya da yaparız şöyle de gideriz, burayı da deneriz gibi. Her şeyi beraber paylaşıp, konuşup, beraber çözen bir insanlardandık. Ama şu saatten sonra eşimin dediğine katılıyorum, eşimle yani az yiyip, az giyip yaşamamızı sürdürme çabasındayız bu saatten sonra. Çünkü yapacak farklı bir şeyimiz yok yani yapacak başka bir şeyimiz yok yani çünkü hastalık girdi....Düşünceler önceden farklıydı şimdi çok farklı çünkü hastalık girdi işin içine başka bir şey yokken.”

BV-5; “Her şeyin önüne annem babam geçti. Babamın iyi olması geçti, yani sanki şu an tek hedefim hayata dair babamın yürüebilmesi, yani bunda da her geçen gün işte ölçeği küçülttüm, şu anda araba kullanmasıymış sokağa çıkmasıymış, evin içinde yürüyüp tuvalet ihtiyacını giderse, yemeğini yiyebilsin, yani bir oturup kalkıp televizyonu açık kapatabilsin bana bunlar yetecek. Ki bundan 3 ay önce sokakta yürüebilmesi hayalimde vardı, tek başına çarşıya gidebilsin, araba kullanabilsin. Şu an bunlar yok temel ihtiyaçlarını karşılayabileceği birine bağımlılık hissetmesin hem

onun adına hem bizim adımıza. Çünkü ne o yaşıyor böyle ne biz yaşıyoruz yani, oksijen tüketiyoruz sadece yaşamıyoruz. Aslında zamana oynuyoruz.”

BV-8; “Onun iyileşmesini istiyorum amacım.”

Bununla birlikte hastalık süreci bakım verenlerin o güne kadar yaşadıkları yaşam tarzında değişiklik yaratırken bunun yanında başka endişeler de doğurmuş ve geleceğe yönelik düşüncelerini bunun üzerine kurmuşlardır.

BV-6; “Evlenmeye, yani hiç yalnızlığa tahammül edemem yani hiç kardeşlerimin de eline gözüne bakmak istemem tek bu amacım. Bilmiyorum kendimi nasıl ifade ettim.”

BV-7; “Şimdi iyileşmesi üzerine düşünüyorum. Sen bir iyileş diyorum başımda dur kimseye muhtaç etme beni ne o tarafa ne bu tarafa öyle diyorum artık. Tamam diyor iyileşeceğim.”

BV-10; “Bu hastalıktan sonra benim hayatım kalmadı ki. Ben beş dakika bile ayrılamıyorum nefes almak istiyorum. İnşallah daha hareketli daha iyi olacak çıkarsak. Faturamı bu yatırıyor, eskiden alışverişimi bu yapıyordu. Ben hiç gitmiyordum. Ben bir şey taşıyamıyorum şimdi kim yapıverecek bunu. Ben evde kime bırakıp da gideceğim ben yapmasam kim yapacak.”

Bakım verenler hayatlarının anlamı ve değerlerinde de değişiklikler yaşadıklarını ifade etmektedirler, özellikle bu ifadelerde önem verdikleri hususlar farklılaşmıştır.

Örneğin;

BV-5; “Aslında bunların varlığı konusunda bile hiçbir fikrim kalmadı yani hani babam bağımlı diyoruz ya. Nasıl bir nevi ben de onun hayatına bağımlı hale geldim ya mesela. Erkek arkadaşım da rahatsız olduğu konu, ağzından artık evlilik kelimesi hiç çıkmıyor diyor. Çünkü hiç aklıma gelmiyor düşünmüyorum. Hatta artık istemiyorum bile... Babamın ölmesinden çok korkuyordum şimdi o korkum kalmadı. Mesela birazcık da bir şeyler taşlaşıyor... İşte şeyler çok anlamsızlaştı ya mesela insan ev alacağım, araba alacağım, işte şuraya tatile gideceğim. Hiç bir anlamı kalmadı ve mesela ben bu yaz İspanya gidecektim. Ben şu an sorsan bir tekrar İspanya yani bu yaz gitmeyi düşünüyoruz gitsem de olur gitmesem de. Hatta gitmesem daha iyi olur gibi bir şey var yani.” İfadesini kullanırken, bunun tersi bir

düşünce ile bir bakım veren ise bakım verenler hastalık durumu ile birlikte hayata daha çok bağlandıklarını ifade etmektedirler. Örneğin;

BV-9; "Değiştim işte ben de böyle hayata daha fazla enerjim, hayat bakışım daha da hoş. Çünkü hayat bir pıhtı daha neler oluyor yani, benim hayat görüşüm renklendi. Yaşamak istiyorum her anı dolu dolu yaşamak istiyorum. İki ayağım gezerken kolum tutarken gezmek yapmak istiyorum. Kimseyi beklemiyorum gel beni oradan oraya götür diye. Hayatla daha çok iç içe olmak istiyorum."

Çizelge-28. Bakım Verenin Gözünden İnmeli Hastanın Yaratıcıya Sığınma ve Tevekkül Geliştirme Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım

	BV-1	BV-2	BV-3	BV-4	BV-5	BV-6	BV-7	BV-8	BV-9	BV-10	TOPLAM
Yaratıcıya Sığınma	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	3

Çizelge-28'de bakım verenin inmeli hastanın yaratıcıya sığınma ve tevekkül geliştirme durumu ile ilgili bilgileri yer almaktadır. Konuyla ilgili olarak üç bakım veren hastasının yaratıcıya sığınarak ve şükrederek güç bulduğunu ifade etmişlerdir. Konuyla ilgili olarak;

BV-2;"Biraz maneviyatı yükseldi evde kaldığı sürece"

BV-4; "Hani benim Allah 'ım var diyor" ifadelerinde bulunmuşlardır.

Çizelge-29. Bakım Verenin İnmeli Hastanın Hayatının Anlamı, Amaç ve Değerleri Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım

	BV-1	BV-2	BV-3	BV-4	BV-5	BV-6	BV-7	BV-8	BV-9	BV-10	TOPLAM
Hayatın Anlamı, Amaç ve Değerler	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	13

Çizelge-29'da bakım verenin inmeli hastanın hayatının anlamı, amaç ve değerleri ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Bakım verenlerin kendi yaşamlarında

olduğu gibi inmeden sonra hastalarının hayatının amaç, anlam ve değerlerinde değişmeler olduğunu bildirmişlerdir. Bu bildirimlerini hem hasta ile ilgili gözlemleri hem de hastaların sözel ifadelerinden faydalanarak dile getirmişlerdir. Çizelge-26 incelendiğinde tüm bakım verenler hastasının hayatının anlam, amaç ve değerlerinde değişmeler yaşadığını ifade etmişlerdir. Yapılan vurgular değerlendirildiğinde genelde amaçların değiştii anlaşılmaktadır. Bakım verenler maddi amaç veya değerden ziyade artık daha manevi amaç ve değerlere yöneldiklerini ifade etmişlerdir. Buna örnek olarak daha çok karı-koca ve çocuklarla geçirilecek vakti daha da artırmaya çalıştıkları verilebilir. Bu noktada yine bu konunun hastalarla paralellik taşımakta olduğu görülmüştür.

BV-3; *“Çok değiştii. Çok çalışkandı çok çalışmayı sevip çok büyük hedefleri olan bir insandı. Şimdi ise ya benim evim var bir tane sıfır araba alırım bu saatten sonra senide yanıma alırım gezeceğiz diyor. Yani eski şeyleri çok farklıydı. Hani bir şeyleri hep böyle alma çabasında hani yapma çabasıdaydı ki şunum da olsun, buyum da olsun onu da alalım, bunu da yapalım, şöyle yapalım, böyle yapalım. Şimdi ya bir daha mı geleceğim dünyaya zaten yarım olmuşum arabamı da alacağım gezeceğiz diyor eşimle kızım. Bunu herkese belirtir eşim söyler yani gezeceğiz. Bu saatten sonra taş taş üstüne koymam diye bir laf var ya, onu söylüyor başka bir şey yok yani.”*

BV-9; *“Değiştii değiştii. Tabi yani yaşayamadıklarını yaşamak istiyor tabi, yani tabi yaşamadık değil. Ama onların tadını alamadığı için torunlar çocuklar şimdi onu anlatmaya çalışıyorum, şimdi onları anlamaya çalışıyor beş yıldır.”*

Bu hastalık süreci ile hastaların yaşamına bir amaç belirlendiğine dair diğer bakımverenler de farklı vurgulamada bulunmuşlardır.

BV-5; *“Babamın pek amacı yoktu açıkçası ama. Hastalıktan sonra durum işte hayatta tekrar yürüyebilmek gibi amaç elde etmiş oldu. Hayatın anlamı yani benim tanıyabildiğim bana gösterdi kadarıyla çok da fazla bir değişiklik olmadı.”*

6.3.6. Bakım Verenin Yaşam Kalitesinin Ekonomik Boyutu İle İlgili Bulgular

Çizelge-30. Bakım Verenin Yaşam Kalitesinin Ekonomik Durumunu Nasıl Gördüğüne İlişkin Dağılım

	BV-1	BV-2	BV-3	BV-4	BV-5	BV-6	BV-7	BV-8	BV-9	BV-10	TOPLAM
Çalışmama	2	2	1	2	1	1	2	1	2	1	15
Gelir Kaybı	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	5
Yeni Masraflar	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	4

Çizelge-30'de bakım verenin ve hastanın çalışma yaşamı ve ekonomiye yansımalarıyla ilgili bilgiler yer almaktadır. Yapmış olduğumuz çalışmada bakım verenler “çalışmama”, “gelir kaybı” ve “yeni masraflar” benzeşik ifadeleri ile görüşlerini bildirmişlerdir. Çizelge-18 incelendiğinde ise 10 kişiden sekizi inme öncesinde çalışırken inmeden sonra çalışma hayatına katılamadıklarını ifade etmişlerdir ve hastalar da çalışma hayatına katılamamaktadır. Örneğin;

BV-1; “Zaten çalışmaya hayatımızı her bir şeyim bitiyö. Zaten sen bu hastalığın üstüne gittin mi çalışma hayatın ne çalışmaya vaktin oluyor ne sosyal hayatın kalıyo, hiçbir şeyin kalmıyo etkilemez mi. Gene üç beş çalışırdık piyasalarda emekli olamadık ama kendimize uygun bir şey bulursak çalışırdık işte bir şeyler.”

BV-2; “Eee şimdi zaten işte emekliydi, gine arada bir gidiyordu. Hepten gidemedi kaldı, o işte sana yardımcı olamıyorum diye üzüliyo. Ama ben diyom artık yardımını falan istemiyorum da iyi ol sen, beni bunaltma ben senin her şeyine varım yani. Eee kendim işi bırakmak zorunda kaldım.”

BV-6; “İşteyim annemin hastalandığında isteydim işte bıraktım işi bıraktım. Hani İŞKUR'da çalışıyordum ama işte işi bıraktım.”

BV-7; "Çalışması, çalışması işte önceden çalışıyordu. Halı yıkama yapıyoruz biz küçükbalıklıda yerimiz var oraya gidiyorlar gidiyordu. Bundan sonra işte bu hastalıktan sonra gidemiyor hiçbir yere gidemedi, felç daha sonra gidemedi bir yere."

BV-9; "Sıfır oldu. Çalışma hayatı bitti zaten. Yani çalışmak yok yok yani çalışamazsın. Zaten evde yoruluyorsun yani hastayla. Yani ben ilaçlarını bile amcan bir senedir ilacını kendi alıyor. Onun öncesi bütün ilaçlarını eline ben verirdim. Ya şu bir senedir öğrendi. İlaçlarını ne edeceksin yani bütün her şeyi bendeydi yani şimdi mi öğren artık öğrenmelisin, işte bir senedir kendi içiyor yani."

Bakım verenler hem kendi çalışma hayatındaki, hem hastaların çalışma hayatındaki değişikliklere vurgu yapmışlardır. Buna benzer durumlar daha önce yapılan çalışmalarda da karşımıza çıkmaktadır.

Yıldırım ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada inmeli hasta bakım verenlerinin % 21,2'sinin çalıştığı ve % 78,8'inin çalışmadığı saptanmıştır (Yıldırım ve ark. 2013). Hastalığın kendisi ve bakımın ekonomik boyutları çok fazla olmakta, aynı zamanda bakım verenler de çalışamadıkları için ailede ekonomik güçlükler yaşanabilmektedir (Aşiret ve Kapucu 2012). Yapılan bu değerlendirmeye paralel bir sonuç çalışmamızda da kendine yer bulmuştu, hastalık hem gelir kaybı hem de yeni bir masraf kapısı oluşturmaktadır. Gelir kaybını anlatan katılımcı değerlendirmeleri aşağıdaki şekildedir.

BV-2; "Tabii ki bizi maddi yönden çok büyük sıkıntıya soktu diyebilirim bizim evimiz arabamız benim Eşimin Hastalığına sattık onlarlan."

BV-4; "Annemin sadece bakım (Evde bakım ücreti). Bir şey olduğu için hepsini karşılayamıyor yetmiyor. Ben kendim destek olmaya kalksam. Ben kendime yetemiyorum. Benim de okula giden çocuğum var hanımın da rahatsız, böbrek rahatsızlığı var üç kere ameliyat oldu. Yani evde hasta oldumu herkes hasta oluyor diyorlar gerçekten doğru. O da işte yarım yarım böyle şey yapıyor bu süre zarfında çalışmaya başladı iyiyim deyip de işe başladı destek için. O işe başladı beni işten çıkarttılar sağlık yüzünden bayağı bir maddi sıkıntılar şeyler çekiyorum."

BV-5; "Dediğim gibi ben işe gidemiyorum işe gitmeyince gelirlerim düştü. Bu hastalık sürecinde devlet eliyle olan şeylerde çok kısıtlama var."

Yapılan bir çalışmada bakım verilirken yaşanan finansal sorunlar yaşayanların % 32,40 olduğu ve yaşamayanların oranının ise % 67,60 olduğu bulunmuştur (Yeşil ve ark. 2016). Hatta bu maliyetin sadece hastaların yaşadığı bir durum olmadığı hastalığın toplumsal bir maliyeti olduğunu hesaplamak gerekir. Bu anlamda Amerikan ulusal sağlık harcamaları içinde inme hastalığının maliyeti % 2,6'dır (Censullo 2014). Yine bu hastalığın beklenmedik yeni masraflar oluşturduğunu da unutmamak gerekir. Örneğin;

BV-3; "*Çalışmayınca ne oldu onlara aksadı aksayınca evimizi sattık, arkadan arabamız sattık, bunlarla hep her ay o borçlarımızı ödedik hem eşimin tedavisinde kullandım. Yani böyle maddi tabii hem maddi hem manevi büyük sıkıntıya düştük.*"

BV-5; "*Dolayısıyla sürekli olarak bez almak sürekli olarak diğer ilaçlarımı dışarıdan almak. Mesela bizim şu anda onkolojiden tedavi gördüğümüz bir aşımız var. Ama biz bunu yazdıramıyorum onkolojiye yazdıramıyorum burada yattığımız için dolayısıyla böyle bir bürokratik sıkıntılar da çok fazla olunca işe parayla çözmeye çalışıyorsun işte.*"

BV-6; "*Tabii ki bugün yine aldım aparat (yürüme aparatı) 400 lira. Allah'a şükür alamayacak durumda da değiliz gene de.*"

BV-9; "*Vallahi ekonomik durumu yani biz fazla özelde aldık eve fizyoterapist yani iki sene ben özel fizyoterapi aldırđım. İki buçuk sene eve vallahi ücreti 70 lira idi haftanın üç günü geliyordu çok para yani çok para tabii... 660 lira yapar akapunktur da götürüyodum haftanın iki günü 2 milyar 2,5 milyar ben aylık yani 2 milyar 1800 ödedim yani zorlandım yani. Bütün birikim gitti zaten hani birikim gitti yok. Yani mesela bir kere hesapladığımda 45 milyar daha iki seneydi*".

Bakım verenlerin ev dışında hastanede kalışları, hastaların transferi, kullandıkları ilaçlar ve yardımcı aperlara ödedikleri ya da kullandıkları yatakların temini ciddi maliyet getirmektedir. Bununla ilgi yapılmış bir çalışmada inme sonrası 598 hasta incelenmiştir. Bu hastaların hastaneye yatırılması ve ilk altı aylık maliyetin yani hasta bakım maliyetinin 16.000 € olduğu belirlenmiştir. Maliyetlerde en çok kurumsal ve konaklama masrafları yer tutmaktadır. Akut faz hayattaki hastalar için, maliyetlerin en önemli belirleyicileri sakatlık durumunun seviyesi ve bir eşi

olmasıdır. Evdeki masraflara bakıldığında ise yalnız yaşayanlar için bakıcı maliyeti olmaktadır (Exel ve ark. 2003).

6.3.7. Bakım Verenlerin Araştırmada Sorulmasını Uygun Gördüğü Sorular

Yapılan çalışmada inmeden sonra bakım verenlerin yaşam kalitelerini etkileyen sorun alanlarını belirlemeye yönelik olarak yaşadıkları durum ve sorunları değerlendirmeleri istenirken aynı zamanda gözden kaçmaması gereken sorun alanları için kendilerine göre başka ne sorulması gerektiği ile ilgili cevaplar bir araya getirilmeye çalışılmıştır. Bu amaçla “Bakım veren bu araştırmayı yapıyor olsaydı başka neler sorardı” sorusu yöneltilmiştir. Bakım verenlerin de konuyla ilgili olarak verdikleri cevaplar ele alındığında 7 bakım veren soruları yerinde bulmuşlardır. Örneğin;

BV-4; *“Soruları gayet iyi güzel. Hani etkileyici başka sana şunu da sorun diyemezdin. Çünkü bir çocuğun doğduğunda ölümüne kadar örnek veriyorum ölümüne kadar olan şeyleri mesela sordunuz zaten, hani ekleyecek bir şeyim yok yani”*.

BV-2 hastasına bakım verme konusunda yeterli olup olmadığı konusunda soru sorulmasını isterken, ayrıca hastası dışında kendisine vakit ayırıp ayıramadığı konusunun sorulmasını istemiştir.

BV-5; *“Benim soracağım soru bunları yaşadığında ilk nereye başvurmak kendi nereye danışmak isterdim kimden yardım isterdim.”* şeklinde önerisini ifade etmiştir ve hastalık sürecinde belki de kendisi için en büyük eksikliğe değinmiştir.

BV-7 ise özellikle hastanın kardeşleri tarafından kendisine tepki gösterilmesi ile ilgili rahatsız olduğunu ifade etmek istemiştir.

BV-7; *“Niye niye böyle yapıyorsunuz derim. Mesela ben ben olsam derim.”* İfadeleri ile konuyla ilgili görüşlerini dile getirmişlerdir.

7. GENEL DEĞERLENDİRME

“İnmeli hasta ve bakım verenlerin inmeden sonra yaşam kalitesini etkileyen sorun alanlarının belirlenmesi: Bursa örneği” tez çalışmasında inme sonrasında hasta ve bakım verenin yaşam kalitesini etkileyen sorun alanları ekosistem bağlamında kavramsallaştırılarak incelenmiştir. Çalışma yöntemi olarak kişilerin kendilerini rahat ifade edebilmelerinin sağlanması ve soruların net bir şekilde anlaşılması için yüz yüze görüşme tekniği kullanılmıştır. Araştırmanın evreni inmeli hasta ve bakım verenleridir. Çalışmanın örneklemini ise hastanede tedavi gören inmeli 10 hasta ve 10 bakım veren oluşturmuştur.

Bu görüşmeler neticesinde elde edilen bulgular literatür taraması sırasında ana tema olarak oluşturulan fiziksel sağlık boyutu, fiziksel aktivite boyutu, psikolojik boyut, sosyal boyut, tinsel boyut ve ekonomik boyut pencerelerinden ele alınarak analiz edilmiştir. Alt temalar katılımcıların görüşmelerine ilişkin olarak kullandıkları benzeşik ifadelerden yola çıkarak oluşturulmuştur. Katılımcıların benzeşik ifadelerin vurguladıkları cümleler MAXQDA programında analizi yapılmıştır. Böylece vurgulanan benzeşik ifade sayıları ve hangi hastanın konuya kaç defa vurgu yaptığı ve toplamda vurgulanan ifade sayısı analiz çizelgelerinde yer almıştır. Böylece inmenin hasta ve bakım verenlerin yaşam kalitesini nasıl etkilendiği ve hangi alanlarda ne gibi değişiklikler olduğu hem hasta hem de bakım verenin bakış açısından görselleştirilmesi bu çalışmada mümkün olmuştur. Ayrıca çalışmanın verilerinin inmeli hastalardan ve onlara bakım verenlerden toplanmış olması her iki grubun da aynı çalışmanın içinde yer alması önemlidir. Bu sayede hem inmeli hastanın hem de bakım verenin yaşam kalitelerinin etkilendiği sorun alanlarını anlatan bir resim çizilmiştir ve karşılaştırma yapılmıştır.

Çalışmanın bu bölümünde hasta ve bakım verenlerden ayrı ayrı elde edilmiş bulgular genel bir değerlendirmede aynı başlıklar altında ele alınarak bir karşılaştırma yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular ışığında hem hasta hem de bakım verenler açısından ulaşılan sonuçlar şu şekilde değerlendirilmiştir.

7.1. HASTA VE BAKIM VERENİN İNME DEN SONRA YAŞAM KALİTESİNİN FİZİKSEL SAĞLIK BOYUTU İLE İLGİLİ KATILIMCILARIN GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İnmeli hasta ve bakım verenin inmeden sonra yaşam kalitesini etkileyen fiziksel sağlık boyutu ile ilgili, genel sağlık durumu, inme hastalığı durumu ve fiziksel sağlık durumu ile ilgili olarak oluşturulan alt temalarda katılımcıların görüşleri alınmış ve incelenmiştir.

İnmeli hastanın kendi genel sağlık durumu ve bakım verenin gözünden hastanın genel sağlık durumu ile ilgili görüşleri incelendiğinde hasta ve bakım verenlerin kullandıkları benzeşik ifadeleri paralel ve “iyi” ve “kötü” şeklinde olduğu anlaşılmıştır. İnmeli hastalardan “H-5, H-6, H-7, H-8, H-10” kendilerinin genel sağlık durumları ile ilgili “iyi”, diğerleri ise genel sağlık durumlarını “kötü” bulduğuna dair görüş bildirmişlerdir. Konuyla ilgili olarak, bakım verenlerin gözünden hastaların genel sağlık durumları ile ilgili görüşleri ele alındığında ise BV-3, BV-4, BV-5, BV-7, BV-9, BV-10 hastalarını “iyi” olarak değerlendirirken, BV-1, BV-2, BV-3, BV-6, BV-7, BV-8 bakım verenler de hastanın durumunu “kötü” olarak değerlendirdiğine dair görüş bildirmişlerdir. “İyi” ve “kötü” benzeşik ifadelerinin değerlendirmede yer almasının en önemli etkeni hem hastanın hem de bakım verenin hastanın ilk zamanlarda yaşadığı hastalık şiddetinin fazla olması sebebi ile oluşan bağımlılık durumu ve daha sonra zaman ilerledikçe hastalık şiddetinin ve bağımlılık durumunun giderek azalması ile ilgili bir kıyas yapılmasından kaynaklanmaktadır. Hasta ve bakım veren hastalığa bağlı çeşitli zorluklar yaşamaya devam etmesi gerçeğine rağmen değerlendirmenin bu şekilde olması hem hasta hem de bakım veren için hastalığın ilk aşamasında ortaya çıkan tablonun hasta ve bakım veren için oldukça korkutucu olduğu anlaşılmıştır. Hastalar ve bakım verenler genel sağlık durumlarını bildirirken sadece fiziksel sağlık durumuna atıfta bulunmak yerine ruhsal ve duygusal durumlarına da atıfta bulunmuşlardır. Buradan da anlaşılacağı üzere genel sağlık sadece fiziksel ya da bedensel sağlığın konusu değildir.

Bakım verenlerin genel sağlık durumları ise en az hastaninki kadar önemli husus olarak karşımıza çıkmıştır. Bununla ilgili bakım verenlerin görüşleri sorulduğunda

ise “değişiklik yok” ve “kötü” benzeşik ifadelerini kullandıkları dikkat çekmiştir. Bakım verenlerden sadece BV-2 ve BV-9 genel sağlık durumlarında değişiklik olmadığını ifade ederken diğer sekiz bakım veren ise farklı vurgulama sayılarında olmak üzere genel sağlık durumlarının “kötü” olduğuna dair görüşlerini bildirmişlerdir. Burada özellikle bakım verenler inme hastalığından sonra, hastalarına yardımcı olmak için fiziksel performans gerektiren birçok faaliyette bulunmak zorunda kalmışlar ve bu durum ağrı, yorgunluk gibi sorunlar oluşturmuştur. Ayrıca bakım verenlerin çoğunun yaşının ileri olması nedeni ile oluşan ya da var olan kronik hastalıklarının şiddetinin artmasına da etki etmiştir. Bu konuda özellikle hastaya harcanan mesainin fazla olmasıyla bakım veren ile ilgili olarak, kendi sağlık sorunları için doktor kontrolüne gidememe, zamanında ve yeterince yemek yiyememe ve uyku uyuyamama, kendini depresif ve yorgun hissetme gibi etkenler söz konusu olabilmektedir. Buradan da anlaşılacağı üzere sadece hastanın sağlık durumu ile ilgilenmek, bakımını üstlenen bireyi ihmal etmek, hem ailede hem de toplumda bakım maliyetini azaltan kaynağı da ihmal etmek anlamına gelebilir.

Hasta ve bakım verenlerin hastanın inme hastalığı ile ilgili görüşleri ele alındığında ise hasta ve bakım verenlerin birbirinden farklı ifadeler kullandıkları anlaşılmıştır. Bütün hastalar özellikle bağımlılık durumuna vurgu yaparak “yarı bağımlı” benzeşik ifadesini ortaya koymuşlardır. “Yarı bağımlılık” benzeşik ifadesi ile hastaların daha çok üzerinde durdukları noktalar özellikle ev içi faaliyetlerin bir kısmını yapabilme kabiliyetidir. Bunlar yemek yiyebilmek, tuvalete gidip gelebilme ve ihtiyaçlarını dile getirebilme gibi faaliyetleri içermektedir. Ancak ev dışında çoğu faaliyeti tek başlarına yapamadıkları gibi ince motor hareketi gerektiren düğme iliklemek, fermuar kapatmak, ayakkabı giymek, yazı yazmak gibi birçok eylemi kendileri yapamamaktadırlar. Özellikle el becerisi kullanmayı gerektiren bu türlü işleri yapamıyor olmak bir başkasının bakım ve gözetimine olan ihtiyacı arttırmaktadır. Bu durum aslında bir başka soruna daha sebep olmaktadır. Hasta gün içerisinde genelde herhangi bir uğraşı ile meşgul olamamaktadır. Hastalardan farklı olarak bakım verenler ise hastaların inme hastalığı ile ilgili değerlendirmelerini hastanın tamamen bağımlı olduğu ilk rahatsızlık zamanlarına gönderme yaparak yapmışlardır. On bakım verenden BV-2 dışında dokuzu, hastalarının şu anda inme hastalığı ile ilgili durumlarına ilişkin görüşlerini “iyi” benzeşik ifadesi ile

bildirmişlerdir. BV-1 ve BV-2 ise hastasının inme hastalığına bağlı olarak durumunu “kötü” benzeşik ifadesiyle değerlendirirken hem BV-1 hem BV-2 hastasının bir süre önce hastalığın komplikasyonları arasında olan epileptik nöbet geçirdikten sonra inme hastalığına bağlı olarak durumunun daha kötüye gittiğini ve daha bağımlı hale geldiğini ifade etmişlerdir. Diğerleri ise hastalığın iyileşme oranının yavaş ilerlediğine dikkat çekmiştir. Buradan da anlaşılacağı üzere hasta kendi ihtiyaçlarını kendi başına karşılama durumu üzerinde daha çok dururken bakım veren hastanın ihtiyaçlarını gidermede ne kadar az görev aldığı üzerinde durmaktadır.

Çalışmada hastaların ve bakım verenlerin son iki haftalık dönemde fiziksel sağlık durumları ile ilgili görüşleri değerlendirildiğinde her iki grubun da aynı benzeşik ifadeleri kullandığı dikkat çekmiştir. Bu benzeşik ifadeler yine “iyi” ve “kötü” dür. H-5, H-6, H-8 ve H-10 fiziksel sağlık durumlarını iyi olarak değerlendirirken H-1, H-2, H-3, H-4, H-7, H-8 ise değişik vurgulama sayısında olmak üzere fiziksel sağlık durumlarını kötü olarak değerlendirmişlerdir. Bu değerlendirmede hastalar genelde el-ayak hareket kısıtlılığının derecesi, enfeksiyon varlığı, epileptik nöbet geçirme, hissedilen ağrı derecesine göre görüş bildirmişlerdir. Bunların varlığı ya da yokluğu ya da derecesi hastalığın gidişatını, hastanın konforunu dolayısı ile bakım verenin konforunu belirleyen unsurlardır. Bakım verenlerin gözünden hastaların son iki haftalık fiziksel sağlık durumları ile ilgili görüşleri istendiğinde neredeyse hastalara paralel cevaplar vermişlerdir. Hastalar kronik ya da hastalığına eşlik eden diğer hastalıkların olup olmaması ve işlevsellik ile ilgili ilerleme durumuna göre “iyi” ve “kötü” benzeşik ifadelerle değerlendirmede bulunmuşlardır. Bakım verenlerden BV-3, BV-5, BV-7, BV-8, BV-9, BV-10 olmak üzere 6’sı hastaları ile ilgili olarak “iyi” görüşünü bildirirken diğer dört tanesi ise “kötü” olduğu yönünde görüş bildirmişlerdir. İnme hastalığına eşlik eden her türlü fiziksel sağlık sorunu hastanın bağımlılık derecesini artırdığı için bakım verenler hastaya hastaların kendilerine gösterdikleri ihtimamdan daha fazla ihtimam göstermekte ve egzersiz ve tedaviye uyum konusunda daha dikkatli davranmaktadırlar. Kendini ihmal etme noktasına gelip hastasının iyilik seviyesini artırmaya çalışan bakım verenin hasta ile beklentisi bu noktada artmaktadır. Ancak hastaların bu beklentiye karşılama konusunda ise genelde isteksiz olması bakım

vereni tüketen bir durum olarak karşımıza çıkarken hasta ve bakım veren arasında gerginliği artıran bir başka unsur oluşturmaktadır.

7.2. HASTA VE BAKIM VERENİN YAŞAM KALİTESİNİN FİZİKSEL AKTİVİTE BOYUTU İLE İLGİLİ KATILIMCILARIN GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İnmeli hasta ve bakım verenin yaşam kalitesinin fiziksel aktivite boyutu ile ilgili katılımcıların bilgilerin değerlendirilmesi günlük aktivite alt temasının incelenmesi ile ortaya konmuştur

Hasta ve bakım verenlerin günlük aktivite ile ilgili görüşleri değerlendirildiğinde birbirinden farklı benzeşik ifadelere atıfta buldukları göze çarpmıştır. Hastaların hepsi “günlük aktivitelerini yerine getirememe / yapamamazlık” vurgusu üzerinde durmuşlardır. Hastalar gündelik hayatlarını idame ettirme konusunda hareket kabiliyetinde yaşadıkları zorluklar ile ilgili daha çok vurgulama yapmışlardır. Bunlar; ayakkabı giyme, banyo yapabilme, tuvalete gidebilme, yemek yiyebilme veya ev dışında bir başkasına ihtiyaç duymadan yürüyebilme gibi konularla ilgili olarak bu faaliyetlerde ciddi zorluklar yaşadıklarını anlatmışlardır. Sağlıklı birey için sıradan olan birçok hareketin yeniden kazanılması inmeli hasta ve bakım veren için hayatın yeni kaygısı ve hedefi haline gelmiştir.

Bakım verenler ise günlük aktiviteleri ile ilgili olarak hastanın dışında herhangi bir konu ya da kimseye vakit ayıramadıklarını sadece hasta ve onun işleriyle uğraşmak zorunda kaldıklarına vurgu yaparken “hasta dışında uğraşısının olmaması” benzeşik ifadesine başvurmuşlar ve 10 bakım verenden BV-8 hariç hepsi bu konuya vurgu yapmışlardır. BV-8 son bir yıldır hastanın evinin yanında bulunan kahveye gittiğini ve böylece kendisine zaman kaldığı ile ilgili bilgi vermiştir. Hastaların bakım verenleri genelde hastalık sürecinden şu zamana kadar genelde aynı kişilerdir ve bu rolü uzun yıllardır sürdürenler vardır. Bu açıdan bakıldığında bir başkasına bağımlı olma hali sadece hasta için söz konusu değildir. Bakım verenin de bağımsızlığının neredeyse söz konusu olmadığı bir tablo karşımıza çıkmıştır. Bunun

dışında bakım verenler hastalanmadan önce hastanın üstlenmiş olduğu rol ve sorumlulukları da üstlenmek zorunda kaldıklarını “kendi sorumluluklarının yanında hastanın sorumluluklarını üstlenmek” benzeşik ifadesi ile ortaya koymuşlar ve BV-3, BV-7, BV-8 ve BV-9 bu konuya vurgu yapmışlardır. Bu durumda normal bir hasta bakımının yanında başka sorumluluklar yüklenmenin bakım verenler için ciddi bir yorgunluk kaynağı olduğunu söylemek mümkündür. Ayrıca bu türlü sorumluluklara alışık olmamak, bu sorumlulukları yerine getirmek için yeni bilgiler öğrenme gerekliliği bakım vereni zorlarken hastada ise işe yapamamazlık duygusunu geliştiren bir durum olarak değerlendirilmiştir.

7.3. HASTA VE BAKIM VERENİN YAŞAM KALİTESİNİN PSİKOLOJİK BOYUTU İLE İLGİLİ KATILIMCILARIN GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İnmeli hasta ve bakım verenin yaşam kalitesinin ruhsal ve duygusal boyutu ile ilgili katılımcıların bilgileri ile bakım verenlerin gözünden hastaların psikolojik alanda yaşadıklarına ilişkin değerlendirilme yapıldığında bu boyutun çalışma sırasında en çok vurgu yapılan ve özellikle de en çok bilgi alınan bölümü oluşturduğu görülmüştür. Psikolojik boyut ana teması altında, hastalardan ve bakım verenlerden gelen cevaplarla birlikte oluşan benzeşik ifadelerden depresif belirtiler, hassasiyet ve alınganlık konusunda alt temalar oluşturularak analiz edilmiştir. Yine çalışmanın bu bölümünde bakım verenlerin gözünden hastanın çocuklarının etkilenme durumu da ele alınmıştır.

Çalışmada hem bakım verenler hem de hastalar en çok depresif belirtiler alt temasına vurgu yapmışlardır. H-5 ve H-10 hariç sekiz bu duruma hasta vurgu yaparken, BV-9 hariç dokuz bakım veren ise depresif belirtiler boyutuna vurgu yapmıştır. Vurgu yapmayan hastalardan H-5 genel kişilik özellikleri itibari ile kaygı derecesinin düşük olduğu ve diğerinin ise yaklaşık üç ay önce inme rahatsızlığı yaşadığı ve akabinde hastaneye yatarak iyileşme oranında ciddi mesafeler aldığı için karamsar bir hal almadığı kendi ifadesinden anlaşılmıştır. B-9 kodlu bakım veren ise

genel kişilik özellikleri itibariyle neşeli, dışa dönük ve konuşkan bir kişidir ve onun bu özelliklerinin depresif belirtiler geliştirmesine engel olmuş olabileceği düşünülmüştür. Bu süreç içerisinde kendine zaman ayırmaya çalışmakta ve diğer kişilerle paylaşımlarını arttırmaya gayret göstermektedir. Buradan kişilerin hastalık durumu ya da bir başka yaşam olayını karşılama durumunda kişilik yapısının önemi ortaya çıkarken, sürecin nasıl ilerlediği de depresif belirtilerin ortaya çıkmasında etkili olan bir unsur olarak karşımıza çıkmıştır.

Depresif belirtilere vurgu yapan hastalar, hastalık öncesinde özellikle bütün fonksiyonlarını kendi başlarına yaparken, hastalık süreci ile bir başkasına bağımlı olma durumu da yaşadıkları için derin üzüntü ve keder duygusunu anlatmışlardır. Yaşantılarının tamamen değişmesi, maddi ve manevi anlamda yaşamış oldukları kayıplar, gelecekle ilgili endişeleri, derin üzüntü, karamsarlık, hayattan zevk almamak ve kendini suçlamak depresif belirtileri vurgulama da ana etkenler olarak karşımıza çıkmıştır. Ayrıca hastalık ani başlangıçlı bir durum olduğu için hem hasta hem de bakım veren ve aile için tam bir kriz ortamı yaşatmakta ve kişiler bu durumda yetersizlik duygusuna kapılırken buna bağlı olarak depresif belirtileri geliştirmede etkili olan bir unsurdur. Bakım verenler ise depresif belirtilerle ilgili hastalara paralel benzeşik ifadeler kullanmışlardır, ancak onların depresif durumlarını etkileyen en önemli unsur hastalık süreci ile birlikte kendi uğraşlarına ek olarak hastanın da uğraşlarını üstlenmek zorunda kalmalarıdır. Dinlenmeye, hasta ile ilgilenmek dışında hiç bir aktivitesinin olmamasına ya da başka hiçbir uğraşa vakit kalmaması, hastaya ve çevresindekilere moral desteği sağlama zorunluluğu gibi durumlarda baş etmek zorunda kalmaları da diğer etkenlerdendir. Bunun yanında hastalık süreci ile birlikte özellikle hastaya bakım verenler bu süreçte kendilerini yalnız, çaresiz ve güçsüz hissetmektedirler. Kendi duygularını paylaşacakları çok fazla ortam bulamadıklarını ifade etmektedirler. Elbette burada kültürel yapımızdan kaynaklı olarak yaşanan zorluklarla mücadelede şikâyetçi olunmaması ve kadere razı olmak bu paylaşımları engelleyen bir diğer husus olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamız sırasında hasta ve bakım verenler arasında görüşme sırasında kendilerini rahat ifade edecekleri bir ortam buldukları için görüşmenin kendilerine iyi geldiğini ve rahatlayarak görüşmeden ayrıldıklarını ifade edenler olmuştur. Çalışmada hasta ve bakım verenler yaşadıkları zorluk ve mücadelelerinin sadece sağlık boyutu ile

sınırlandırılmadan ele alınıyor olması kendilerinin anlaşılmişlık duygusunu beslediği düşünölmüştür.

Hasta ve bakım verenlerin hassasiyet ve alınganlık durumları ile ilgili olarak katılımcıların bilgileri değeriendirildiğinde ise hastaların ve bakım verenlerin hepsinin farklı sayılarda olmak üzere bu konuda vurgulamada buldukları anlaşılmiştir. Çalışma sırasında depresif belirtilerden sonra en fazla vurgu yapılan konu budur. Vurgulamalar daha çok, moral bozukluğu, kendilerini daha duygusal hissettikleri, konulara daha hassas yaklaştıkları ve daha alıngan olduklarına yöneliktir. Ayrıca her iki grupta da özellikle hassasiyetin artması ve kendilerini duygusal hissetme ile birlikte ortaya çıkan sık ağlama davranışı göze çarpmaktadır. Hastalarda bakım verenlerden farklı olarak vurguladıkları bir konu ise sağlıklı olana özenme durumudur. Kişinin sahip olduğu ve çoğu kişi için sıradan olan yeteneklerin başkalarınınca sürekli yapılıyor olması hastanın duygularını zorlayan bir husustur. Alınganlık ise hastalarda bakım verenlerden daha fazla vurgu yapılan bir konu olmuştur. Diğer insanların kendilerine güleceği ve alay edecekleri düşüncesi ve yeni beden imajına uyumda zorlanma hastaları rahatsız eden bir konu olarak belirlenmiştir.

Son olarak bakım verenin gözünden hastanın çocuklarının etkilenme durumu ile ilgili görüşleri değeriendirilmiştir. Buna göre BV-4, BV-5, B-6 sadece kendilerinin ebeveynlerine bakım vermekte olup diğer kardeşlerinin etkilenmediğine dair görüş bildirmişlerdir. Ebeveynlerine bakım konusunda diğer kardeşlerinin de desteğini bekleyen bakım verenlerden B-5 ve B-6 hem bekâr hem de ailenin en küçüğü olmakla bu sorumlulukların kendilerine zoraki olarak verildiği düşüncesinde oldukları ve bu düşüncenin bakım verenlerin baş etme becerilerini olumsuz olarak etkilediği değeriendirilmiştir. Bakım verenlerin bu saptaması ile ilgili olarak hastalar herhangi bir bildirimde bulunmamışlardır. Böylece bu konuda hastaların bakım verilere göre farkındalıklarının daha düşük olduğu değeriendirilmiştir. Çalışmanın genelinde bakım verenlerin hastalara göre ilişkiler konusuna daha duyarlı yaklaştıkları gözlemlenmiştir. Burada etkili olan faktörün ise hastanın daha çok hastalığın etkileri ile uğraşı verirken bakım verenlerin daha çok sosyal ağ ile ilişkileri devam ettiren, hem hasta hem de kendisinin çevre ile iletişimini sağlayan olmasından kaynaklandığı değeriendirilmiştir. Diğer bakım verenlerin tamamı ise inmeden sonra

çocukların etkilendiğine vurgu yaparken bu etkilenme sadece duygusal boyutta olmayıp aynı zamanda yaşam tarzında değişiklik ya da maddi desteklemeyi de içine almaktadır. Aslında bu noktada bakım verenlerin hastalarının kendisini iyi hissetmesini sağlamanın yanı sıra aile üyelerini de desteklemek gibi bir sorumluluk yüklediklerini görmekteyiz. Bu durum bakım verenlerin duygusal yükünü arttırırken etraftan almaları gereken sosyal destek konusunda da ihmal edildiklerinin bir göstergesi olarak karşımıza çıkan bir unsur olmuştur.

7.4. HASTA VE BAKIM VERENİN YAŞAM KALİTESİNİN SOSYAL BOYUTU İLE İLGİLİ KATILIMCININ GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmanın bu bölümünde ele alınan ana tema sosyal boyuttur ve alt temayı ise aile içi ilişkiler, yakın çevre ilişkileri ve toplumsal yaşama uyum başlıkları oluşturmuştur ve katılımcıların görüşleri bu alanlarda ele alınmıştır.

7.4.1. Hasta ve Bakım Vereninin Yaşam Kalitesinin Aile İçi İlişkiler İle İlgili Katılımcıların Görüşlerinin Değerlendirilmesi

İnmeli hasta ve bakım verenlerin aile içi ilişkileri ile ilgili katılımcıların görüşleri değerlendirildiğinde hem hastalarda hem de bakım verenlerde kullanılan benzeşik ifadeler şu şekildedir: “rollerde değişiklik”, “yakınlaşma”, “uzaklaşma”, “cinsel ilişki sorunları” ve “değişiklik yok”.

Hasta ve bakım verenlerin rollerde değişiklik konusu incelendiğinde hastalardan H-1 ve H-3 iki katılımcı ve bakım verenlerden ise BV-3, BV-8 ve BV-10 olmak üzere üç katılımcının konuyla ilgili görüş bildirdiği görülmüştür. Hastalar rollerdeki değişiklikler konusunda ev içerisinde kendi üstüne düşen görevleri yapmada yaşadıkları zorluklara vurgu yaparken, bakım verenler rollerindeki değişiklik vurgusu ile hastalıktan önce hastanın üstlenmiş olduğu rolleri de yüklenmek zorunda kalmalarına vurgu yapmaktadırlar.

İnme hastalığından sonra aile içi ilişkilerinde yakınlaşma olduğu vurgusunu yapan hastalar H-3, H-4 ve H-6 olarak üç kişi iken bakım verenler ise BV-1, BV-5, BV-7, BV-8, BV-9, BV-10 olmak üzere altı kişidir. Hastaların yapmış olduğu vurgulamalarda özellikle yakınlaşma ile ilgili dikkat çeken husus kendi bakımları ile ilgili yardımcı olmaya çalışan aile üyeleri ile yakınlaştıklarına olan vurgulamadır. Aile içi ilişkilerde bakım verenlerin hastalara göre daha duyarlı oldukları ve aynı konuyla ilgili olarak daha fazla vurgulama yaptıkları görülmüştür. Bunda etkili olan sürecin bakım verenlerin aile üyeleri ile olan ilişkilerden beklentisinin artması olarak değerlendirilebilir. Şöyle ki hasta için en önemli kişi neredeyse devamlı yanında olan bakım verendir. Ancak bakım verenin hastadan maddi ve manevi anlamda beklentisi azaldığı için bu beklentilerinin yönünü diğer aile üyelerine aktarmış durumda olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır.

Bakım verenlerin yakınlaşma ile ilgili yapmış oldukları vurgulamaları hastalık süreci ile birlikte diğer aile üyelerinin, hem hastaya hem de kendilerine daha yakın ve ilgili davranmalarına yöneliktir. Özellikle ev dışında yaşayan çocuklar, hasta ve bakım verenin yanına sık sık uğramakta ve daha çok paylaşımda bulunmaya çalışmaktadırlar. Ayrıca iki bakım veren inmeden sonra hastalarının agresif davranışları yerine daha sakin ve daha yumuşak davranışlar göstermeye başladıklarını ifade ederek bu durumunun aile içerisinde bir yakınlaşma yarattığı vurgusunda bulunmuşlardır. Bu durum söz konusu hasta ve bakım veren için ilişkilerin geliştiği yönünde bir anlayışla karşılanmış olduğu değerlendirilmiştir.

Aile içi ilişkilerde uzaklaşma temasına iki hasta ile dört bakım verenin vurgu yaptığı anlaşılmaktadır. Uzaklaşma vurgusunu yapan iki hasta hastalık süreci ile birlikte aile içerisinde özellikle bakım verenleri ile yaşadıkları gerginlik ve münakaşalardan bahsederek uzaklaşmaya vurgu yapmışlardır. Hastalık ile birlikte hastaların ihtiyaçlarını giderme konusunda yaşanan zorluk ve hastanın, yakınlarının beklentileri doğrultusunda hareket kabiliyeti geliştirememeleri bu durumu etkileyen bir unsurdur. Bakım verenlerin üçü hastanın çocuklarıdır ve aile içerisindeki uzaklaşma vurgusuna yer verirken, diğer kardeşlerin kendilerine inmeli hasta olan ebeveyne bakma konusunda yardımcı olmadıkları konusunu gündeme getirmişlerdir. Kendilerini bu süreçte diğer kardeşleri tarafından yalnız bırakılmış hissetmeleri bu değerlendirmede bulunmanın kaynağı olarak gösterilebilir. Geriye kalan bir bakım

veren ise inme hastasının hastalık süreci ile beraber çocuklarına daha agresif davranmaya başladığını, bu sebeplerden dolayı çocuklarla aralarında bir anlaşmazlık söz konusu olabilmektedir. Burada otorite figürü olan hasta hastalık sürecinden sonra eski otoritesinin devamı konusunda endişe yaşamakta, herhangi bir aksi durumda ise tepkisel davranarak diğer aile üyelerinin kendisinden uzaklaşmasına sebep olmaktadır.

İnmeli hasta ve bakım verenlerin aile içi ilişkilerinde yaşadıkları diğer bir konu ise cinsel ilişkiyle ilgili yaşadıkları sorunlarıdır. Çalışmada bu konu ile ilgili yoğun bir sorgulama yapılamamış olsa da H-3 ve H-4 olmak üzere iki hasta ve BV-3 ve BV-9 olmak üzere iki bakım veren konuya değinmiştir. Cinsel ilişki konusunda isteksizliğini dile getiren bir hastanın yanında bakım verenler hastaların durumları itibarı ile cinsel ilişkinin olamayacağı vurgusunda bulunmuşlardır. Burada hastanın hareket kabiliyetinin sınırlı olması, yaşının ileri olması, ilişkiye hazırlık ve sonrasında temizlik gibi konuların bakım verenler tarafından yapılma gerekliliği gibi hususların etkili olduğu karşımıza çıkmaktadır. Bunun yanında karı-koca rolü yerine artık bakım alan ve bakım veren rolünü benimsedikleri bir başka husus olarak değerlendirilmiştir.

7.4.2. İnmeli Hasta ve Bakım Vereninin Yaşam Kalitesinin Yakın Çevre İle İlgili Katılımcıların Görüşlerinin Değerlendirilmesi

İnmeli hasta ve bakım verenlerin yakın çevre ilişkileri ile ilgili katılımcıların görüşleri değerlendirildiğinde hem hastalarda hem de bakım verenlerde kullanılan benzeşik ifadeler şu şekildedir; “yakınlaşma”, “uzaklaşma” ve “değişiklik yok”. Hastalardan yakınlaşma konusuna vurgu yapan H-8 iken bakım verenlerden BV-2 ve BV-10 ‘dir. Hasta ve bakım verenler hastalıktan sonra komşu ve akrabaları ile daha sık görüştükleri yönünde görüş bildirmişlerdir. Özellikle bir bakım veren komşuları ile daha sık görüştüğünü, bir diğer bakım veren akrabalarına yakın bir yere taşındığını bunun ilişkilerini kolaylaştıracağı yönünde bilgi vermişlerdir. Aslında burada yapılan yakınlaşma vurgusunda hastalık sonrasında çevrenin gayreti ile ilişkilerin gelişmesinden ziyade bakım verenin gayretinin söz konusu olduğu ortaya çıkmaktadır. Uzaklaşma vurgusunu yapan H-1, H-2, H-3, H-4, H-5 ve H-9 dur.

Hastalar hastalık sürecinin etkisi ile içe kapanma, ağrı, eski arkadaşlarına ayak uyduramama ve çevresel engeller gibi nedenlerle kendileri yakın ilişkilerden uzaklaşırken, özellikle hastaların hayattaki en yakın akrabaları olan kardeşlerinin ilgisizliğinden dolayı da uzaklaşmalar yaşamış oldukları değerlendirilmiştir. Bakım verenlerden ise BV-1, BV-3, BV-4, BV-5, BV-7 ve BV-9, hastanın kardeşleriyle olan uzaklaşmaya ve komşuların eskisi gibi davranmadıklarına vurgu yapmışlardır. Burada hastaların kardeşleri tarafından ilgisiz bırakıldıklarını düşünmelerinde etkili olan unsurun hayatta kalan en yakın akraba olan kardeşlerin hasta ve bakım verenin beklentilerini karşılayamadıkları anlaşılmıştır. Yakın çevre ile olan ilişkilerinde değişiklik olmadığı yönünde yapılan vurgulamalar her iki grupta da yer bulmuştur. H-3, H-5, H-6, H-8, H-9, H-10 ile BV-2, BV-5, BV-6, BV-7, BV-8 yakın çevre ilişkilerinde değişiklik olmadığına vurguda bulunmuşlardır. Bu anlamda çevreyle olan ilişkilerle ilgili olarak beklentinin yüksek olmaması ve eskiden beri devam eden ilişki yoğunluğunun fazla olmasının yanında hasta ve bakım verenin çevre ile ilişkiyi sürdürmede zaman kısıtlamasının etkili olduğu değerlendirilmiştir.

7.4.3. Hasta ve Bakım Vereninin Yaşam Kalitesinin Sosyal Hayata Uyum ile İlgili Katılımcının Görüşlerinin Değerlendirilmesi

İnmeli hasta ve bakım verenin toplumsal hayata uyum konusuyla ilgili görüşleri değerlendirildiğinde hasta ve bakım verenlerin benzeşik ifadelerde bulunduğu anlaşılmıştır. Bu benzeşik ifadeler “sosyal izolasyon”, “diğer insanların davranışları” ve “erişebilirlik” şeklinde alt temaları oluşturmuştur.

Sosyal izolasyon konusuna vurgu yapan hastalardan H-1, H-3, H-4, H-5, H-6, H-7, H-9, H-10.’un ifadelerine göre hastalık süreci ile birlikte neredeyse hiç evden dışarı çıkmadıkları ve sosyal faaliyetlere katılmadıkları anlaşılmıştır. Bakım verenlerden BV-1, BV-5, BV-6, BV-7, BV-8 ve BV-10 yine sosyal izolasyona vurgu yapmışlardır. Hastalarını yalnız bırakamayan bakım verenler toplumsal hayata katılım sağlamakta zorluk yaşamaktadırlar. Bu konuda hastanın ev dışında rahat hareket edememesi, hareket edemediği için ise moral bozukluğu yaşaması ve ortamlardan çabuk sıkılması ve sık sık tuvalet ihtiyacının olmasının da etkili olduğu

değerlendirilmiştir. Hasta yakını ise hastasının yanında ayrılamamakta ve dolayısı ile fiziksel engeli olmasa da sosyal ortamlara katılımdan geri kalmaktadırlar.

Diğer insanların davranış özellikleri de hasta ve bakım verenlerin toplumsal hayata uyum konusunda zorluklar yaratan bir başka unsurdur. Bu konuya vurgu yapan hastalar; H-2, H-3, H-8 iken bakım verenler ise BV-2, BV-3, BV-4, BV-9 dur. Hastalar ve bakım verenler diğer insanların uygunsuz yorumları ve davranışları ile karşılaşabilmektedir. Bunun yanında hastalar kendi beden imajı ile ilgili olarak endişe yaşamakta ve diğer insanların bakışlarından rahatsız olmaktadır. Bakım verenler ise yine aynı konuya paralel değinmelerde bulunmuşlardır. Bu durum hasta ve bakım verenlerin sosyalleşmesini engelleyen ciddi bir unsur olarak karşımıza çıkmıştır.

Çalışmada hasta ve bakım verenlerden sadece bir kişi erişilebilirlik konusuna vurgu yapmıştır. Hastalar evden dışarı çıkamadıklarını ifade ederken dışarı çıkma gayretinde olan H-2 konuya vurgu yapmıştır. Bakım verenler BV-2, BV-4, BV-8 ve BV-9 engelli tuvaleti, otobüsler gibi konularla ilgili olarak yaşadıkları zorlukları dile getirirken hastaların diğerlerinin ise dışarı çıkmadıkları ve böylece bir zorluk yaşamadıkları anlaşılmıştır.

7.5. HASTA VE BAKIM VERENİN YAŞAM KALİTESİNİN TİNSEL BOYUTU İLE İLGİLİ KATILIMCININ GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmanın bu bölümünde ele alınan ana tema tinsel boyuttur ve alt temayı ise “yaratıcıya sığınma ve tevekkül geliştirme” ve “hayatın anlam amaç ve değerleri” konusunda alt başlıklar oluşturmuştur ve katılımcıların görüşleri bu alanlarda ele alınmıştır.

İnmeli hasta ve bakım verenlerin yaratıcıya sığınma ve tevekkül geliştirme ile ilgili bilgiler değerlendirildiğinde; hastalardan H-1, H-2, H-3, H-4, H-5, H-8, H-9 olmak üzere yedi kişi konuya vurgu yapmıştır. Bakım verenlerden ise BV-2, BV-3,

BV-4, BV-8, BV-10 olmak üzere beş bakım veren bu konuda vurgulamada bulunmuştur. Hem hasta hem de bakım verenler yaratıcının kendilerine bir sınav olarak hastalığı gönderdiğini düşünmekte ve ne kadar sabır ve şükür gösterirlerse ve konuyu Allah'a havale ederlerse o kadar iyi olacağını düşünmektedirler. Dini inanç ve kültürün etkisi ile oluşan bu düşünce tarzı hasta ve bakım verenleri oldukça zorlayan bu sürece dayanma gücünü artıran bir unsur olarak karşımıza çıkmıştır.

İnmeli hasta ve bakım verenlerin hayatın anlam, amaç ve değerleri ile ilgili olarak katılımcıların görüşlerini içeren bilgiler değerlendirildiğinde hem hastaların hem de bakım verenlerin hepsinin konuya vurgu yaptıkları anlaşılmıştır. Hastaların hayatın anlamı ile ilgili bildirdikleri görüşler özellikle, sevdikleriyle daha çok vakit geçirme ve hayatı yeniden anlamlandırma şeklindedir. Hasta ölüm riski taşıyan ve ani olarak gerçekleşen bu hastalık sürecinde eskiden daha az vakit ayırdığı kişilerle görüşmeye çalışmaktadır ve böylece ölüm gerçeğinden evvel yaşamını daha dolu geçirme taraftarı oldukları anlaşılmıştır. Amaçlarla ilgili hastalıktan sonra hastaların hemen hepsi kendi kendilerine yürüme ile ilgili bir amaç belirlemişlerdir. Bakım verenler ise hayatın anlam, amaç ve değerlerinde değişmeler yaşadıklarına vurgu yapmışlardır. Vurgulamalar hastalarinkine paralel olarak daha çok hastalarının iyileşmesi yönünde amaçlarının şekillendiği ve maddiyattan ziyade maneviyata dönerek daha çok karı-koca ve çocuklarla geçirecek vakit ve kendini mutlu etmeye yönelik faaliyetlere yapılan vurguları içermektedir.

Çalışmada bakım verenin gözünden inmeli hastanın ruhsal ve duygusal durumları ile ilgili bilgiler de değerlendirmeye alınmıştır. Bakım verenlerden BV-1, BV-2, BV-3, BV-6, BV-7, BV-9 ve BV-10 hastalarının depresif belirtiler geliştirdiğini ifade ederken hastalıktan sonra derin üzüntü, mutsuzluk, kendini suçlama, hayattan zevk alamama gibi durumları olduğunu ifade etmişlerdir. Bakım verenler hastalık sonrasında gelişen bu durumu anormal karşılamamakla birlikte hastanın tedaviye uyumunu ve motivasyonunu olumsuz etkilediği anlaşılmıştır. BV-5 haricinde diğer bakım verenlerin hepsi hastalarının hassasiyet ve alınganlık geliştirdiğini ifade etmiştir. BV-5 hastasının çevreden kaygısız bir insan olarak tanındığını ifade ederken böyle durumlarda kişinin kendi kişilik yapısının önemi ve hayata bakış açısının önemi burada da karşımıza çıkan bir unsur olmuştur. Bunun yanında hastaların özellikle hastalık süreci ile birlikte beden imajlarında oluşan

farklılıklar konusuna oldukça hassaslaşmaları, söylenen sözlerden alınma ve sık sık ağlama davranışı hastalar tarafından ortaya konan davranışlardır. Bu davranışlar karşısında çoğu bakım verenler destekleyen ve teselli eden taraf durumuna düşmekte olduğu saptanmıştır.

Bakım verenler BV-2, BV-4 ve BV-8 hastalarının yaratıcıya sığınarak ve şükrederek güç bulduğunu ifade etmişlerdir.

BV-6, BV8, BV-10 dışındaki bakım verenler, hastalarının hayatlarının anlam, amaç ve değerlerinde değişiklikler olduğunu ifade etmişlerdir. Özellikle yaşamlarında maddi kazançlardan ziyade manevi kazançları ve aile bağlarını güçlendirip aileleri ile daha çok vakit geçirmeye çaba gösterir duruma gelmişlerdir. Hem hasta hem de bakım verenler için yaşanan bu hastalık süreci hayatlarında ciddi bir kırılma noktası oluşturmuş ve hiçbir zaman hayal etmedikleri bu yeni yaşamları ile mücadele konusunda daha çok kendi aile üyelerine yöneldikleri ve onlardan destek almaya çalıştıkları değerlendirilmiştir.

7.6. HASTA VE BAKIM VERENİN İNME DEN SONRA YAŞAM KALİTESİNİN EKONOMİK BOYUTU İLE İLGİLİ KATILIMCILARIN GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmanın bu bölümünde ele alınan ana tema ekonomik boyuttur ve alt temayı ise çalışma yaşamı ve ekonomiye yansımaları oluşturmuştur konuyla ilgili olarak katılımcıların görüşleri bu alanlarda ele alınmıştır.

Çalışma durumu ve ekonomik hayata yansımaları ile ilgili bakım veren ve hastaların görüşleri ele alındığında ise yine paralel benzeşik ifadeler kullandıkları anlaşılmaktadır. Bunlar “çalışmama”, “gelir kaybı” ve “yeni masraflar” benzeşik ifadeleri olarak karşımıza çıkmıştır. Hem hastalar hem de bakım verenlerin hepsi tekrar iş hayatına dönemeyerek çalışmama ya da ev ekonomisine katkı yapacak faaliyetleri yerine getirememeye vurgusunu dile getirmişlerdir. Bunun yanında çalışma

hayatına dönememenin sonucu olarak H-3, H-6, H-7 ve H-8 kodlu dört hasta ile ve BV-3, BV-4, BV-5, BV-6, BV-7 bakım verenler çalışmamak ve bununla birlikte ortaya çıkan gelir kaybını vurgulamıştır. Çalışma hayatına geri dönemeyerek gelir kaybına uğrayan hasta ve bakım verenlerin üzerinde durdukları en önemli nokta iş hayatındaki gösterebilecekleri fiziksel işlevsellik durumunun yetersiz olduğuna yöneliktir. Ayrıca bakım verenler hastaları ile uğraşırken çok fazla yorulduklarını ve bu sebepten dolayı bir daha çalışma hayatına geri dönmenin çok mümkün olamayacağını da vurgulamıştır. H-3, H-5, H-7 ile BV-3, BV-5, BV-9 ise yeni masraflar ile ilgili vurgulamalar yapmışlardır. Bu vurgulamalarda daha çok hastalık süreci ile birlikte hastanede kalış, yardımcı alet kullanımı, hasta yatağı alma gibi ani ve beklenmedik masraflar ortaya çıktığı görülmektedir. Bu durum elbette aile için fazladan bir stres alanı yaratmaktadır. Gözden kaçan bir başka konu ise hastanın yanında bakım veren de iş hayatından çekilmekte ve aynı anda aynı aileden iki kişilik gelir kaybı söz konusu olmaktadır. Bakım veren ise hasta ve ailenin bütçesini çekip çeviren kişi konumuna gelmekle birlikte, ailede artık herkesin katılabileceği sosyal faaliyet ya da herkesin kullanabileceği yeni bir eşya almaktan ziyade, hastanın tedavisi ya da konforunu artıracak olan malzemelere yönelerek yeni harcama kalemleri ya da var olan birikimleri buraya kanalize etme ile baş etmek zorunda oldukları bir tablo karşımıza çıkmıştır.

7.7. HASTA VE BAKIM VERENİN BU ARAŞTIRMADA SORULMASINI UYGUN GÖRDÜĞÜ SORULARA İLİŞKİN DEĞERLENDİRME

Çalışmaya katılan hasta ve bakım verenlerin araştırmacıya soru önerileri ilgili değerlendirmeleri ele alındığında şu sonuçlarla karşılaşılmıştır; H-2, H-4, H-5, H-6, H-7, H-8, H-9 ve H-10 ile BV-1, BV-3, BV-4, BV-6, BV-8, BV-9 ve BV-10 soruların yerinde olduğunu ve yaşadıklarını yansıttığını ifade ederek herhangi bir öneride bulunmamışlardır. Bu konuda araştırmada hasta ve bakım verenler için sadece sağlık boyutunun ya da fiziksel hareket kabiliyetinin sorgulanmamış olması

kişinin yaşam kalitesini ve eko sistemini etkileyen bütün alanların boyutlandırılarak sorgulanmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

H-1 kendisine “nasılsın” sorusunun yöneltilmesini isterken, BV-7 eşinin kardeşlerine gösteremediği tepkiyi araştırmacının soruları aracılığı ile gösterilmesini istemiştir. H-3 sağlık çalışanlarının hastalara karşı davranışlarının şekliyle ilgili sorular olması gerektiğini düşünürken, BV-5 ise hasta ve yakınlarının hastalıkla ilgili bilgi eksikliklerini hangi sağlık çalışanından gidermek istediklerine yönelik sorular sorulmasını önermiştir. Burada ise hasta ve bakım verenler kendi güncel konuları ile ilgili sorunların gündeme gelmesini isterken yaşadıkları zorlukların sorular aracılığı anlaşılmasını istemişlerdir.



8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın son bölümünde elde edilen sonuçlar ve bir takım öneriler ele alınacaktır. Hasta ve bakım verenlerin yaşam kalitesini etkileyen sorun alanlarına ait bulgular daha önce ele alınan konuların bir tekrarının olmasının ötesinde çalışmanın bir bütünlük içinde okunması ve sağlıklı bir değerlendirmenin yapılması açısından önemlidir. En son bölümde ise bulgular ışığında öneriler geliştirilmeye çalışılmıştır.

8.1. SONUÇ

Bütün kronik hastalıklar bireyin uyum kapasitesini değiştiren bir problem kaynağı olmakla birlikte, beraberinde getirdiği bir takım ani ve beklenmedik değişimler, gereklilikler ve ihtiyaçlarla ciddi bir stres kaynağıdır. Sonuç olarak inme hem hastanın hayatını hem de bakım verenlerin hayatını yaşam kalitesine konu olabilecek bir çok gösterge açısından etkileyen bir hastalıktır. İnmeden sonra hayatta kalan hastaların ciddi bir bölümü bakım ve gözetim gerektirecek düzeyde bir yeti yitimi ile mücadele etmek zorunda kalmaktadır.

Yapılan çalışmalar genelde klasik engel grupları üzerine yine klasik araştırmalar şeklindedir. Bunlardan farklı olarak bu çalışmada kişiyi engelli hale getiren inme hastalığı ile ilgili olarak hasta ve bakım verenlerin yaşadıkları hakkında kendi görüşlerini içeren bilgilere yer verilmiştir. Bütün sonuçlar değerlendirildiğinde hem hastaların hem de bakım verenlerin yaşadıkları sağlık sorunlarından (tedaviler, ilaç kullanımı, egzersiz, yorgunluk, ağrı, yetersiz işlevsellik vb.), kişisel özelliklerinden (aile özellikleri, karamsar olmak, depresif belirtiler geliştirmesi, alıngan olması, dayanıklılığının azalması, stresle baş etme becerisinin seviyesi vb.), yakın çevresi ve toplumsal çevresinden (çevre ile iletişim, iş yaşamından ayrılma, sosyal destek ve ağ vb.) etkilenme ile oluşan deneyimleri ile kendi ekosisteminde farklılıklar oluşurken yaşam kalitesi de azalmaktadır.

Bu bağlamda çalışma sonucunda elde edilen sonuçlar özetle şunlardır:

- Çalışmada inmeli hastaların ve bakım verenlerinin sağlık durumu ile deneyimleri özellikle bedensel işlevsellik durumu ile ilgilidir. İnmeli hastalar iyilik durumunu değerlendirirken bu konuya özellikle vurgu yapmışlardır. Bakım verenlerin ise hemen hepsi hastanın bedensel anlamda yaşadığı bağımlılık durumuna bağlı olarak bedensel ve ruhsal sağlık alanında ciddi sorunlar yaşamaktadırlar. Bakım verenlerin sağlık sorunları ile ilgili olarak yaşadıkları problemler özellikle inme hastalığından sonra şiddet kazansa da odak konu inmeli hastanın genel sağlık durumu ve sorunları olduğu için bakım verenlerin kendilerine ve sağlıklarına vakit ayıramadıkları anlaşılmıştır.

- İnme hastalığı hem bakım vereni hem de hastayı çalışma hayatından ayırmakta ve gelir kaybı ve yeni masraflar ile baş başa bırakmakta, bu durum ise bir başka sorun alanını oluşturmaktadır.

- Çalışmaya katılan hastaların günlük aktivitelerini yerine getirmede yarı bağımlı oldukları yani bakım verenlerine bağımlı oldukları ortaya çıkarken bakım verenlerin de aslında hastaların bağımlılık durumuna bağımlı olduğu ve özgür hareket edemedikleri ve hasta dışında hiç uğraşlarının olmadığı anlaşılmıştır.

- Hastalık, hem hasta da hem de bakım verende depresif belirtilerin ortaya çıkmasına sebep olurken aynı zamanda her iki grupta da hassasiyet ve alınganlık yaratmıştır.

- İnme hastalığı ciddi anlamda fiziksel yeti yitimine sebep olan bir hastalık olmasına rağmen, bu hastalıkla ilgili olarak en yoğun vurgulamanın fiziksel boyutta değil, psikolojik boyutta yapıldığı anlaşılmıştır.

- Hasta ve bakım verenlerin bu ciddi hastalık sürecinde baş etme kabiliyetini artırmada başvurdukları yaratıcıya sığınma ve tevekkül geliştirme hastalarda daha çok rastlanan bir konu olmuştur. Hem hastaların hem de bakım verenlerin hayatlarının amacı hastalıktan kurtulma olurken, anlam ve değer konusu ise maddiyattan maneviyata kayma şeklindedir.

- Sosyal boyutta etkilenen aile içi ilişkilerde yakınlaşma ve uzaklaşmalar yaşanırken, rollerde değişiklikler de oluşmaktadır. Aile üyelerinin ise bu duruma hazırlıklı olmadıkları ve kendilerini yalnız hissettikleri anlaşılmıştır. Ancak aile içi

ilişkilerinde değişiklik olmadığı konusuna daha çok hastaların vurgu yaptığı ortaya çıkmıştır.

- Yakın çevre ilişkilerinde ise hem hastalar hem de bakım verenler özellikle beklentide oldukları kardeş ilişkilerinde uzaklaşma yaşarken, komşularla ve arkadaşlarla olan ilişkilerde çok fazla değişik yaşamadığı anlaşılmıştır.

- Toplumsal hayata uyum ile ilgili olarak hasta ve bakım verenlerin hastalığın sonucu olarak toplumsal hayattan uzaklaştıkları, çevreye ayak uyduramadıkları ve sosyal izolasyon yaşadıkları anlaşılmıştır. Hasta ve bakım verenler diğer insanların olumsuz davranışlarından etkilenirken, engelli tuvaleti, çevresel düzenlemeler veya otobüslerde yaşanan sorunlarla birlikte erişilebilirlikle ilgili problemler de yaşamaktadır.

Sonuç olarak; sağlık sorunları ile mücadele, günlük faaliyetlerde başkasına bağımlı olma, ruhsal ve duygusal alanda yaşanan değişim ve dalgalanmalar, sosyal ortamlardan uzak kalma, sosyal desteğin düşük olması, çevre planlamasında engellilerin düşünülmemesi, bakım vereni dinlendirecek destek mekanizmasının olmaması hasta ve bakım verenin sorunlarını daha da artırmaktadır. Bu durumda hem hastanın hem de bakım verenin ekosisteminde oluşan değişimler ve bu değişimlerde yaşanan uyumsuzluklar mikro, mezzo ve makro sistemlerin hepsinde farklı yoğunluklarda hissedilmektedir. Yaşam kalitesi kişinin iyilik halinin kendi öznel değerlendirmesi ile ilgili bir gösterge olduğuna göre burada kişinin iyilik halini destekleyecek ve sürdüreceği olan ekosisteminin artık eskisi gibi olmadığı açıktır. Üstelik bu değişim ve zorluklarla mücadele eden sadece hasta değil aynı zamanda ve belki de daha yoğunlukla hisseden bakım verenlerdir. Burada hem sonucunda yeti yitimi oluşmuş bir hastalığın yönetiminin yanında biyopsikososyal alanda oluşan sorunların yönetimi konusunda hasta ve bakım verenlerin mücadelesinde yeteri kadar ve uygun biçimde bilgilendirilmedikleri ve bunların nasıl ele alınması gerektiğine dair yol gösterici çalışmalara ulaşamadıkları ise diğer bir sonuçtur. Bu özellikler göz önüne alındığında çalışmada yapılan tedavilerin daha çok tıbbi sorunlara yönelik olduğu ve hasta ve bakım verene psikolojik ve sosyal açıdan yeterli destek sağlanamadığı ortaya konmuştur. Çalışmada bakım verme işlerinin ailede genelde bir kişi tarafından yürütüldüğü ve bu durumun bu kişi üzerinde ağrı, yorgunluk ve stres

gibi olumsuz sonuçlar doğurduğu anlaşılmıştır. Ayrıca hasta ve bakım verenler hastalıkla birlikte işi bırakmakta ve tedavi arayışına girmektedir. Bu durumda hem gelir kaybı olmakta hem de ek masraflarla ailenin bütçesi ciddi anlamda zarar görmektedir. Bu bağlamda analizi yapılan verilerden hasta ve bakım verenin diğer bakım veren adayları olabilecek kişiler tarafından yoğun fizik tedavi, eğitim, aile içi iletişim, cinsel fonksiyon bozuklukları, bilgilendirme, psiko-sosyal ve maddi anlamda desteklenmesi gerektiği sonucu da çıkmaktadır. Hasta ve bakım verenleri hayatın her alanında birçok zorlukla savaşırken inmeli hasta rehabilitasyonu içinde yer alan sosyal hizmet müdahalesi ile sağlanan psiko-sosyal desteğin ve bireyi çevresi içinde değerlendirme gerekliliği de burada karşımıza çıkan diğer bir husustur.

Hasta ve bakım verenlerin içsel ve dışsal faktörler ile oluşan ve kişinin ekosistemi ile arasındaki uyumun bozulması ve böylece yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine sebep olan bu süreçlerin en az zararlarla atlatılması çok önemlidir. Kişinin kendisinde ve çevresinde var olan kaynakların farkına vararak kullanmayı teşvik eden ve bireyin güçlenerek bağımsızlaşmasını arzu eden sosyal hizmet disiplininin kişinin çevreyle uyumunu artırarak aynı zamanda yaşam kalitesini de artıracığı bu alanda gerekliliği ve kişinin bütüncül bir bakış açısı ile ele alınması gerektiği bu çalışmanın diğer sonuçlarıdır.

8.2. ÖNERİLER

İnme hastalığı ile oluşan yeti yitimi ile beklenmedik bir şekilde kişi bir engelli durumuna gelirken, bakım veren ise bedensel ve ruhsal alanda çeşitli sorunları ile mücadele eden bir engelli bireye bakım verir hale gelmektedir. Sosyal hizmet mesleği doğası gereği bireyi çevresi içinde ele alırken onları güçlendirmeyi ve özgürleştirmeyi hedefler. Çalışmanın sonucunda ortaya çıkan tabloda birey ve çevresi arasında yaşanan etkileşim hastalıkla birlikte etkilenmiş ve hasta ve bakım verenin ekosisteminde değişiklikleri gündeme getirmiştir. Buradan hareketle geliştirilecek öneriler farklı boyutlarda yapılabilecek sosyal hizmet müdahalesini içeren mikro düzey, mezzo düzey ve makro düzey boyutları ile ele alınmıştır. Engelli

bireylere çalışma sarasında faydalandığımız destek verme araçları olarak ise bilgisel destek, duygusal destek ve elle tutulur ve araçsal destek sağlama konusuna yer verilmiştir

- Mikro Düzeyde Müdahale İle İlgili Öneriler: Mikro düzeyde atılacak ilk adım hastalara ve bakım verenlerine hastalık hakkında detaylı bilgilendirmeyi içeren eğitimler verilmesidir. Bu bağlamda hem koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında hem de hastalıkla karşılaştıktan sonraki aşamada yaşamlarını daha kaliteli geçirilebilmeleri için inme hastalığı ile karşılaşmadan evvel ve karşılaştıktan sonrası ile ilgili neler yapacaklarına dair hasta ve bakım verenlerinin yanında sağlık çalışanlarına ve meslek elemanlarına yönelik eğitim programları hazırlanmalıdır. Özellikle eğitim programı içinde kişinin sağlık sorunları ve kendisini nelerin beklediği, yeni beden imajına uyum, tedaviye uyum, fizik tedavi ve egzersizin önemi anlatılırken, psiko-sosyal alanda yaşanacak sorunlarla ilgili bilgi verilmeli, çözüm önerileri anlatılmalı ve bunların hepsi yazılı ve görsel olarak da hasta ve bakım verenlerle paylaşılmalıdır. Bu çalışmalar mikro düzeyde hasta ve bakım verenle bireysel görüşmeler yapılmasının yanında, sosyal destek kaynağı olabilecek aile üyeleriyle aile ilişkilerinin yeniden düzenlenmesi ve ailede rol dağılımının yeniden yapılandırılması için aile danışmanlığı hizmeti şeklinde de olmalıdır. Yapılan çalışmada aile içi ilişkileri etkileyen diğer bir hususun cinsel yaşamla ilgili olduğu düşünülürse rehabilitasyonda hasta ve bakım veren bütün olarak ele alınmalı konuyla ilgili yeterli bilgi verilmelidir. Ayrıca hasta ve bakım veren ile yapılan çalışmalarda yapamadıklarının değil de yapabildiklerinin üzerinde durmak ve güçlendirme yaklaşımında faydalanmak, kendini tükenmiş hisseden hasta ve bakım veren için önemli bir çalışma yöntemi olabilir. Böylece bilgisel destek sağlanırken bu bilgi eksikliğinin giderilmesi amacı ile yapılan görüşmeler sırasında oluşan karşılıklı etkileşimle duygusal destek verilmiş de olabilir.

- Mezzo Düzeyde Müdahale İle İlgili Öneriler: Bakım verenlerin bedensel ve psiko-sosyal sorunları da ihmal edilmemesi gereken bir konudur. Bakım verenlerin genel sağlık durumları, ruhsal alanda yaşadıkları sorunlar hastayla birlikte yaşadıkları sosyal izolasyon konusuna özellikle dikkat edilmelidir. Sağlık çalışanları ve meslek elemanları bakım verenlerin sorunlarına da vakit ayırmalı ve hastanın sorumlulukları sebebi ile ihmal ettikleri konuları birlikte ele almalıdırlar. İnmeli

hasta ve bakım verenlerin bilgilendirici ve destekleyici grup çalışmaları bakım verenlerin duygusal ve sosyal anlamda desteklenmeleri için yapılabilecek sosyal hizmet uygulamaları arasında sayılabilir. Bu anlamda hem bilgilendirici hem de duygusal destek bu alanda yerine getirilmesi gereken bir konudur. Yapılan çalışma özellikle bakım verenleri yorgunluk, ağrı ve depresif belirtilerinin yoğun olduğunu göstermiştir. Bu konu çalışılırken bakım veren hastanın yalnız bırakılmışlık duygusunu azaltmaya yönelik sosyal faaliyetlere katılım ve bunlara katılımı devam ettirme konusunda destekleyici çalışmalar yapılabilir. Özellikle bakım verenlerin dinlenme imkânının olmamasının bu sorunları artırdığı anlaşılmıştır. Aile içinde bakım verme potansiyeline sahip diğer üyeler ile işbirliğine gidilerek bakım verme işinin paylaşılacak bir görev olduğu vurgusunun yapılması, bütün aile üyelerinin bilgilendirilmesi ve görev paylaşımı net bir şekilde yapılarak aileden sadece bir kişi üzerinde sabitlenen bakım verme işinin paylaşılabilir hale getirilmesi gerekmektedir. Ayrıca hastanın yakın çevresi inme ve etkileri konusunda bilgilendirilmesi, bu bilgilendirme sırasında hasta ve bakım vereni ile iletişimde dikkat edilecek hususların ele alınması önemlidir. Böylece elle tutulur destek verme sağlanmış olabilir.

- Makro Düzeyde Müdahale İle İlgili Öneriler: Makro sistemde uygulanacak olan en önemli unsurlardan biri her türlü iyileştirici ve geliştirici uygulamada bakım veren ile hastaların kendi deneyim ve önerilerinin dikkate alınmasıdır. Sonuçlarda görüldüğü üzere iş kayıpları nedeniyle hasta ve bakım verenlerin ekonomik açıdan da zorluk yaşadığı görülmektedir. Meslek elemanları hasta ve bakım verenlerin yararlanacakları kaynaklarla ilgili onları bilgilendirmelidir. Ancak sonuçlardan anlaşılmıştır ki, özellikle devletin hak olarak verdiği ve devlet hastanelerinden sağlanan fizik tedavi seans sayısının sınırlı olması hasta ve bakım vereni oldukça zorlayan bir durumdur. Rehabilitasyon olanaklarının artırılması, rehabilitasyon kurumlarının erişilebilir olması ve sosyal güvencenin ihtiyaç duyulan her tür rehabilitasyonu kapsamasına yönelik politika değişikliğine ihtiyaç olduğu görülmektedir. Rehabilitasyon süreci içinde özellikle el becerileni artırmaya yönelik çalışmalar iş-uğraşı terapistleri ile sağlanmaya çalışılmalıdır. Ayrıca hastalar ve hasta yakınları ile kamu kurumları ve ilgili diğer kurumlarla işbirliği içinde erişilebilirlik politikaları geliştirilmesi için makro düzeyde sosyal hizmet uygulamaları

gerçekleştirilmelidir. Araştırma sonuçları hastalar ve bakım verenlerin sosyal ortamlara katılımında diğer insanların davranışları ya da erişebilirlik konusunda yaşadıkları sorunlar nedeniyle isteksiz davrandıklarını göstermiştir. Hasta ve bakım verenler ev ortamına mahkûm bırakılmayarak mümkün olduğunca hayatın içine sokulmalı, hem hastanelerde hem de kendi sosyal ortamlarında sosyal hayata katılabilecekleri ortamlar oluşturulmalıdır. Bunun için toplum olarak bilinçlendirme yapılırken özellikle hastaların transferi ve sosyal faaliyetlerin düzenlenmesi konusunda yerel yönetimlerin daha etkin adımlar atması gerekmektedir. Elbette burada gözden kaçmaması gereken bir hususta inme hastalığına karşı koruyucu ve önleyici tedbirlerin alınarak yaygınlaştırılması ile olabilir. Bu anlamda hem toplumu bilgilendirme hem de risk faktörlerini en aza indirme amaçlı egzersiz, sağlıklı beslenme, sigara ve alkol kullanımı gibi konularla ilgili çalışmalar yapılabilir.

Bunların dışında inmeli hastalar hemen hemen tüm zamanları bakım verenleri ile birlikte geçmektedir. Birinin depresif, umutsuz ruh hali diğerine de etki edebilir. Bu açıdan mikro, mezo ya da makro düzeyde olabilecek her tür destekleyici çalışmaya her iki grupta katılmalıdır. Ayrıca gerek literatür taramasında gerekse hastalar ve bakım verenleriyle birebir görüşmelerden elde edilen gözlemler inmeli hastalar ve bakım verenlerin fiziksel sağlık durumları, fiziksel aktivite durumu, psikolojik alanları ve aile içi ve yakın çevre ve sosyal çevre ile ilişkilerinde, tinsel yaşam durumları ve ekonomik durumlarında oluşan değişimlerin hepsi yaşam kalitesini en net biçimde etkileyen konular olmakta ve hasta ve bakım verenlerin ekosistem yaklaşımı bağlamında incelenmesi gerekliliği burada da önemini göstermektedir.

KAYNAKLAR

Abubakar S A, Isezuo S A. Health Related Quality of Life of Stroke Survivors: Experience of a Stroke Unit Int J Biomed Sci. 2012; 8(3): 183–187. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3615283/>. Erişim Tarihi: 16.12.2017.

Acar A E. Kronik Hastalıkların, Hastaların Aile İşlevleri Ve Yaşam Doyumları Üzerine Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Aile Eğitimi Ve Danışmanlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2012, İzmir. (Danışman: Prof. Dr. A. Dilek Güldal).

Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Canlı Özer Z. Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. Dicle Tıp Dergisi. 2011; 38(1):s:57-65. Erişim Adresi: <https://core.ac.uk/download/pdf/25732021.pdf>. Erişim Tarihi: 25.12.2017.

Akto A. Allah -İnsan arasında ontolojik, epistemolojik ve varoluşsal bir ilişki biçimi: Tevekkül Josr. 2016; 8 (2):878-902.

Akyar İ, Akdemir N. Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2009; 32-49. Erişim Adresi: http://hacettepehemsirelikdergisi.org/pdf/pdf_HHD_83.pdf. Erişim Tarihi: 21.12.2017.

Alaszewski A, Alaszewski H, Potter J, Penhale B. Working after a stroke: Survivors' experiences and perceptions of barriers to and facilitators of the return to paid employment. 2006;1858-1869. Erişim Adresi: <https://doi.org/10.1080/09638280601143356> Erişim Tarihi: 17.12.2017

Alptekin K, Akdede B. şizofreni Hastalarında ve Yakınlarında Yaşam Kalitesi, 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu. İzmir. Proğram ve Özet Kitabı s: 10. 2004.

Alsancak H, Tomruk H, Çatana N, Türkekul A, Dolamaç N. Emniyet Genel Müdürlüğü Sosyal Hizmet Daire Başkanlığı Engelli Hakları Başucu Kitapçığı. 2013.

Altun İ. Hasta yakınlarının bakım verme rolünde zorlanma durumları, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi. Kongre Özet Kitabı, İstanbul, Türkiye;1998; S:71- 78.

ASPB. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Erişilebilirlik Dairesi Başkanlığı. 2017. Erişim Adresi: <http://www.mavibayrak.org.tr/userfiles/file/.pdf> Erişim Tarihi: 21.11.2017.

Astrom M, Adolfsson R, Asplund K. Major depression in stroke patients. A 3-year longitudinal study. Stroke, 1993; 24:976-982. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8322398>. Erişim Tarihi: 13.12.2017.

Aşiret D G, Kapucu S. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2012; 2:73-80.

Aydemir İ, Işıkkhan V. Hasta Hakları Birim Sorumlularının Karşılaştıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2013; 24(1):7-24.

Aydemir, Ö. Psikiyatrik Modeller Ve Bedensel Hastalığın Çeşitli Yönleri. İçinde: Psikiyatri Konsultasyonu El kitabı, edc. Aydemir Ö, Matsan Yayıncılık, İstanbul; 2014.

Bahçekapılı M. Biyopsikososyal açıdan dinin engellilik ve farklı sağlık problemleri üzerindeki etkisi. Türkiye din eğitimi araştırmaları dergisi. 2016; 19-44. Erişim Adresi: <http://www.tjres.com/sayilar/1/2.bahcekapili.pdf> Erişim Tarihi: 12.12.2017.

Balkan S. Serebrovasküler Hastalıklar. Güneş Kitabevi Yayınları, İstanbul; 2002.

Bayam G, Dilbaz N, Özalp E, Güz H. İnme sonrası duygu durum bozuklukları. Klinik psikiyatri. 2001; (4)154-165. Erişim Adresi: https://www.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_4_3_154_165.pdf Erişim Tarihi: 17.12.2017.

Baykan Z. Özürlülük, Engellilik, Sakatlık Nedenleri ve Korunma. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2000; 9(9): Erişim Adresi: (<http://www.ttb.org.tr/STED/sted0900/4.html>). Erişim Tarihi:24.12.2017.

Bekiroğlu S. Nöromusküler hasta ailelerinin yaşadıkları güçlükler ve sosyal hizmet ihtiyaçları. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2013, Ankara. (Danışman: Doç. Dr. Elif Gökçearslan Çifci).

Bethoux F, Calmels P, Gautheron V. Changes in the quality of life of hemiplegic stroke patients with time. American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation. 1999; (78):19-23. Erişim Adresi: <https://insights.ovid.com/pubmed? pmid=9923424> Erişim Tarihi: 12.11.2017.

Bilgili N, Gözüm S. İnmeli hastaların evde bakımı: Bakım verenler için rehber. Dokuz eylül üniversitesi hemşirelik fakültesi elektronik dergisi. 2014; 7(2):128-150. Erişim Adresi: <http://www.deuhyoedergi.org/index.php/DEUHYOED/article/view/88/76>. Erişim Tarihi: 13.12.2017.

Blonder LX, Bowers D, Heilman KM. The role of the right hemisphere in emotional communication. A journal of nourolgy, Brain, 1992; 5(2):645. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2065243>. Erişim Tarihi: 02.01.2018.

Bodur S, Durduran Y. Konya’da engelli çocukların sağlık hizmetlerinden yararlanma ve beklenti durumu. Genel Tıp Dergisi. 2009; 19(4):169-175. Erişim Adresi: <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/25077477>. Erişim Tarihi: 27.12.2017.

Bozkurt M. Serebrovasküler Hastalıklarda Metabolik Sendrom. Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul, 2008 (Danışman: Uzm. Dr. Aysel Kaya Tekeşin)

Brereton L, Nolan M. You know he has had a stroke, don't you?' Preparation for family caregiving – the neglected dimension. J Adv Nurs. 2000; 9:498–507. Erişim Adresi:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.13652702.2000.00396.x/abstract;jsessionid=E56527666A29296A0624D021E72F75DC.f02t04> Erişim Tarihi: 12.12.2017.

Bronfenbrenner U. Toward an experimental ecology of human development. American Psychologist. 1977; (32)513-531. Erişim Adresi: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.458.7039&rep=rep1&type=pdf> . Erişim Tarihi: 31.08.2017.

Bulut I. Ruh Hastalığının Aile İşlevselliğine Etkisi. Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları. Ankara, 1993; S:3-20.

Bumin G, Ergun A, Uyanık M, Kayıhan H. Sağ ve sol Hemiplejik Hastalarda Duyu, Algı ve işlevsel Durumun Karşılaştırılması. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2007; 21(5):221-224.

Burkman K. The Stroke Recovery Book A Guide for Patients and Families. Second Edition. Addicus Books Omaha, Nebraska, 2010.

Burnette D. Social relationships of latino grandparent caregivers: A Role Theory Perspective. Copyright. The Gerontological Society of America The Gerontologist. 1999; 39(7):49-58. Erişim Adresi: <https://watermark.silverchair.com> Erişim Tarihi: 21.12.2017.

Çabalar M, Tatlıdede A.D, Yazar T, Güveli B, Yayla V. Nörolojik Hastalıkların Özürlülük Derecelerinin Sağlık Kurulunda Değerlendirilmesi Murat Bakırköy Tıp

Dergisi, 2011;7(4):142-146. Erişim Adresi: http://bakirkoytip.org/pdf/1212201117537_4_4.pdf Erişim Tarihi: 23.12.2017.

Çağlar S. Engellilerin Erişebilirlik Hakkı Ve Türkiye’de Erişebilirlikleri. AÜHFD. 2012; 61(2): 541-598. <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/38/1679/17894.pdf> Erişim Tarihi.14.01.2018.

Cameron J I, Naglie G, Green T L, Gignac M A M, Bayley M, Huijbregts M, Silver F L, Czerwonka A. Clinical Rehabilitation (2015); 29(11):1129-1140. Erişim Adresi: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0269215514564897>. Erişim Tarihi: 20.10.2017.

Carlson A. Social worker interventions for patients post-stroke .master of social work clinical research papers, St. Catherine University and the University of St. Thomas St. Paul, Minnesota; 2014.

Censullo J.L. Economics of Health Care for Stroke Patients. FAHA. (2014). Erişim Adresi: https://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@fda/documents/downloadable/ucm_462697.pdf. Erişim Tarihi: 21.12.2017.

Chaiyawat P, Kulkantrakorn K. Effectiveness of home rehabilitation program for ischemic stroke upon disability and quality of life: A randomized controlled trial Clinical Neurology and Neurosurgery. 2012; 114(7): 866-870. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22321758>. Erişim Tarihi: 12.12.2017.

Chow S K Y, Wong F K Y, Poon C Y F. Coping and caring: support for family caregivers of stroke survivors. Journal of Clinical Nursing, 2007; 16 (7b): 133–143.

Cicos P. Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Hastanelerde Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Karşılaştıkları Sorunlar: (İstanbul İli Örneği), Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, İstanbul. (Danışman: Prof. Dr. Mustafa Delican).

Çelik A. İnmeli hastalarda işlevsel durumun bakım verenlerin bakım yüküne ve yaşam kalitesine etkisi. GATF Sağlık Bilimleri Müdürlüğü Yüksek Lisans Tezi. Ankara. 2014. (Danışman: Doç. Dr. Belgüzar Kara).

Çoban O, Yeşilot N. Geçici İskemik Ataklar, İçinde: Öge A E, Baykan B, edc. Nöroloji. 2. Baskı. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul; 2011 S: 258.

Dalyan Aras M, Çakıcı A. İnme Rehabilitasyonu. İçinde: Oğuz H, Dursun E, Dursun N, eds. Tıbbi Rehabilitasyon (2. Baskı). Nobel Tıp Kitabevleri İstanbul. 2004. S:589-619.

Davaslıgil, Ü. Ekolojik Yaklaşımın Psikoloji ve Eğitime Uygulanması, Eğitim ve Bilim Dergisi. 1997; 21(103): 66-79. Erişim Adresi: <http://egitimvebilim.ted.org.tr/index.php/EB/article/download/5926/2059>). Erişim Tarihi: 25.12.2017.

Dayapoğlu N. Stroklu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. 2005. Erzurum. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Mehtap Tan).

Dayapoğlu N, Tan M. İnmeli Hastaların Aileden Algıladıkları Sosyal Destek. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2009; 12(4):41-44 Erişim Adresi: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/29483> Erişim Tarihi:12.12.2017.

Demirci Şahin A, Üstü Y, Işık D, Öztaş D, Karataş Eray İ, Uğurlu M. Serebrovasküler Hastalık Geçiren Hastaların Demografik Özellikleri ve Birinci Basamak Sağlık Merkezlerinde Önlenebilir Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. Ankara Medical Journal, 2015; 15(4)196-208.

Dilbaz N. Akut inme sonrası gelişen patofizyolojik ve nöropsikiyatrik sonuçlar. Klinik Psikiyatri. 2001; 4:166-174. ErişimAdresi: https://www.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_4_3_166_174.pdf . Erişim Tarihi:16.12.2017.

Doğan, S. İnmeli Hastalarda Depresif Belirtilerin Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları AD, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. 2014. (Danışman: Doç. Dr. Merdiye Şendir).

Doğru E. İnme Hastalarında Uyluk Arkası Duyu Eğitiminin Gövde Kontrolü Ve Üst Ekstremitte Fonksiyonlarına Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2014. (Danışman: Prof. Dr. Sibel Aksu Yıldırım).

Dopkin B H. Strategies for stroke rehabilitation. The Lancet Neurology, 2004;3:528-536. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15324721> Erişim Tarihi: 16.10.2017.

Dönümcü Ş. Yaşlı ve Sosyal Hizmetler. Türkiye Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi, 2006; 52(Özel Ek A):A42-A44.

Druss RG. Hastalığın Psikolojisi Hastalıkta ve Sağlıkta Çeviren: Tüzer TT. Compossmentis Yayınları, Ankara; 1997.

Duncan P W, Zorowitz R, Bates B. Management of adult stroke rehabilitation care. A Clinical Practice Guideline. Stroke. 2005; 36:100-143. ErişimAdresi: <http://stroke.ahajournals.org/content/36/9/e100.long> Erişim Tarihi: 14.10.2017.

Duyan V. Sağlıkta Psikososyal Boyut. Tıbbi Sosyal Hizmet. 72TDFO Yayınları, Ankara; 1996 S:8-25.

Duyan V. Tıbbi Sosyal Hizmet. Sağlık ve Toplum Dergisi. 2000; 1:42-49.

Duyan V. Hastaların Karşılaştıkları Sorunlar ve Çözümleri Odağında Tıbbi Sosyal Hizmet. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2003; 25(4):39-44. Erişim Adresi:<http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/dergi.php?name1=tipfakultesi&yil=2003&cilt=25&sayi=4-Ek>. Erişim Tarihi: 20.10.2017.

Duyan V. Özgür-Sayar Ö. ve Özbulut M. Sosyal Hizmeti Tanımak ve Anlamak. Sosyal Hizmet Uzmanları ve Sosyal Hizmet Alanında Çalışanlar İçin Bir Rehber. Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Yayını, (11), Ankara; 2008

Duyan V. Sosyal Hizmet - Temelleri, Yaklaşımları, Müdahale Yöntemleri Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Yayınları, Ankara; 2012.

Engelli Bireyler Destek Veren Kurum ve Kuruluşlar. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Aile ve Tüketici Hizmetleri Modul Kitap. Ankara, 2011.

Erengin H, Dedeoğlu N. Sağlığı ölçmenin kolay bir yolu algılanan sağlık. Toplum ve Hekim. 1997; 12(77):11-16.

Erkan G. Özürlülerle sosyal hizmet uygulamaları. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi Özel Eki.25. 2003; (4):34-38. Erişim Adresi: <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/dergi.php?name1=tipfakultesi&yil=2003&cilt=25&sayi=4-Ek>. Erişim Tarihi: 25.12.2017.

Eser E. Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Sempozyum Özet Kitabı, İzmir; 2004. S:4-7.

Evans RL, Matlock AL, Bishop DS, Stranahan S, Pederson C. Family intervention after stroke: does counseling or education help? Stroke. 1988; 19(10):1243–1249. Erişim Adresi: <http://stroke.ahajournals.org/content/> Erişim Tarihi: 29.08.2017.

Eyigör S, Kirazlı Y. İnme Rehabilitasyonu. Yoğun Bakım Derneği Dergisi. 2005; 3(1):30-38.

Exel J, Koopmanschap M A, Wijngaarden J DH, Reimer W JM. Costs of stroke and stroke services: Determinants of patient costs and a comparison of costs of regular care and care organised in stroke services Cost Eff Resour Alloc. 2003;1(2). Erişim

Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC156021/> Erişim Tarihi: 21.10.2017.

Fidaner H, Elbi H, Fidaner C. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. 3P Dergisi. 1999; (Ek 2):3-66.

Fitzpatrick R. Quality of Life Measures in Health Care, Applications and Issues in Assessement BMJ 1992; 305:1074-1077. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1883623/> Erişim Tarihi: 07.01.2017.

Gabriele W, Renate S. Work Loss Following stroke. Disability And Rehabilitation. 2009; 31(18)1487-1493. Erişim Adresi: <https://doi.org/10.1080/09638280802621432> <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638280802621432> Erişim Tarihi: 17.12.2017

Garrison S J, Roth E J. İnme, Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon El Kitabı, Edt. Garrison S J. Çeviri Editorü: KavuncuV. Güneş Kitabı Evi, 2. Baskı. Ankara; 2005.

Genç Y. Engellilerin Sosyal Sorunları Ve Beklentileri. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 2015; 15 (35/2) (EK) Temmuz - Aralık: 65-92.

Giaquinto S, Sarno S, Dall'Armi V, Spiridigliozzi C. Religious and spiritual beliefs in stroke rehabilitation. Clin Exp Hypertens. 2010; 32(6):329-34. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21028994> Erişim Tarihi: 15.12.2017.

Greenwood N. Mackenzie A. Cloud G. Wilson N. Loss of autonomy, control and independence when caring: a qualitative study of informal carers of stroke survivors in the first three months after discharge. Disability and Rehabilitation. 2010; 32(2): 125-133.

Gross, J. J. Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion*, 1999; 13(5):551-573. Erişim Adresi: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.688.260&rep=rep1&type=pdf> Erişim Tarihi: 19.12.2017.

Gündüz B. İnme ve Prognozu Etkileyen Faktörler. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2006; 52(Özel Ek B)B30-B33.

Güney N. Hemiplejik Serebral Paralizili Çocuklarda Etkilenmemiş Ekstremitelerin Fiziksel Parametrelerinin İncelenmesi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tezi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Denizli; 2006 (Danışman: Doç. Dr. Uğur Cavlak).

Hacke W. european stroke initiative recommendations for stroke management the european stroke initiative executive committee and the eusi writing committee. *Cerebrovasc Dis*. 2003;16:311-337. Erişim Adresi: http://www.congrex-switzerland.com/fileadmin/files/2013/eso-stroke/pdf/EUSI2003_Cerebrovasc_Dis.pdf Erişim Tarihi: 24.12.2017.

Han B, Halley W E. Family Caregiving for Patients With Stroke Review and Analysis Beth Han, MA; 1999; 30:1478-1485. Erişim Adresi: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.563.6317&rep=rep1&type=pdf>. Erişim Tarihi: 21.10.2017.

Hafsteinsdo'ttir T B, Grypdonck M. Being a stroke patient: A review of the literature *Journal of Advanced Nursing*. 1997; (26):580-588. http://www.academia.edu/30474104/Being_a_stroke_patient_a_review_of_the_literature Erişim Tarihi: 21.10.2017.

Hakbilir O, Çete Y, Göksu E, Akyol C, Kılıçaslan İ. İnme Popülasyonun Demografik Özellikleri ve Geç Acil Servis Başvurularının Yeni Tedavi Yaklaşımları Üzerine Etkisi. *Turkish Journal of Emergency Medicine*. 2006; 6(3):132-138.

Hamzaoğlu O. Sağlık Nedir? Nasıl Tanımlanmalıdır? Toplum ve Hekim. 2010; 25(6):403-410.

Hankey G J. Social Network and Stroke Risk. Stroke. 2014; (45):2853-2854. Erişim Adresi: <http://stroke.ahajournals.org/content/45/10/2853> Erişim Tarihi: 10.10.2017.

Hartigan I, O'Connell E, McCarthy G, O'Mahony D. Academic Journals Full Length Research Papers First time stroke survivors' perceptions of their health status and their goals for recovery International Journal of Nursing and Midwifery. 2011; 3(1):22-29. Erişim Adresi: <http://www.academicjournals.org/ijnm>. Erişim Tarihi: 19.12.2017

Horgon F, Galvin R, Chris M, Cliona L, Emma-Jane M, Ryon F, Delargy M. Exploring The Factors Related To Return To Work After Stroke. Rcsı developing healthcare leaders who make a difference worldwide, Dublin; 2016.

Intercollegiate Stroke Working Party. National Clinical Guideline for Stroke. 4th Ed. Royal College of Physicians, London; 2012.

Işık E. Duygulanım Bozuklukları Depresyon ve Mani. Bogaziçi Matbaası, İstanbul; 1991.

Işık O, Kandemir A, Erişen M A, Cuma Fidan C. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2016; 19(2):171-186. Erişim Adresi: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/225560>. Erişim Tarihi: 25.12.2017.

İçağasıoğlu A. Hatice Şule Baklacioğlu H Ş, Erkan Mesci E, Yumuşakhuylyu Y, Murat Ş, Mesci N. Economic burden of stroke. Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation. 2017; 63(2):155-159. Erişim ardesi: <http://www.ftrdergisi.com/content.php?id=302> . Erişim Tarihi: 02.11.2017.

İnci F H, Bayık Temel A. İnmeli Hastaya Bakım Veren Aile Bireylerinin Gereksinimleri: Sistematik İnceleme. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2016; 3(3):28-43. ErişimAdresi: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/330440>. ErişimTarihi:20.12.2017

Jonsson A C, Lindgren I, Bjorn Hallstrom B, Norrving B, Lindgren A. Determinants of Quality of Life in Stroke Survivors and Their Informal Caregivers. Stroke is published by the American Heart Association. 2005; 36:803-808. Erişim Adresi: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.598.2956&rep=rep1&type=pdf> Erişim Tarihi: 25.12.2017.

Jung J H, Kam S C, Choi S M, Jae S U, Lee S H, Hyun J S. Sexual Dysfunction in Male Stroke Patients: Correlation Between Brain Lesions and Sexual FunctionAuthor links open overlay panel. Urology. 2008; 71(1):99-103. Erişim Adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S009042950702047X> Erişim Tarihi:19.12.2017.

Karadakovan A, Eti Aslan F. Kronik Durmlar İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F, eds. Dâhili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Nobel Tıp Kitapevleri, Adana, 2010; S: 99-111.

Karadakovan A, Eti Aslan F. Sinir Sistemi Hastalıkları İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F, eds. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Nobel Tıp Kitapevleri, Adana, 2010; S:1176-1195.

Karakurt P, Kaşıkçı M. İnmeli Bir Olgunun Yaşam Modeline Göre İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008; 11(1): 76-84.

Karataş, K. Engellilerin Toplumla Bütünleşme Sorunları, Bir Sosyal Politika Yaklaşımı. Ufkun Ötesi Bilim Dergisi, Türkiye Körler Federasyonu Yayını, Ankara, 2002; 2(2):43-55.

Karhan A Y, Koydak E. Geriatrik hemiplejik olgularda depresyon ve anksiyete düzeyi. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2013; 47(3):130-137.

Karls, JM, Wandrei K E. A new language for social work. Socialwork, 1992; 37(1):80-85. Erişim Adresi: <https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1093/sw/37.1.80>. Erişim Tarihi: 25.12.2017.

Karube N, Sasaki A, Hondoh F. Quality of life in physical and psychological health and social environment at posthospitalization period in patients with stroke. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2016; 25:2482–2487. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27363621>. Erişim Tarihi: 21.12.2017.

Kaufman A V, Kosberg J I, Leeper J D, Tang M. Social support, caregiver burden, and life satisfaction in a sample of Rural African American and White Caregivers of older persons with dementia. Journal of Gerontological Social Work. 2010; (53):251-269. Erişim Adresi: <http://sci-hub.tw/10.1080/01634370903478989>. Erişim Tarihi: 01.01.2018.

Kaya M, Küçük N. İbadetler ile hayatın anlamı ve psikolojik iyi olma arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. 2017; 42:17-44.

Keçeçi G. Makro sosyal hizmet uygulamasında kullanılan modeller, teknikler ve sosyal hizmet uzmanlarının rolleri. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2017; 28(1):187-202.

Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2007;8:271-280. Erişim Adresi: <http://toad.edam.com.tr/sites/default/files/pdf/hastalik-algisi-olcegi-toad.pdf> Erişim tarihi: 18.12.2017.

Koch L, Egbert N, Coeling H, Ayers D. Returning to work after the onset of illness: experiences of right hemisphere stroke survivors. Rehabil Couns. 2005; 48:209-218.

Erişim Adresi:<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/00343552050480040201>
Erişim Tarihi:18.11.2017.

Koç A. İnme’de günlük yaşam aktiviteleri. Gülhane Tıp Dergisi. 2012;(54):1-7.

Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form-36 (KF-36)’nın Türkçe Versiyonunun Güvenirliliği Ve Geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999;12:102-6.

Koraltan A. Eve Bağımlı Hastalara Bakım Verenlerin Genel Sağlık Algısı İle Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Araştırılması, Doğuş Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2017.(Danışman:Prof.Dr. Ülker Meral Çulha).

Korpelainen J T, Kauhanen M L, Kemola H, Malinen U, Myllylä VV. Sexual dysfunction in stroke patients. Acta Neurol Scand, 1998; 98(6):400-5. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9875618> Erişim Tarihi: 21.12.2017.

Korpelainen J.T. Nieminen P. Myllylä V. Sexual Functioning Among Stroke Patients and Their Spouses. 1999; 30:715-719. Erişim Adresi: <http://stroke.ahajournals.org/content/30/4/715/tab-article-info>. Erişim Tarihi. 4.12. 2017

Krysik J L, Finn J E. Etkili Uygulama İçin Sosyal Hizmet Araştırması. Nika Yayınevi, Ankara, 2015.

Kulaksızoğlu I B. Nörolojik hastalıkların psikiyatrik yansımaları. İÜ İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, 2009. Erişim Adresi: <http://www.itfnoroloji.org/psikiyatrik/Psikiyatrik.htm>. Erişim Tarihi: 23.12.2017.

Kulaksızoğlu A, Dılmaç B. İnsani değerler eğitimi programı. M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 2000; 12:199-208.

Kumral K, Kumral E. Santral Sinir Sisteminin Damarsal Hastalıkları. Serebral dolaşımın fizyolojisi ve fizyopatolojisi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları No:72, 1993; 3:25-27.

Kutluk K. İskemik İnme. Bölüm 1. İçinde: Kutluk K, İskemik İnme. edc. Nobel Tıp Kitap Evi, İstanbul; 2004. S:1-75

Kuzu Z. İnme Özelliklerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji A.D. Uzmanlık Tezi, İzmir, 2015. (Danışman: Prof. Dr. Mustafa Kürşad Kutluk ; Prof. Dr. Görsev Yener).

Li X, Xia X, Wang P, Zhang S, Liu M, Wang L. Needs and rights awareness of stroke survivors and caregivers: a cross-sectional, single-centre questionnaire survey BMJ7. 2017; (10):e013210. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5640053/> Erişim Tarihi: 20.12.2017.

Lock S, Jordan L, Bryan K, Maxim J. Work after stroke: focusing on barriers and enablers. Disability & Society. 2005; 20(1):33-47. Erişim Adresi: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0968759042000283629?src=recsys> <https://doi.org/10.1080/0968759042000283629> Erişim Tarihi: 18.12.2017

Luker J, Murray C, Lynch E, Bernhardsson S, Shannon M, Bernhardt J. Carers' experiences, needs, and preferences during inpatient stroke rehabilitation: A systematic review of qualitative studies. Archives of physical medicine and rehabilitation. 2017; 98(9):1852-1862. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28363703> Erişim Tarihi: 19.12.2017

Lutz B J, Young M E, Cox K J, Martz C, Creasy K R. The crisis of stroke: experiences of patients and their family caregivers. Topics in Stroke Rehabilitation, 2011; 18(6):1-16. Erişim Adresi: <http://doi.org.https.sci-hub.tw/10.1310/tsr1806-786> Erişim Tarihi: 21.12.2017

Lynch E B, Butt Z, Heinemann A, Victorson D, Nowinski C J, Perez L, Cella D. A qualitative study of quality of life after stroke: The importance of social relationships. Rehabil Med. 2008; 40(7):518-23. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3869390/> Erişim Tarihi: 20.12.2017.

Mackenzie A, Perry L, Lockhart E, Cottee M, Cloud G, Man H, Perry L, Lockhart E, Cottee M, Cloud G, Man H. Family carers of stroke survivors: needs, knowledge, satisfaction and competence in caring. Journal Disability and Rehabilitation. 2007; 29(2):111-121. Erişim Tarihi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17364762> Erişim Adresi: 12.12.2017.

Meadows, S. The Child As Social Person. Newyork. Routhledge, 2010.

Mete H E. Kronik hastalık ve depresyon. Klinik Psikiyatri. 2008; 11(Ek3):3-18. Erişim Adresi: https://www.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_11_70_3_18.pdf Erişim Tarihi: 16.12.2017.

Miller R M. Konuşma, Dil, Yutma ve İşitsel Rehabilitasyon. İçinde: Delisa J. A. eds. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon İlkeler Uygulamalar. Çeviren: Altay Z E, Arasıl T. 4. Baskı, Güneş Kitabevi, İzmir; 2007.

Mollaoğlu M, zkan Tuncay F, Kars Fertelli T. İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yükü Ve Etkileyen Faktörler Mukadder. DEUHYO Dergisi. 2011; 4(3):125-130. Erişim Adresi: http://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/12345/4595/125-130_mollaoglu.pdf?sequence=1&isAllowed=y Erişim Tarihi: 21.12.2017.

Monga T N, Lawson J S, Inglis J. Sexual dysfunction in stroke patients. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 1986; 67(1): 19–22 Erişim Adresi: [http://www.archives-pmr.org/article/0003-9993\(86\)90488-0/pdf](http://www.archives-pmr.org/article/0003-9993(86)90488-0/pdf) Erişim Tarihi: 02.01.2018.

Moon L, Moïse P, Jacobzone P. Stroke Care in OECD Countries :A Comparison of Treatment, Costs and Outcomes in 17 Countries. OECD Health Working Papers. 2003.

Mukherjee D, Levin R L, Heller W. The cognitive, emotional, and social sequelae of stroke: Psychological and ethical concerns in post-stroke adaptation. Topics in Stroke Rehabilitation. 2006; 13(4):26-35. Erişim Adresi: https://www.researchgate.net/profile/Rebecca_Silton/publication/6714932_The_Cognitive_Emotional_and_Social_Sequelae_of_Stroke_Psychological_and_Ethical_Concerns_in_Post-Stroke_Adaptation/links/59080b8caca272116d3cb9a2/The-Cognitive-Emotional-and-Social-Sequelae-of-Stroke-Psychological-and-Ethical-Concerns-in-Post-Stroke-Adaptation.pdf Erişim Tarihi: 22.10.2017.

McCullagh E, Brigstocke G, Donaldson N, Kalra L. Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients, Stroke. 2005; 36:2181-2186. Erişim Adresi: <http://www.strokeaha.org>. Erişim Tarihi: 10.19.2017.

Nakamura K, Barzi F, Lam TH, Huxley R, Feigin VL, Ueshima H, Woo J, Gu D, Ohkubo T, Lawes CM, Suh I, Woodward M. Asia Pacific Cohort Studies Collaboration. Cigarette smoking, systolic blood pressure, and cardiovascular diseases in the Asia-Pacific region. Stroke. 2008; 39(6):1661-1694. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18323508> Erişim Tarihi: 15.09.2017.

New Zealand Clinical Guidelines for Stroke Management. Stroke Foundation of New Zealand, Wellington 6160, New Zealand; 2010.

Nilsson M I, Fugl-Meyer K, Von Koch L, Ytterberg C. Experiences of sexuality six years after stroke: A qualitative study. J Sex Med. 2017; 14(6):797–803. Erişim Adresi: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.04.061> Erişim Tarihi:19.12.2017

Northcott S, Hilari K. Why do people lose their friends after a stroke? International Journal of Language & Communication Disorders. 2011; 46(5):524-34. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21899670> Erişim Tarihi: 12.11.2017

Okoye U O, Asa, S S. Caregiving and stress: Experience of people taking care of elderly relations in South-eastern Nigeria. Arts and Social Sciences Journal. 2011; 2(1):29-31. Erişim Adresi: <http://astonjournals.com/assj> Erişim Tarihi: 20.11.2017.

Okuyuz Ü H. Yaşam Kalitesi: Genel Bir Bakış. İçinde: Sayıl I, eds. Bireyden Topluma Ruh Sağlığı. Erler Matbabası, İstanbul; 2004.

Omu O, Reynolds F. Religious faith and self-efficacy among stroke patients in Kuwait: health professionals' views. Abstract Disabil Rehabil. 2014; 36(18):1529-35. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24564360>. Erişim Tarihi: 15.12.2017.

Quintino F L, Franco J, Machado Gusmão A F, De Sousa Silva P F, De Morais Faria C D C. Trunk flexor and extensor muscle performance in chronic stroke patients: a case-control study Brazilian Journal of Physical Therapy. No:7 2017; 1-7.Erişim Adresi: https://pdfs.semanticscholar.org/5ed4/8191a88bea2e834c1b1dc46fc689bf154778.pdf?_ga=2.221001183.631555262.1519915130-361324765.1519915130 Erişim Tarihi. 12. 12. 2017.

Overvold J A, Weaver A J, Flannelly K J, Koenig H G. A study of religion, ministry, and meaning in caregiving among health professionals in an institutional setting in New York City. The Joutnol of Patoral Care and Conseling. 2005; 59(3):225-236. Erişim adresi: <http://healthcarechaplaincy.org/userimages/a-study-of-religion-among-health-pros-in-NYC.pdf>. Erişim Tarihi: 11.12.2017.

Öksüz E. Malhan S. Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri. Başkent Üniversitesi Yayınları, Ankara; 2005.

Özbesler C, İçağasioğlu oban A. Hastane Ortamında Sosyal Hizmet Uygulamaları (Ankara Örneği).Toplum ve Sosyal Hizmet. 2010; 21(2):31-46.

Özbesler C, ve Bulut I. Sosyal hizmette genelci yaklaşım ve ekolojik perspektif. İçinde: Acar H, Negiz N, Akman E, Sosyal Politika ve Kamu Yönetimi Bileşenleriyle Sosyal Hizmet Temelleri ve Uygulama Alanları, Maya Akademi, Ankara; 2013 S: 97-107.

Özdemir, B. Bipolar Afektif Bozuklukları. İçinde: Özşahin A eds Kıta'da Psikiyatri Uygulamaları, eds. GATF Psikiyatri A.B.D. Başkanlığı Yayınları, Ankara; 2009; S:35:43.

Özdemir U. Türkiye'de Psikiyatrik Sosyal Hizmet. Aydınlar Matbaası, Ankara; 2004.

Özeren A. Bölüm 9. Bilişsel ve Davranışsal Sendromlar, İçinde: Kutluk K, eds. İskemik İnme. Nobel Kitabevi, İstanbul; 2004. S: 90-105.

ÖzerTürk S. Kalp Yetersizliğinde Aile/Bakım Verici Yükü. Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2010; 1(1):3-7. Erişim Adresi: http://www.journalagent.com/kvhd/pdfs/KVHD_1_1_3_7.pdf Erişim Tarihi:20.12.2017.

Özmaden Hantal A, Doğu B, Büyükavcı R, Kuran B. İnme Etki Ölçeği 3,0: Türk Toplumundaki İnmeli Hastalarda Güvenilirlik ve Geçerlilik alışması. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2014: 60:106-16.

Özmete E. Aile Yaşam Kalitesi Dinamikleri: Aile iletişimi, Ebeveyn Sorumlulukları, Duygusal, Duygusal Refah, Fiziksel/Materyal Refahın Algılanması. The Journal of International Social Research. 2010: 3(11):455-466. Erişim Adresi: www.sosyalarastirmalar.com/cilt3/sayi11pdf/ozmete_emine.pdf Erişim Tarihi: 04.11.2017.

Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği. Ankara; 1997.

Öztürk Y, Soy D, Öztürk M, Mutluay B, Altunkaynak Y, Sözmen V, Baybaş S. İnmeden Bir Yıl Sonraki Yaşam Kalitesi ve Fonksiyonel Bağımsızlığın Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam*, 2002; 15(2):17-121.

Padberg I, Knispel P, Zöllner S, Sieveking M, Schneider A, Steinbrink J, Heuschmann P U, Wellwood L, Meisel A. Social work after stroke: identifying demand for support by recording stroke patients' and carers' needs in different phases after stroke. *BMC Neurology*, 2016; 16:111. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4955160/>. Erişim Tarihi: 28.11.2017.

Patel M D, Tilling K, Lawrence E, Rudd A G, Wolfe C D A, McKeivitt C. Relationships between long-term stroke disability, handicap and health-related quality of life. *Age and Ageing*. 2006; 35(3): 273–279 Erişim Adresi: <https://doi.org/10.1093/ageing/afj074> Erişim Tarihi:18.12.2017.

Pesantes M A, Brandt L R, Ipince A, Miranda J, Canseco F D. An exploration into caring for a stroke-survivor in Lima, Peru: Emotional impact, stress factors, coping mechanisms and unmet needs of informal caregivers. *Neurological Sci*. 2017; (6):33-50. Erişim Adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405650216300363#t0005> Erişim Tarihi: 21.12.2017.

Pierce L L, Thompson T L, Govoni A L, Steiner V. Caregivers' incongruence: emotional strain in caring for persons with stroke. *Rehabilitation Nurs*. 2012; 37(5): 258-266. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22949279> Erişim Tarihi: 21.12.2017.

Saeki S, Ogata H, Okuba T, Takahashi K, Hashuyama T. Factors İnfluencing Return To Work After stroke İn Japan. *Stroke*, 1993; 24(8):1182–1185. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8342194> Erişim Tarihi: 23.12.2017.

Safaz İ, Tok F, Türk H, Cicos P, Alaca R. İnmeli hastalarda çevresel engeller ve toplumsal entegrasyon. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi. 2009; 12:81-84.

Sağlam Z, Koç Z, Çınarlı T, Korkmaz M. Altmış beş yaş ve üzeri bireylere bakım veren hasta yakınlarının bakım verme yükü ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Samsun sağlık bilimleri dergisi arşiv, 2013; 1(2):40-60.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. T. C. Sağlık bakanlığı temel sağlık hizmetleri genel müdürlüğü yayınları, Anıl Matbaacılık, Yayın No 814. Ankara; 2011.

Sağlık Bakanlığı Mevzuatı Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi. Yayın Tarihi: 16.2.2011. Sayı: B.10.0.THG.0.58.00.01.020.

Sarı Ö. Sosyal boyutlarıyla kronik böbrek yetmezliği (KBY). BEU.SBE Dergisi, 2015; 4(2).s:71-79. ErişimAdresi: <http://agris.fao.org/agris-search/search.do?recordID=TR2016017227> . Erişim Tarihi: 13.12.2017.

Satink T, Cup E H, Illott I, Judith Prins J, Swart B J, Maria W, Sanden N. Patients' Views on the Impact of Stroke on Their Roles and Self: A Thematic Synthesis of Qualitative Studies Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2013; 94:1171-1183. Erişim adresi: [http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(13\)00032-4/pdf](http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(13)00032-4/pdf) Erişim Tarihi: 06.11.2017.

Scheffold K, Mehnert A, Müller V, Koch U, Härter M, ve Vehling S. Sources of meaning in cancer patients–Influences on global meaning, anxiety and depression in a longitudinal study. European Journal of Cancer Care, 2014; 23(4): 472-480. Erişim Adresi: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ecc.12152/full> Erişim Tarihi: 15.12.2017.

Sezer S. Yaşamın anlamı konusuna kuramsal ve psikometrik çalışmalar açısından bir bakış. Ankara üniversitesi eğitim bilimleri fakültesi dergisi, 2012; 45(1):209-227. Erişim Adresi: <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/40/1631/17482.pdf> Erişim Tarihi: 15.12.2017.

Simonelli C, Tripodi F, Rossi R, Fabrizi A, Lembo D, Cosmi V, Pierleoni L. The influence of caregiver burden on sexual intimacy and marital satisfaction in couples with an Alzheimer spouse. Blackwell Publishing Ltd Int J Clin Pract, 2007; 62(1): 47–52. Erişim Adresi: <http://sci-hub.tw/10.1111/j.1742-1241.2007.01506.x> Erişim Tarihi: 20.12.2017.

Siporin, M. Ecological Systems Theory in Social Work. The Journal of Sociology & Social Welfare, 1980; 7(4):506-532. Erişim Adresi: <https://pdfs.semanticscholar.org/5d85/57d1251b9e4d757f02cef4de772928878cfd.pdf> . Erişim Tarihi:25.11.2017.

Sit J, Wong T, Clinton M, Li L, Fong Y. Stroke care in the home: The impact of social support on the general health of family caregivers. Journal of Clinical Nursing. 2004; 13:816–824. Erişim Adresi: <http://sci-hub.tw/10.1111/j.1365-2702.2004.00943.x> Erişim Tarihi 21.12.2017

Soyuer F, Soyuer A. Motor impairment and disability with relation to age and lesion location. Journal of Neurological Sciences, 2005; 22(1):43-49. ErişimAdresi: . <http://jns.dergisi.org/text.php?&id=7> Erişim Tarihi: 23.12.2017.

Soyuer F. Soyuer A. Kronik Dönem İnme Hastalarında Depresyon ve İşlevsel Sonuç Arasındaki İlişki. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2007; 14(3): 167-170. Erişim Adresi: www.totmdergisi.org/articles/2007/volume14/issue3/2007_14_3_5.pdf Erişim Tarihi: 07.06.2017.

Sönmez S. Şizofreni Hastalarında Psikoeğitim Grup Çalışmasının Pozitif-Negatif Belirtileri, Sosyal İşlevsellik, Yeti Yitimi, İç Görü ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Araştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi, 2009, İstanbul. (Danışman: Dr. Ayla Yazıcı).

State of The Nation Stroke statistick. Stroke Org.uk. England and Walse, 2016.

Stinear C M, Byblow W D, Ward S H. An update on predicting motor recovery after stroke. AnnPhysRehabilMed, 2014; 57(8):489-98 ErişimAdresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25200094> Erişim Tarihi: 19.12.2017.

Stroke Association Emotional changes after stroke. Produced by the Stroke Association's Information Service; England and Walse; 2012.

Stroke Association. Feeling overwhelmed. The emotional impact of stroke. Life After Stroke Campaign Report, England and Walse; 2013.

Stroke Association. Sex after stroke. Produced by the Stroke Association's Information Service; England and Walse; 2017.

şahin F. Sosyal Hizmet Uzmanlarının Sosyal Refah Politikası Sreçlerine Katılımı. Aydınlar Matbaası. Ankara; 2000.

şaka N. Hemipleji Hastalarında Denetim Odağı Ve Stres İle Başağıkma Yolları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Haliç niversitesi sosyal bilimler enstitüsü Psikoloji A.B.D. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Zehra Banu Saymer)

şenocak , El , Söylev G , Avcılar S, Peker . İnme Sonrasında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Türkiye Journal of Neurological Sciences [Turkish]. 2008; 25:(3)15:169-175. Erişim Adersi: http://jns.dergisi.org/pdf/pdf_JNS_229.pdf Erişim Tarihi: 12.10.2017.

Şirzai H, Ünsal Delialioğlu S, Sarı İ F, Özel S. İnme ve Bakım Verme Yükü. FTR Bilim Dergisi. 2015; (18) :162-169. Erişim Adresi: http://www.jpms.org/uploads/pdf_PMJ_547.pdf Erişim Tarihi: 21.12.2017.

Şişman Y. Türkiye’de özürllere yönelik yasal düzenlemeler. Sosyal Siyaset Konferansları, 2011; (60)1: 169–221. Erişim Adresi: <http://www.iudergi.com/tr/index.php/sosyalsiyaset>. Erişim Tarihi: 5.03.2018

Teasell R W, McRae M P, Finestone H M. Social Issues in the Rehabilitation of Younger Stroke Patients. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 2000; 81(2):205–209. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10668776> Erişim Tarihi: 12.11.2017.

Tuna M. Olgun N. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda algılanan sosyal desteğin rolü aile içi ilişkiler. Hacettepe Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2010; 41-52 Erişim Adresi: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/88525> Erişim Tarihi: 20.12.2017.

Turan N. Birey ve Aileler ile Sosyal Hizmet. Duyan V, edc. Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi Yayını, No.21, Ankara; 2012.

Türkiye Kent Sağlık Göstergeleri Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği. Rota Barışçı Matbaacılık. Bursa; 2013.

T.C Resmi Gazete, Özürllüler kanunu, Kabul tarihi: 1.7.2005. Kanun No: 5378.

T.C. Resmi Gazete, Belediye Kanunu Kabul Tarihi: 3.7.2005. Kanun No: 5393.

T.C. Resmi Gazete, Özürllülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürllülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Yönetmeliği 30.03. 2013. Sayı No: 28603.

Thornicroft G. Toplumun Red Ettiği Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Karşı Ayrımcılık. Çeviren: Soygür H. Mavi At Kafe Yayınları, Ankara:2014.

Ue B. Social Work and the Stroke Patient. Clinical Orthopaedics and Related Research 1978; (131):101-103. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/657605> Erişim Tarihi. 12.11.2017.

Uslu M, Özgür G, Babacan Gümüş A. İnme tanılı hastaların depresyon düzeyleri ve etki eden faktörler. Atatürk üniversitesi hemşirelik yüksekokulu dergisi, 2008; 11(1):7-15 Erişim Adresi: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/29391> Erişim Tarihi: 02.01.2018.

Uzuner N, Kutluk K, Balkan S. I. Birincil Koruma (Değiştirilebilir Risk Faktörleri), Hipertansiyon, İçinde: Uzuner N, Kutluk K, Balkan S, edc. İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Türk Beyin ve Damar Hastalıkları Derneği Yayınları. İstanbul; 2008. S:13-14.

Uzuner N, Kutluk K, Balkan S. İnme Sonrası, Depresyon İçinde: Uzuner N, Kutluk K, Balkan S, edc. İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Türk Beyin ve Damar Hastalıkları Derneği Yayınları. İstanbul; 2008. S:122-123.

Ünal B, Ergör G, Horasan G, Kalaça S, Sözmen K. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması, Sağlık bakanlığı halk sağlığı kurumu. 2013; (1)-353. Erişim Adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf> Erişim Tarihi: 25.12.2017.

Visser-Meily A, Post M, Gorter I W, Berlekom S B, Van Den Boss T, Lindeman E. Rehabilitation of stroke patients needs a family-centred approach, Disability and Rehabilitation, 2006; 30; 28:24:1557-1561. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17178619> Erişim Tarihi: 12.12.2017.

Wade D T, Hewer R L. Functional abilities after stroke: measurement, natural history and prognosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 1987; 50:177-182. Erişim Adresi: <http://jnnp.bmj.com/content/jnnp/50/2/177.full.pdf> Erişim Tarihi: 13.11.2017.

Wahl O. Dünya ruh sağlığı federasyonu ruh hastalığı damgası ve çalışma yaşamı. Şizofreni yazıları. Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği Yayınları. Ankara, 2000; 1(4):19-22.

Westerlind E., Persson H C, Sunnerhagen K S. Return to Work after a Stroke in Working Age Persons; A Six-Year Follow Up. *Plos One*. 2017;1-12. Erişim Adersi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169759>. Erişim Tarihi: 18.09.2017.

White C. Mayo N. Hanley J. Wood-Dauphinee S. Evolution of the caregiving experience in the initial 2 years following stroke. *Research in Nursing and Health*. 2003; 26(3):177–189. Erişim Adersi: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.10084/abstract> Erişim Tarihi: 14.10.2017

WHO. Dünya Engellilik Raporu Yönetici Özeti. Who Pres. Cenevre; 2011.

Wise F M, Harris D W, Olver J H, Davis S M, Disler P B. Acute Predictors of Social Integration Following Mild Stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2017; 27(4):1025-1032 Erişim Adresi: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis>. Erişim Tarihi: 11.11.2017.

Wolfenden B, Grace M. Returning to work after stroke: a review. *International Journal of Rehabilitation Research* 2008; 32(2): 92-95 Erişim Adresi: <https://pdfs.semanticscholar.org/6db5/2972b1dba288385351e787eac9a984f155c7> . Erişim Tarihi:20.09.2017.

Yalın A, Oral N, Gökler I, Yılmaz B. Aile terapisi. İçinde: Soykan A. Işık-Taner Y, eds. Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları: Golden Print, İstanbul; 2007. S: 917-932.

Yalın H. İnme Sonrası Hastaların Fonksiyonel Durum Engelilik ve yaşam kalitesi.T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. Hemşirelik esaslarıAnabilim Dalı. İstanbul. 2011. (Danışman Prf. Dr. Necmiye Sabuncu).

Yalom, I D. Varoloşçu Psikoterapi. Kabalıcı Yayınevi, Ankara; 2001.

Yavuzer G, Ergin S. Rehabilitasyon Ne Demek? Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi. 2006; 9(3):95-97.

Yeşil T, Çetinkaya Uslusoy E, Korkmaz M. Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Gümüşhane üniversitesi sağlık bilimleri dergisi. 2016; 5(4):54-66. Erişim Adresi: http://sbd.gumushane.edu.tr/media/uploads/sbd/articles/5.4.a.368_1.pdf Erişim Tarihi: 20.12.2017.

Yeşilyurt S. Toplumda Yaşayan Kronik Hemiplejik Hastalarda Üst Ekstremitte Fonksiyonları ve Gövde Kontrolü İle Düşme, Düşme Korkusu, Denge ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2010, Konya (Danışman: Doç. Dr. Funda Levendoğlu).

Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri, 10.Baskı. Seçkin Yayıncılık. Ankara; 2016.

Yıldırım S, Engin E, Başkaya V A. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerin Yükü ve Yükü Etkileyen Faktörler. Nöropsikiyatri Arşivi, 2013; 50 :169-174. Erişim Adresi: <http://www.noropsikiyatriarsivi.com/sayilar/416/buyuk/169-174.pdf>. Erişim Tarihi: 11.12.2017.

Yozbatıran N. Rehabilitasyon. Bölüm 20. İçinde: Kutluk K, İskemik İnme. edc. Nobel Tıp Kitap Evi, İstanbul; 2004. S: 75-90.

Zengin O.(2011). Sosyal hizmetin sağlık hizmetlerinin sunumundaki rolü. Konuralp Tıp Dergisi, 2011; 3(3): 29-34. Erişim Adresi: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/108040> Erişim Tarihi: 25.12.2017.

EKLER

EK1: Soru Formları

İNME Lİ HASTA İÇİN TANITICI BİLGİ FORMU

Merhaba, bu çalışmanın amacı inmeli hasta ve hastaya bakım verenlerin inmeden sonra yaşam kalitesini etkileyen sorun alanlarının hasta ve hastaya bakım verenlerin kişisel yaşantı deneyimlerinden yola çıkarak ifade ettikleri biçimde belirlenmesidir. Bu amaçla yapılacak olan çalışmamızda siz değerli katılımcıları daha yakından tanımamıza yardımcı olacak olan aşağıdaki formu doldurmanızı rica ederiz. Zaman ayırdığınız için teşekkürler.

Araştırmacı
Sosyal Hizmet Uzmanı
Filiz ER

1. **Doğum tarihiniz** :
2. **Cinsiyetiniz** :
a) Kadın b)Erkek
3. **Medeni durumunuz** :
a) Evli b) Bekâr c) Boşanmış d) Dul e) Ayrı yaşıyor
4. **Çocuk sayınız** :
a) Yok b) 1-2 c) 3-4 d) 5 ve üstü
5. **Eğitim durumunuz** :
a) Okuryazar değil b) Okuryazar
c) İlkokul mezunu d) Ortaokul mezunu
e) Lise mezunu f) Yüksekokul/üniversite mezun
g) Lisansüstü öğrenim
6. **Mesleğiniz** :

- a) İşçi b) Memur c) Emekli d) Serbest meslek
e) Ev hanımı f) Diğer.....

7. Aylık geliriniz ne kadardır?

- a) 0-1300 TL arası b) 1301 -3000 TL arası
c) 3000-5000 TL arası d) 5001 ve üstü

8. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız.

- a) Geliri giderinden az b) Geliri giderine eşit c) Gelir giderinden fazla

9. Sosyal güvencesi :

- a) Var b) Yok

10. Hastalık süresi:yıl (.....ay)

11. İnme tipi?

- a) İskemik (Pıhtı) b) Hemorajik (Kanama)

12. İnme Beynin Hangi Tarafını etkiledi?

- a) Sol b) Sağ

13. İnmeden sonra size en çok desteği kimler veriyor?

- a) Aile üyeleri b) Akrabalar c) Komşu d) Bakımevi
e) Hekim f) Hemşire g) Destek almıyorum
h) Diğer (Açıklayınız.....)

İNME Lİ HASTA İÇİN HASTALIK SONRASI YAŞAM KALİTELERİNİ ETKİLEN SORUN ALANLARINA YÖNELİK YARI YAPILANDIRILMIŞ SORU FORMU

1. Genel olarak sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?
2. İlk inme geçirdiğiniz zamanla son 2 haftalık dönemdeki sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
3. Son iki haftalık dönemde sizi en çok rahatsız eden fiziksel sağlık sorunlarınız nelerdir?
4. Sağlık durumunuz günlük aktivitelerinizi nasıl etkilediğini açıklar mısınız?
5. Sağlık durumunuz çalışma yaşantınız da ki aktivitelerinizi ve ekonomik durumunuzu nasıl etkilediğini açıklar mısınız?
6. İnme den sonra ruhsal ve duygusal durumunuzda nasıl değişiklikler olduğunu açıklar mısınız?
7. İnmeden sonra aile içi ilişkilerinizde nasıl değişiklikler olduğunu açıklar mısınız?
8. İnmeden sonra çevrenizdeki insanlarla olan ilişkilerinizde nasıl değişiklikler olduğunu açıklar mısınız?
9. İnmeden sonra toplumsal hayatta ne gibi sorunlar yaşadığınızı açıklar mısınız?
10. İnmeden sonra hayatınızdaki amaçlarınız, hayatınızın anlamı ve değerlerinizde ne gibi değişiklikler oldu açıklar mısınız?
11. Siz bu araştırmayı yapıyor olsaydınız başka neler sorardınız.

Not: Araştırma için hazırlanan sorular İnme Etki Ölçeği 0,3 ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form 36 literatüründe yer alan ölçeklerin alt boyutları referans alınarak hazırlanmıştır.

BAKIM VEREN BİREY İÇİN TANITICI BİLGİ FORMU

Merhaba, bu çalışmanın amacı inmeli hasta ve hastaya bakım verenlerin inmeden sonra yaşam kalitesini etkileyen sorun alanlarının hasta ve hastaya bakım verenlerin kişisel yaşantı deneyimlerinden yola çıkarak ifade ettikleri biçimde belirlenmesidir. Bu amaçla yapılacak olan çalışmamızda siz değerli katılımcıları daha yakından tanımamıza yardımcı olacak olan aşağıdaki formu doldurmanızı rica ederiz. Vermiş olduğunuz bilgiler çok değerlidir ve bilimsel çalışma dışında kullanılmayacağından ve kimlik bilgileriniz gizli olacağından emin olabilirsiniz. Zaman ayırdığınız için teşekkürler.

Araştırmacı
Sosyal Hizmet Uzmanı
Filiz ER

1. Doğum tarihiniz :

2. Cinsiyetiniz :

a) Kadın b)Erkek

3. Medeni durumunuz: :

a) Evli b) Bekâr c) Boşanmış d) Dul e) Ayrı yaşıyor

4. Çocuk sayınız :

a) Yok b) 1-2 c) 3-4 d) 5 ve üstü

5. Eğitim durumunuz :

a) Okuryazar değil b)Okuryazar c) İlkokul mezunu
d)Ortaokul mezunu e) Lise mezunu f)Yüksekokul/üniversite mezun
e)Lisansüstü öğrenim

6. Mesleğiniz :

- a) İşçi b) Memur c) Emekli d) Serbest meslek e) Ev hanımı
f) Diğer.....

7. Ekonomik durumunuz :

- a) Geliri giderinden az b) Geliri giderine eşit c) Gelir giderinden fazla

8. Hastaya yakınlık dereceniz :

- a) Eş b) Çocuk c) Anne/Baba d)Akraba e) Yakını değilim

9. Hastayla birlikte yaşama durumunuz :

- a) Hastayla birlikte yaşıyorum b) Hastayla birlikte yaşamıyorum

10. Hastanıza bakım verme süreniz :

11. Evde hastanız dışında bakım verdiğiniz biri var mı?

- a) 0-6 yaş arası çocuğum b) Engelli çocuğum
c) Engelli başka bir yakınım (anne-baba) d) Eşimin ya da benim anne/babam

12. Hastanızla ilgili olarak size en çok kimlerden destek alıyorsunuz?

- a) Aile üyeleri b) Akrabalar c) Komşu d) Bakımevi
e)Hekim f) Hemşire g) Destek almıyorum
e) Diğer (Açıklayınız.....)

13. Bakım vermede hangi konularda yardım alıyorsunuz?

- a) Bilgi desteği b) Maddi yardım
c) Bakım desteği d)Psikolojik/duygusal destek

14. Bakım vermede zorlandığımız alanlar:

- a) Beslenme b) Giyinme c) Hareket ettirme d)Tuvalet
e)Temizlik f) Pozisyon değiştirme g) İletişim

BAKIM VEREN BİREY İÇİN HASTALIK SONRASI YAŞAM KALİTELERİNİ ETKİLEN SORUN ALANLARINA YÖNELİK YARI YAPILANDIRILMIŞ SORU FORMU

1. Genel olarak hastanızın sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?

- Genel olarak kendi sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Hastanızın ilk inme geçirdiği zaman ile son 2 haftalık dönemdeki sağlık durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

2. Son 2 haftalık dönemde hastanızı en çok rahatsız eden fiziksel sağlık sorunları nelerdir?

3. Hastanızın sağlık durumunun sizin aktivitelerini nasıl etkilediğini açıklar mısınız?

4. Hastanızın sağlık durumu sizin ve hastanızın çalışma yaşantısı aktivitelerini ve ekonomik durumunuzu nasıl etkilediğini açıklar mısınız?

5. İnme den sonra hastanızın ruhsal ve duygusal durumunda nasıl değişiklikler olduğunu açıklar mısınız?

- İnmeden sonra sizin ruhsal ve duygusal durumunuzda nasıl değişiklikler olduğunu açıklar mısınız?

6. İnmeden sonra hastanızın aile üyeleri ile ilişkilerinde nasıl değişiklikler olduğunu açıklar mısınız?

- İnmeden sonra sizin hastanızla ve diğer aile üyeleri ile ilişkilerinizde nasıl değişiklikler oldu.

7. İnmeden sonra hastanızın çevrenizdeki insanlarla olan ilişkilerinde nasıl değişiklikler olduğunu açıklar mısınız?

- İnmeden sonra sizin çevrenizdeki insanlarla ilişkilerinizde nasıl değişiklikler oldu?

8. İnmeden sonra hastanızın toplumsal hayatta ne gibi sorunlar yaşadığınızı açıklar mısınız?

9. İnmeden sonra hastanızın hayatındaki amaçları, hayatın anlamı ve değerlerinde ne gibi değişikler oldu açıklar mısınız?

- İnmeden sonra sizin hayatınızdaki amaçlarınız, hayatın anlamı ve değerlerinizde ne gibi değişikler oldu açıklar mısınız?

10. Varsa çocuklarınızın bu süreçten nasıl etkilendiğini anlatır mısınız?

11. Siz bu araştırmayı yapıyor olsaydınız başka neler sorardınız?



EK 2: UYGULAMA İZİN BELGELERİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 27/09/2017-E.74587



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 72239042-302.14.03-
Konu : Tez Uygulama İzni Formu (Filiz ER)

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Danışmanı Yrd. Doç. Dr. Şeyda YILDIRIM olan Anabilim Dalımız Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Filiz ER'in Tez Uygulama İzni Formu ekte olup, bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Fatih ŞAHİN
Anabilim Dalı Başkanı

Ek: Tez Uygulama İzni Formu (Filiz ER) (18 sayfa)

Adres: Tıp Fakültesi Dekanlığı Zemin Kat Uncubozköy Kampüsü Manisa
Telefon: (0 236) 2360989 Faks: (0 236) 2382158
E-Posta: saglik.sosyal@cbu.edu.tr Elektronik Ağ: saglikbe.cbu.edu.tr

Bilgi için: Sevda Coşkun
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.
Bu belge; 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği
Kurulu

Sayı : -050.01.04-
Konu : Şeyda YILDIRIM-(14.06.2017 tarih ve
E. 25495 numarasıyla evrak kayda giren
Etik Kurul Başvurunuz)hk-

Sayın Yrd. Doç. Dr. Şeyda YILDIRIM

İlgi : 13/06/2017 tarihli ve 25495 sayılı yazı.

Başvurunuz Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'nun
12.07.2017 tarih ve 2017/3 sayılı toplantısında görüşülmüş olup, **araştırmanın etik yönden
uygunluğuna karar verilmiştir.**
Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Muzaffer TEPEKAYA
Kurul Başkanı

Ek: 8-Nolu Karar (1 sayfa)



Evrak Tarih ve Sayısı: 03/10/2017-E.32008



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 28233352-302.14.06-
Konu : Filiz Er'in tez çalışması uygulama izni
Hak.

BURSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ EĞİTİM BİRİMİ
İLKER ÇELİKCAN FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON HASTANESİ

İlgi : 27/09/2017 tarihli ve 72239042-302.14.03-E.74587 sayılı yazı.

Enstitümüz Sosyal Hizmet Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı 161358007 numaralı öğrencisi Filiz ER'in "İnmeli Hasta ve Bakım Verenlerin İnmeden Sonra Yaşam Kalitesini Ekleyen Sorun Alanlarının Belirlenmesi-Bursa Örneği" konulu tez çalışması uygulamasını Bursa Çelikcan Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesinde yapabilmesi için gerekli iznin verilmesini arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ
Enstitü Müdürü

Ek: Tez Uygulama İzni Formu (Filiz ER) (19 sayfa)

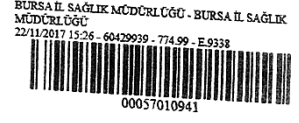
Evrakı Doğrulamak İçin : <https://dogrulama.cbu.edu.tr/envision.sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BENN44S1A>

Adres:Tıp Fakültesi Dekanlığı Zemin Kat Uncubozköy Kampüsü Manisa
Telefon:(0 236) 2360989 Faks:(0 236) 2382158
E-Posta:saglik.sekreterlik@cbu.edu.tr Elektronik Ağ:saglikbe.cbu.edu.tr

Bilgi İçin: Bilal Sekin
Unvan: Bilgisayar İşletmeni
Tel No: 02362360989



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır



T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 60429939-774.99
Konu : Filiz ER'in Yüksek Lisans Tezi
Araştırma İzni

VALİLİK MAKAMINA

Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun 19.06.2013 tarih ve 95796091/010/4683 sayılı yazısına istinaden; Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Filiz ER'in (Yüksek Lisans Tezi) "İnmeli Hasta ve Bakım Verenlerin İnmeden Sonra Yaşam Kalitesini Etkileyen Sorun Alanlarının Belirlenmesi-Bursa Örneği" çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı İlker Çelikcan Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesinde yapma isteği, Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup;

Makamınızca da uygun görüldüğü takdirde Olur'larınıza arz ederim

Uygun görüşle arz ederim.
.../.../2017
e-imzalıdır.
Dr. Özcan AKAN
İl Sağlık Müdürü

e-imzalıdır.
Av. Durmuş YAKAR
İdari Hizmetler Başkanı V.

OLUR
.../.../2017
e-imzalıdır.
Ergun GÜNGÖR
Vali Yardımcısı

75.Yıl Bulvarı Park Cad No:1 Nilüfer/BURSA
Faks No:0 224 600 33 98-99

e-Posta:fatma.dogan6@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://bursa.khb.saglik.gov.tr

Bilgi için:Gülsiye YAVUZ

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0224 600 33 00 / 1151

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 998ddf31-8a54-43c6-88d8-d4b465c1c2fc kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 60429939-774.99
Konu : Filiz ER'in Yüksek Lisans Tezi
Araştırma İzni

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ

İlgi : 03/10/2017 tarihli ve 43094689-32008 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Filiz ER'in (Yüksek Lisans Tezi) "İnmeli Hasta ve Bakım Verenlerin İnmeden Sonra Yaşam Kalitesini Etkileyen Sorun Alamlarının Belirlenmesi-Bursa Örneği" çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı İlker Çelikcan FTR Hastanesinde yapması için 22.11.2017 tarih ve 60429939-774.99-E.9338 sayılı Makam Oluru Ek'te sunulmuştur.

Yapılacak çalışmanın, tesisimizde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi hususunda;

Gereğini arz ederim

e-imzalıdır.
Av. Durmuş YAKAR
İl Sağlık Müdürü a.
İdari Hizmetler Başkanı V.

EK: Makam Oluru (1 sayfa).

Manisa Valisi
Manisa İl Sağlık Müdürlüğü
Belgeleme ve Elektronik İmza Birliği
23 Ocak 2017

75.Yıl Bulvarı Park Cad No:1 Nilüfer/BURSA

Faks No:0 224 600 33 98-99

e-Posta:fatma.dogan6@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://bursa.khb.saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 1485da18-0076-4894-805e-7d57d224a0d9 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Gülsiye YAVUZ

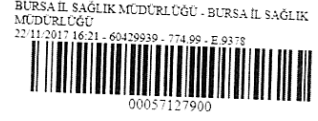
Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0224 600 33 00 / 1151



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 60429939-774.99
Konu : Filiz ER'in Yüksek Lisans Tezi
Araştırma İzni

BURSA İLKER ÇELİKCAN FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON HASTANESİ
YÖNETİCİLİĞİNE

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Filiz ER'in (Yüksek Lisans Tezi) "İnmeli Hasta ve Bakım Verenlerin İnmeden Sonra Yaşam Kalitesini Etkileyen Sorun Alanlarının Belirlenmesi-Bursa Örneği" çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı İlker Çelikcan FTR Hastanesinde yapması için 22.11.2017 tarih ve 60429939-774.99-E.9338 sayılı Makam Oluru Ek'te sunulmuştur.

Yapılacak çalışmanın, tesisinizde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi hususunda;

Gereğini rica ederim

e-İmzalıdır.
Av. Durmuş YAKAR
İl Sağlık Müdürü a.
İdari Hizmetler Başkanı V.

EKLER:
1- Kurum Yazısı ve Ekleri (19 sayfa),
2-Makam Oluru (1 sayfa).

75.Yıl Bulvarı Park Cad No:1 Nilüfer/BURSA

Faks No:0 224 600 33 98-99

e-Posta:fatma.dogan6@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://bursa.khb.saglik.gov.tr

Bilgi için:Gülsiye YAVUZ
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:0224 600 33 00 / 1151
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 0d9df5b7-519c-45d0-a4e4-73c3a0fc25b9 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-3: ETİK KURUL ONAYI

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİK
KURULU KARARLARI

Toplantı Tarih	: 12.07.2017
Toplantı Sayısı	: 2017/ 03
Toplantıda Alınan Karar Sayısı	: 11

Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu **12.07.2017** tarih ve saat **11:00'de** Rektörlük Yönetim Kurulu Toplantı odasında toplanmış, aşağıdaki kararlar alınmıştır.

KARAR:

8- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Şeyda YILDIRIM'ın 03.05.2017 tarih ve E.19551 numarasıyla evrak kayda giren başvurusu (İnmeli Hasta ve Bakım Verenlerin İnmeden Sonra Yaşam Kalitesini Etkileyen Sorun Alanlarının Belirlenmesi) araştırmasına ilişkin dosya Etik kurulun 08.05.2017 tarihli 2017/1 sayılı toplantısında görüşülmüş ve aynı tarihli toplantıda alınan 2017/13 nolu karar gereği belirtilen eksiklerin giderilmesi amacıyla araştırmacıya iade edilmiştir.

-Araştırmacı tarafından gerekli düzeltmelerin yapıldığına dair (Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Şeyda YILDIRIM'ın 14.06.2017 tarih ve E.25495 numarasıyla evrak kayda giren) söz konusu başvurusunun etik yönden tekrar değerlendirilmesi ile ilgili olarak araştırma dosyasının **Etik yönden uygunluğuna,**

Toplantıya katılan üyelerin oy birliği ile karar verildi.

(e-imzalıdır)

Prof.Dr.Muzaffer TEPEKAYA
Başkan

(e-imzalıdır)

Prof.Dr.Tuncer TAŞKIN
Üye

(e-imzalıdır)

Prof.Dr.Halit EV
Üye
(Katılmadı)

(e-imzalıdır)

Prof.Dr.Tülin CANBAY
Üye

(e-imzalıdır)

Prof.Dr.Kenan ERDOĞAN
Üye

(e-imzalıdır)

Prof.Dr.Ali Rıza GÖKBUNAR
Üye

(e-imzalıdır)

Prof.Dr.Doğan UYSAL
Üye

EK-4: GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER BİLİMSSEL ARAŞTIRMA YAYIN
ETİK KURULU



ARAŞTIRMA GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

Bu çalışma, “İnmeli Hasta ve Bakım Verenlerin İnmeden Sonra Yaşam Kalitesini Etkileyen Sorun Alanlarının Belirlenmesi- Bursa Örneği ”başlıklı bir araştırma çalışması olup “İnmeli hasta ve bakım verenlerin inmeden sonra yaşam kalitesini etkileyen sorun alanlarını belirlemek” amacını taşımaktadır. Çalışma, Sosyal Hizmet Uzmanı Filiz ER tarafından yürütülmekte ve sonuçları yüksek lisans tez çalışması ile ortaya konacaktır.

- Bu çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır.
- Çalışmanın amacı doğrultusunda, nitel araştırma türüne göre sizlerle görüşme yapılarak sizden veriler toplanacaktır.
- İsminizi yazmak ya da kimliğinizi açığa çıkaracak bir bilgi vermek zorunda değilsiniz/araştırmada katılımcıların isimleri gizli tutulacaktır.
- Araştırma kapsamında toplanan veriler, sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacak, araştırmanın amacı dışında ya da başka bir amaçla kullanılmayacak ve gerekmesi halinde, sizin (yazılı) izniniz olmadan başkalarıyla paylaşılmayacaktır.
- İsteminiz halinde sizden toplanan verileri inceleme hakkınız bulunmaktadır.
- Sizden toplanan veriler isimlerinizin gizli tutulması yolu yöntemi ile korunacak ve araştırma bitiminde arşivlenecek veya imha edilecektir.
- Veri toplama sürecinde/süreçlerinde size rahatsızlık verebilecek herhangi bir soru/talep olmayacaktır. Yine de katılımınız sırasında herhangi bir sebepten rahatsızlık hissederseniz çalışmadan istediğiniz zamanda ayrılabilirsiniz. Çalışmadan ayrılmanız durumunda sizden toplanan veriler çalışmadan çıkarılacak ve imha edilecektir.
- Gönüllü katılım formunu okumak ve değerlendirmek üzere ayırdığınız zaman için teşekkür ederim. Çalışma hakkındaki sorularınızı Sosyal Hizmet Uzmanı Filiz ER’e yöneltebilirsiniz.

Araştırmacı Adı :FilizER

Adres :Bursa İlker Çelikcan

Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Hastanesi tıbbi Sosyal Hizmet Birimi

İş Tel :

Cep Tel :05348428960

Bu çalışmaya tamamen kendi rızamla, istediğim takdirde çalışmadan ayrılabileceğimi bilerek verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.
(Lütfen bu formu doldurup imzaladıktan sonra veri toplayan kişiye veriniz.)

Katılımcı Ad ve Soyadı:

İmza:

Tarih:

Güncelleme Tarihi: 03.07.2017

EK-5: İNTİHAL TESPİT RAPORU

**T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA**

Tez Adı: İnmeli Hasta ve Bakım Verenlerin İnmeden Sonra Yaşam Kalitesini Etkileyen Sorun Alanlarının Belirlenmesi: Bursa Örneği.

Tezime ilişkin 13/04/2018 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % 9.'dur.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Tarih ve İmza

Adı Soyadı : Filiz ER
Öğrenci No : 161358007
Anabilim Dalı : Sosyal Hizmet
Programı : Tezli Yüksek Lisans

17.04.2018


**DANIŞMAN ONAYI
UYGUNDUR.
Dr. Öğ. Üyesi Seyda YILDIRIM**



Açıklamalar

- 1-Tez Çalışması Orijinallik Raporu (TCOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneçiler tarafından alınır.
- 2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TCOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzunun altından erişilebilir.)
- 3-TCOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.
- Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.
- 4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Ayrıntılar hariç, - 5 kelimeden daha az örtüme içeren metin kısımları hariç (Limiti match size to 5 words)
- 5-İsteğe bağlı ayarlar kısmından: "Ödevleri jüraya gönder?" seçeneği **muhtaka DEĞİL YOK** şeklinde (parantezmesel gerektirmez) aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süreç gerektirecektir.
- 6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yücelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgis, "yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu" formuna işlenir.
- 7- Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.
- 8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı sonrasında terde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınan ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak handlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu"na Enstitüye teslim etmekte yükümlüdür.
- 9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin/9370.tr.html>

ÖZGEÇMİŞ

Adı	Filiz	Soyadı	ER
Doğum Yeri	Kırşehir	Doğum Tarihi	08.01.1977
Uyruğu	Türkiye Cumhuriyeti	Tel	0534 842 89 60
E-mail	filliztokgoz@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	ANKARA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK B. ENS. SOSYAL HİZMET.	2016
Lisans	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL HİZMET BÖLÜMÜ	2002
Lise	ANKARA GATA SAĞLIK MESLEK LİSESİ	1995

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre(Yıl-Yıl)
Hemşirelik	GATA Endokrin Kliniği	1995-2002
Sosyal Hizmet Uzmanı	GATA Psikiyatri ABD	2002-2012
Sosyal Hizmet Uzmanı Hasta Hakları Birimi	Erzincan Asker Hastanesi	2012-2015
Sosyal Hizmet Uzmanı	Bursa Asker Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ve Psikiyatri Kliniği	2015-2016
Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi Hasta Hakları Birimi	Bursa İlker Çelikcan F.T.R. Hastanesi	2016-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	Orta	İyi

Yabancı Dil Sınav Notu

YDS	ÜDS	YÖKDİL	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
56		70							

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	62	64	79

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz

EK: Diğer Bilimsel Faaliyetler (Yayın, kongre bildiri)