



**İNME Lİ HASTA VE BAKIM VERENLERİNE VERİLEN PLANLI
TABURCULUK EĞİTİMİNİN HASTA MEMNUNİYETİ VE BAKIM
VERENİN BAKIMA HAZIR OLUŞLUĞU ÜZERİNE ETKİSİ**

Döndü ERDOĞAN İNAN

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

OCAK 2020

Döndü ERDOĞAN İNAN tarafından hazırlanan “İNME Lİ HASTA VE BAKIM VERENLERİNE VERİLEN PLANLI TABURCULUK EĞİTİMİNİN HASTA MEMNUNİYETİ VE BAKIM VERENİN BAKIMA HAZIR OLUŞLUĞU ÜZERİNE ETKİSİ” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / ~~OY ÇOKLUĞU~~ ile Gazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç.Dr. Ülkü POLAT

İç hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum

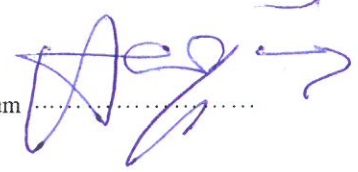


Başkan : Doç. Dr. Şengül YAMAN ÖZBİR

Kadın, Doğum Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Bahar İNKAYA

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum



Tez Savunma Tarihi: 27/01/2020

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mustafa ASLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Döndü ERDOĞAN İNAN

27/01/2020

İNME Lİ HASTA VE BAKIM VERENLERİNE VERİLEN PLANLI TABURCULUK
EĞİTİMİNİN HASTA MEMNUNİYETİ VE BAKIM VERENİN BAKIMA HAZIR
OLUŞLUĞU ÜZERİNE ETKİSİ
(Yüksek Lisans Tezi)

Döndü ERDOĞAN İNAN

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ocak 2020

ÖZET

Araştırma inmeli hasta ve bakım verenlerine verilen taburculuk eğitiminin hasta memnuniyeti ve bakım verenin bakıma hazır oluşluğu üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma 58 hasta, 58 bakım veren ile tek gruplu, ön-son test tasarımı yarı deneysel olarak yapılmıştır. Verilerin toplanmasında Hasta ve Bakım Veren Tanıtım Formu, Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği, Satis-İnme Memnuniyet Anketi ve Barthel İndeksi kullanılmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için çalışmanın yapıldığı kurumdan ve çalışmaya katılan hasta yakınlarından yazılı onam alınmıştır. Araştırmada inmeli hastalara ve bakım verene verilecek planlı taburculuk eğitimin planlanması için her hasta için hemşirelik tanıları (Olası/Potansiyel) belirlenmiştir. Bu tanılar doğrutusunda Kayseri Şehir Hastanesi Nöroloji Kliniğine gelen inmeli hastalara ve bakım verenlerine inme ile ilgili taburculuk eğitimi ve eğitim kitapçığı araştırmacı tarafından verilmiştir. Taburculuk eğitimi öncesinde ve taburculuktan 1 ay sonra hastaların memnuniyeti Satis-İnme Memnuniyet Anketi ile bakım verenlerin bakıma hazır oluşluğu ise Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda, planlı taburculuk eğitimi sonrası bakım verenlerin bakım vermeye hazır oluşluk ölçek ortanca puanları ve hastaların satis-inme anketi ortanca puanları taburculuk eğitimi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek tespit edilmiştir ($p<0.05$). Sonuç olarak; hasta ve bakım verenlerine verilen planlı taburculuk eğitiminin, bakım verenin bakıma hazır oluşluğunu ve hasta memnuniyetini arttırmada etkili olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlara göre hemşirelerin inmeli hasta ve bakım verenlerine planlı taburculuk eğitimi vermesi önerilmiştir.

Bilim Kodu : 1032.2
Anahtar Kelimeler : İnme, hazır oluşluk, memnuniyet, bakım veren
Sayfa Adedi : 120
Danışman : Doç.Dr. Ülkü POLAT

THE EFFECT OF PLANNED DISCHARGE TRAINING ON STROKE PATIENTS
SATISFACTION AND CAREGIVER PREPAREDNESS

(M. Sc.Thesis)

Döndü ERDOĞAN İNAN

GAZİ UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

January 2020

ABSTRACT

The study was conducted to determine the effect of discharge training given to stroke patients and caregivers on patient satisfaction and caregiver preparedness. A semi-experimental study was conducted with 58 patients, 58 caregivers with pretest - posttest a single-group. Data was collected by using the patient and caregiver identification form, Preparedness for Caregiving Scale, SATIS-Stroke Questionnaire and Barthel Index. Written informed consent was obtained from the institution where the study was conducted and the relatives of the patients who participated in the study. In the study, nursing diagnoses (Possible / Potential) were determined for each patient to plan planned discharge training to stroke patients and caregivers. In line with these diagnoses, the stroke patient and caregivers who came to the Neurology Clinic of Kayseri City Hospital were given discharge training and education booklet about stroke. It was evaluated the satisfaction of the patients by SATIS-stroke questionnaire and the preparedness of caregivers by preparedness for caregiving scale before discharge training and one month after discharge. At the end of the study, after the planned discharge training, the median scores of the preparedness for caregiving scale and the SATIS-stroke questionnaire median scores of the caregivers and patients were found to be significantly higher than before discharge training ($p < 0.05$). As a result; planned discharge training given to patients and caregivers was found to be effective in increasing caregiver preparedness and patient satisfaction. According to these results, it was suggested that nurses should provide planned discharge training to stroke patients and caregivers.

Science Code : 1032.2
Key Words : Stroke, preparedness, satisfaction, caregiver
Page Number : 120
Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Ülkü POLAT

TEŞEKKÜR

Çalışma boyunca desteğini esirgemeyen danıőmanım Sayın Doç. Dr. Ülkü POLAT'a,

Tez çalıőmam sürecinde yardımlarını esirgemeyen Kayseri Şehir Hastanesi Nöroloji Kliniği çalışanlarına ve araőtırmadaki katılımcılara,

Benim burada olmama sebep olan bugünlere getiren, her zaman yanımda olan saygıdeğer ve çok kıymetli annem ve babam ve kardeőlerime,

Eğitimimin her aőamasında bana destek olan, canım kızımın babası, çok değerli eşim Dr. Doğan Bahadır İNAN'a teőekkürlerimi ve sevgilerimi sunarım.

Teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. İnme Tanımı ve Önemi	5
2.2. İnme Epidemiyolojisi.....	5
2.3. İnmede Risk Faktörleri.....	6
2.4. İnmenin Sınıflandırılması	8
2.4.1. İskemik inme	8
2.4.2. Hemorojik inme.....	8
2.5. İnmenin Belirti ve Bulguları	9
2.6. İnmenin Komplikasyonları	9
2.7. Tanı ve Tedavi	10
2.7.1. Endovasküler girişimsel tedavi	11
2.7.2. Antitrombotik tedavi	12
2.7.3. Akut faz kan basıncı düşürücü tedavi.....	12
2.7.4. Fizyolojik izleme.....	13
2.7.5. Oksijen terapisi.....	13
2.7.6. Glisemik kontrol.....	13

	Sayfa
2.7.7. Yüksek ateş kontrolü	13
2.7.8. Nöbet yönetimi	13
2.8. Bakım Verme ve Bakım Yüğü ile İlgili Kavramlar	14
2.8.1. Bakım verme/bakım verici	14
2.8.2. Bakım yüğü	14
2.9. İnmeli Hastaya Bakımda Bakım Verenin Yaşadığı Zorluklar	15
2.9.1. Fiziksel güçlükler	15
2.9.2. Duygusal güçlükler.....	15
2.9.3. Ekonomik ve iş ile ilgili güçlükler	16
2.10. İnme Sonrası Bakım Verme Yüğü ve Etkileyen Faktörler	16
2.10.1. Bakım verme yükünü etkileyen faktörler	16
2.11. İnmeli Hastada Hemşirelik Bakımı.....	18
2.12. Hasta ve Bakım Verenin Eğitimi ve Etkileyen Faktörler	18
2.13. İnmeli Hastada Taburculuk Eğitimi.....	19
3. YÖNTEM.....	23
3.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
3.4. Verilerin Toplanması	25
3.4.1. Veri toplama araçları	25
3.5. Araştırmanın Etik Boyutu	28
3.6. Araştırmanın Uygulaması	30
3.6.1. İnmeli Hastada Eğitim Hedefleri ve Hemşirelik Tanıları	30
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	33
4. BULGULAR	35
5. TARTIŞMA.....	49

5.1. Taburculuk Eğitim Öncesi ve Sonrası Dönemde Bakım Verenin Bakıma Hazır Oluşluğu ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların İncelenmesi	49
5.2. Taburculuk Eğitimi Öncesi ve Sonrası Dönemde Hastaların Memnuniyeti ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların İncelenmesi	52
5.3. Bakım Verenlerin Bakıma Hazır Oluşluğu ve Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	55
6.1. Sonuçlar	55
6.2. Öneriler	56
KAYNAKLAR	58
EKLER.....	71
EK-1. Hasta Ve Bakım Veren Tanıtım Formu	72
EK-2. Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği	74
EK-3. SATIS-İnme Memnuniyet Anketi	75
EK-4. Barthel İndeksi	77
EK-5. İnme Eğitim Kitapçığı	80
EK-6. Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği Kullanım İzni	112
EK-7. Satis-İnme Memnuniyet Anketi Kullanım İzni	113
EK-8. Barthel İndeksi Kullanım İzni	114
EK-9. Etik Komisyon Onayı.....	115
EK-10. Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	117
EK-11. Tez Uygulama İzin Yazısı.....	119
ÖZGEÇMİŞ	120

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 3.1. İnmeli Hastalara Yönelik Olası/Potansiyel Hemşirelik Tanıları Ve Hasta Sayısı/Yüzde Olarak Dağılımı	32
Çizelge 4.1. Bakım verenin tanımlayıcı özellikleri (n:58).....	35
Çizelge 4.2. Hastanın tanımlayıcı özellikleri (n:58)	37
Çizelge 4.3. Taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası dönemde bakım vermeye hazır oluşluk ölçek ve satis-inme anket puanlarının karşılaştırılması	37
Çizelge 4.4. Bakım verene ve hastaya ilgili bazı özelliklere göre taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası dönemde ölçek puanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması.....	39
Çizelge 4.5. Taburculuk eğitimi öncesi korelasyon sonuçları	47
Çizelge 4.6. Taburculuk eğitimi sonrası korelasyon sonuçları	47

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 3.1. Araştırmanın uygulama Şeması.....	29



SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler	Açıklamalar
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AF	Atriyal Fibrilasyon
D	Diseksiyon
BI	Barthel İndeksi
CT	Bilgisayarlı Tomografi
DM	Diabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DVT	Derin Ven Trombozu
FAST	Face, Arms, Speech, Time (Yüz, Kollar, Konuşma, Zaman)
HT	Hipertansiyon
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Fonksiyon, Özürlülük ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması)
İSK	İntraserebral Kanama
KBY	Kronik Böbrek Hastalığı
MRI	Magnetic Resonance Imaging (Manyetik Rezonans Görüntüleme)
MSS	Merkezi Sinir Sistemi
OHA	Orak Hücreli Anemi
ROM	Range Of Movement (Eklem Açıklığı Hareketleri)
RTPA	Rekombinant Doku Plasminojen Aktivatörü
SATİS-İnme	SATİS-İnme Anketi
TDK	Türk Dil Kurumu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnme, ani gelişen kalıcı fokal nörolojik bozukluk ile karakterize bir klinik sendrom olup, serebrovasküler hastalığa bağlı gelişen olayların genelini tanımlar (Erdoğan Gür, 2015). İnmede, beyin damarlarının tıkanması ya da kanaması sonucu merkezi sinir sistemine (MSS) ilişkin bilişsel, duyuşsal, motor ve emosyonel fonksiyonlarda bozulma oluşmaktadır (Erzurumlu, 2018). İnme dünyada ve ülkemizde giderek artan önemli bir halk sağlığı sorunudur (Gök Uğur, 2013).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporuna göre (2016) inme, dünyadaki ilk 10 ölüm nedenleri arasında 2. sırada yer almaktadır. İnme yüksek gelirli ülkelerde tüm hastalıklardan ölümlerin yaklaşık olarak %12,5'ini, orta gelirli ülkelerde yaklaşık olarak %9,3'ünü ve düşük gelirli ülkelerde yaklaşık olarak ise %13'ünü oluşturmaktadır (DSÖ, 2016). İnme ile ilgili Türkiye'de kapsamlı istatistikler bulunmamakla birlikte, Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TUIK) 2017 verilerine göre, dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerin %22,9'u serebro-vasküler hastalıktan kaynaklanmaktadır (TUIK, 2017).

İnme, fonksiyonel yetersizliğe neden olması ve çoğu zaman kalıcı olan etkileri nedeniyle kişinin yaşam kalitesini ve yaşam memnuniyetini azaltmaktadır (Kuzu, 2015). İnme sonrası gelişen fiziksel ve zihinsel fonksiyonlarda bozulma, sakatlıklar, ağrı ve depresyon bireyin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemekte ve uzun süreli bakım gereksinimini, sağlık algılamasını ve sosyal etkinliklerini kısıtlamaktadır. İnme nedeniyle hastaların yaşadığı fiziksel, sosyal, ruhsal ve ekonomik problemlere bağlı hastaya bakım verenlerinin de yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (Yalın, 2011). İnmeli hastaların çoğu evde aile bireyleri tarafından bakılmaktadır. Bu nedenle, bu belirtiler sadece hastayı değil, bakım verenlerini de etkilemektedir (Molloğlu, 2011).

Bakım verme; kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, doyum sağlama, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma gibi olumlu özelliklerinin yanında pek çok güçlüğü de yaşanmasına yol açabilmektedir (Molloğlu, 2011). Bakım verme tek bir alanda olmayıp daha çok duygusal destek, fiziksel veya maddi destek verme gibi birçok alanı kapsamaktadır. Bunlar; rutin sağlık bakımı (ilaç alımı, tedavisi, izleme), kişisel bakım (yıkama, beslenme, tuvalete gitme, giyinme), ulaşım, alışveriş, küçük ev işlerini yapma, para idaresi gibi konular temel bakım alanlarıdır.

Yapılan çalışmalarda, inmeli hastaların bakım verenlerinin inmenin tedavisinde, komplikasyonların önlenmesinde ve evde iyileşme döneminde hastalarına nasıl yardım edecekleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları belirtilmektedir. Ayrıca bu durumun bakım verenlerde stres ve anksiyete, fiziksel problemler, sosyal izolasyon ve yaşam kalitelerinde azalma gibi sorunlara neden olduğu gösterilmiştir (Hinojosa ve Rittman, 2009; Cheng, Chair ve Chau, 2014; Cameron ve Gignac, 2008; Bergström, Eriksson, Koch, ve Tham, 2011). İnmeli hastaların bakım verenleri ile yapılan bazı çalışmalarda; bakım verenlerde bakım yüküne bağlı yorgunluk, kendilerine bakacak zaman bulamamaya bağlı fiziksel sağlık problemleri, sosyal izolasyon ve iletişim problemleri ve ekonomik güçlükler görüldüğü belirtilmektedir (Aşire ve Kapucu, 2011; Karadakovan ve Karaman, 2015).

İnmeli hastaların bakım verenleri hastalarının fiziksel, bilişsel ve duygusal ihtiyaçlarına yardımcı olmada önemli bir rol oynamaktadır. King ve diğerlerinin yaptıkları çalışma bakım verenlerin bakıcı rolleri için kendilerini genellikle hazırlıksız hissettiklerini ve bakıma az hazır oluşluğun depresyon, olumsuz duygu durum ve stresle ilişkisi olduğunu belirlemiştir (King ve diğerleri, 2012). İnmeli hastaların bakım verenlerinin bakıma hazır olmamalarının, hasta bakımında hataların artmasına, hizmetlerin tekrarlanmasına, uygun olmayan ya da eksik tedavi almalarına, hastane tekrarlı yatışlara neden olduğu belirtilmektedir (King ve diğerleri, 2012).

Henrikson ve Årestedt çalışmalarında bakıma daha hazır bakım verenlerin inmeli hastaların iyileşmesini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebileceğini göstermiştir (Henriksson ve Årestedt, 2013). Shyu ve arkadaşları 158 yaşlı inmeli hasta ve bakım verenlerine yönelik çalışmasında planlı taburculuk eğitimi programı sonrasında; bakım verenlerin bakım vermeye hazır oluşluk düzeylerinin ve gereksinimlerinin karşılanması ile memnuniyet düzeylerinin daha iyi olduğunu belirlemişlerdir (Shyu, Kuo ve Chen, 2008). Yapılan bazı çalışmalarda da inmeli hasta ve bakım verenlerine verilen inme eğitimi ve emosyonel desteğin memnuniyeti arttırdığı belirlenmiştir (Lincoln, Francis, Lilley, Sharma ve Summerfield, 2003; Forster ve diğerleri, 2009; Tilling Coshall, McKeivitt, Daneski ve Wolfe, 2005). İnmeli hastaların bakım verenlerine yönelik farklı çalışmalarda; bakım verenlere yönelik girişimlerin bakıma hazırlıklı olma algılarını düzelttiğini ve özellikle güven, öz yeterlik, yetkinlik ve bakım kalitesine ilişkin algılarını artırdığı gösterilmiştir (Heuvel, Witte, Nooyen-Haazen, Sanderman ve Meyboom-de Jong, 2000; Heuvel ve diğerleri, 2002; Hartke ve King, 2003; Shyu, Kuo ve Chen, 2010).

Bu bağlamda sağlık ekibinin vazgeçilmez bir üyesi olan hemşirelerin, hastanın hastalığına uyumunu ve bakımının sürekliliğinin sağlanması ve bakım verenlerin bakım hakkında doğru kararlar vermesi, birlikte sorumluluk üstlenmeleri için etkili planlanmalar yapması ve uygulaması önem taşımaktadır (Aktaş, 2010). Bu amaçla hasta ve bakım verenlerine inmeye yönelik verilecek taburculuk eğitimi bakımın sürekliliğini sağlamada ve bakım verenin bakım verme yönünden desteklenmesinde son derece önemlidir. İnmeli hastalarda bakımın sürekliliği, herhangi bir sağlık kurumundan hizmet alan ve o kurumdan taburcu olan birey için hazırlanan taburculuk planlaması ile sağlanabilmektedir (Akdemir, Yurtsever ve Kapucu, 2011).

Taburculuk eğitimi verilen hastalarda meydana gelen olumlu gelişme ve değişimler hastanın günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini artırmaktadır. Taburculuk eğitiminin; hastanın iyileşme sürecini hızlandırdığı, özgüveni artırdığı, sağlık kurumuna başvurma sıklığı/ihtiyacını azalttığı, bakım maliyetini azalttığı, bakımın kalitesini ve memnuniyetini artırdığı, sağlık personeli ve hasta arasında iletişimi dinamik tuttuğu belirtilmektedir (Salık Asar, 2015). Özellikle bakım verenlere; bakım yükü, depresyon, koruyucu sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirme davranışları, bakımın uzun süreli etkileri, problem çözme becerileri ve sosyal destek konularında eğitim verilmesi, bakım yükünü azaltmada, bakım memnuniyetini ve yaşam kalitelerini artırmada etkilidir (Gök Uğur, 2013). Hemşirelerin hasta ve bakım verenlerine yönelik planlı taburculuk eğitimi vermesi bakım verenlerin bakım yükünün azalmasına, bakım vericilerin iyilik durumunun sürdürülmesine ve hasta bakımının nitelikli bir şekilde sürdürülmesine katkı sağlayabilir. Bundan dolayı da bilinçli ve eğitilmiş bir bakım veren ile inmeli hastaların yatağa bağımlılıkları, hastaneye yatış süreleri, geçirdikleri enfeksiyon ve bası yaraları azaltılarak hastaların yaşam kalitesi artırılabilir (Gür, 2018).

Çalışmamız, inmeli hasta ve bakım verenlerine verilen taburculuk eğitiminin hasta memnuniyeti ve bakım verenin bakıma hazıroluşuğu üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmadan elde edilen bulgular; inmeli hasta ve bakım verenlerine yönelik bakım planlarına inme eğitimi girişimlerinin eklenmesini ve bu konuda yapılacak çalışmalara veri sağlayabilir. Ülkemizde inmeli hasta ve bakım verenlerinin yaşadıkları güçlükler ve bunları çözmeye yönelik eğitim gibi girişimsel çalışmalar sınırlı sayıdadır. Bu bağlamda bu çalışma sonuçlarının, ülkemizde bu alanda çalışan sağlık personelleri için farkındalık sağlayarak yönlendirici nitelikte olması beklenmektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnme Tanımı ve Önemi

İnme Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ; World Health Organization, WHO) tarafından "beyin kan damarlarının zedelenmesi veya tıkanması sonucu beyne giden kan akışının kesilmesiyle aniden ortaya çıkan beynin kan dolaşımının, oksijenlenmesinin ve beslenmesinin etkilenmesiyle oluşan doku hasarı" olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2014). İnme gelişmiş ülkelerde özürüllüğe neden olan hastalıklar ve ölümlerle sonuçlanan hastalıklar arasında ikinci sırada yer alır (Feigin ve diğerleri, 2015). İnme özellikle gelişmiş ülkelerde olmak üzere, tüm dünyada görülen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Her yıl dünyada 15 milyon kişi inme geçirmektedir ve inmeye bağlı ölümler tüm ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır (Koyu, Kaner ve Yıldız, 2016).

2.2. İnme Epidemiyolojisi

İnmenin fonksiyonel ve nörolojik kayıplar nedeniyle hastanede yatış süresi açısından 3. sırada yer aldığı ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir sağlık problemi olduğu bilinmektedir (Balkan, 2002; Doğan, Dönmez, Nakipoğlu ve Özgirgin, 2009). İnme genellikle yaşlılarda görülür. Erkeklerde prevalansı 58,8-92.6/1000, kadınlarda ise 32,2-61,2/1000'dir. Yapılan çalışmalar inmenin yaşa bağlı olarak sıklığının arttığını göstermektedir (Balkan, 2002; Doğan, Dönmez, Nakipoğlu ve Özgirgin, 2009).

Küresel olarak, inme ikinci önde gelen ölüm nedenidir (Mozaffarian ve diğerleri, 2016). İnmenin 1990 ve 2010 yılları arasında yüksek gelirli ülkelerde insidans ve ölüm oranları azalmıştır. Ancak, düşük ve orta gelirli ülkelerde görülme sıklığında önemli bir değişiklik görülmemiş ve bu süre zarfında inmeden kaynaklı ölümler artmıştır (Krishnamurthi ve diğerleri, 2010; Global Burden of Disease Study, 2013). İnme insidansı Japonya'da en düşük görülmekteyken (43,4/ 1.000.000, kişi-yıl), en yüksek Moğolistan'da (222,6/ 100.000, kişi-yıl) görülmektedir (Venketasubramanian, Yoon, Pandian ve Navarro, 2017). Avrupa'da yapılan bir çalışmada ise bu oran 290/100.000'dir (Béjot, Bailly, Durier ve Giroud, 2016).

İnme, ABD'de ölüm nedenleri arasında beşinci sırada yer almaktadır. 2009 ve 2012 yılları arasında 20 yaşın üzerindeki çocuklarda prevalansı % 2,6'dır. Gerçekleşen inme

vakalarının yaklaşık % 85'i iskemiktir (Guzik ve Bushnell, 2017). 45 yaşın üzerindeki kişilerin % 17,8'inde inme semptomları görülmüştür ve inmenin tekrarlama riski 5 yılda yaklaşık % 20'dir (Howard ve diğerleri, 2006, Mozaffarian ve diğerleri, 2016).

Son 30 yılda hem inme insidansı hem de mortalitesi azalmıştır. 65 yaş üstü hastalarda inme görülme oranı 1988'den 2008'e kadar % 40 azalmıştır (Fang, Perrailon, Ghosh, Cutler, ve Rosen, 2014). İnme, erkeklerde genç ve orta yaşta görülürken, kadınlarda yaşam boyu inme görülme riski erkeklerde daha düşüktür (Sealy-Jefferson ve diğerleri, 2012; Seshadr ve diğerleri, 2006; Reeves ve diğerleri, 2008). İnme geçiren hastalarda yaşa bağlı ölüm oranı erkeklerde 1981 ve 2013 yılları arasında kadınlardan daha düşük görülmüştür (Mozaffarian ve diğerleri, 2016).

İnme riskindeki farklılıkların ırk ve etnik köken ile ilgisi vardır. Genel olarak, inme insidansı siyahlarda, beyazlara göre daha yüksektir (Howard ve diğerleri, 2011). 1990 ve 2005 yılları arasında beyazlarda görülme sıklığı azalırken, inme insidansı siyahlarda aynı kalmıştır (Kleindorfer ve diğerleri, 2010).

Ülkemizde ise Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre (2017) ölümlerin %22,9 ü serebrovasküler olaylardan oluşmaktadır (TUİK, 2017). Türkiye 2017 Ulusal Hastalık Yüğü programı bilgilerine göre her yıl 132.000'e yakın yeni inme vakasıyla karşılaştığı ve inme komplikasyonları gelişen 191.000 kişi olduğu bildirilmektedir (Ulusal hastalık yüğü çalışması sonuçları ve çözüm önerileri, 2017). İnme açısından bölgesel farklılıkların belirlenmesine yönelik yapılan çalışmada, inme sıklığının %19 ile Karadeniz ve Güneydoğu Anadolu'da en yüksek, %16 ile Marmara bölgesinde en düşük olduğu görülmüştür (Baykal, 2018).

2.3. İnmede Risk Faktörleri

Epidemiyolojik çalışmalarda çok sayıda inme risk faktörü belirlenmiştir. Bunlardan bazıları kalıtsal faktörler gibi değiştirilemez, bazıları ise yaşam tarzı ve çevreye ilişkin faktörler gibi değiştirilebilir veya kontrol edilebilir.

Kesinleşmiş Risk Faktörleri

- Hipertansiyon,
- Hiperkolesterolemi,
- Diabetes Mellitus (DM),
- Sigara,
- Orak hücreli anemi (OHA),
- Karotis darlığı ve atriyal fibrilasyon (Xie ve diğerleri, 2016; Hart, Pearce ve Aguilar, 2007).

Kesinleşmemiş Risk Faktörleri

- Alkol kullanımı,
- Obezite,
- Beslenme alışkanlıkları,
- Fiziksel inaktivite,
- Homosistein,
- Uyuşturucu kullanımı,
- Hormon tedavisi,
- Enfeksiyon,
- Fibrinojen (Mons ve diğerleri, 2014; Peters, Pearce ve Aguilar, 2015).

Diğer risk faktörleri arasında;

- Çevresel hava kirliliği,
- Çocukluk sağlığı koşulları,
- Yüksek riskli diyet ve zayıf beslenme,
- Fiziksel hareketsizlik,
- Obezite,
- Kan basıncı değişkenliği,
- Kronik böbrek hastalığı,
- Migren,
- Hormonal kontrasepsiyon veya hormon replasman tedavisi,

- Psikososyal stres,
- Depresyon,
- İş yükü ve uzun çalışma saatleri sayılabilir (O'Donnell ve diğerleri, 2016; Feigin ve diğerleri, 2016).

2.4. İnmenin Sınıflandırılması

2.4.1. İskemik inme

Etiyolojik olarak iskemik inme, kalpten gelen embolizm, arterden artere gelen emboli ve küçük damar hastalığından kaynaklanır. İskemik inmenin etyolojik alt tipleri TOAST sınıflamasına göre ASCOD (A: Ateroskleroz; S: Küçük Damar Hastalığı; C: Kalp Patolojisi; O: Diğer Neden) fenotiplleme sistemine ve nedensel Sınıflandırma Sistemine göre sınıflandırılmıştır (Adams ve diğerleri, 1993; Ay ve diğerleri, 2007; Amarenco ve diğerleri, 2013).

İskemik inmelerin üçte biri belirsiz nedenlerden kaynaklanmaktadır (Hart ve diğerleri, 2014).

2.4.2. Hemorajik inme

Hemorajik inme, yüksek mortalite ve morbiteye neden olan bir durumdur. İntrakraniyal hemorajinin 1 ay içerisindeki mortalite oranı yaklaşık %40'tır. Yalnızca vasküler bir olay sonucunda meydana gelen, travmatik olmayan ve MSS'nde hasara neden olan intrakraniyal kanamalar, hemorajik inme olarak adlandırılır (Melek ve diğerleri, 2015).

Hemorajik inme, anatomik bölgesine veya varsayılan etiyolojisine göre sınıflandırılır. En sık görülen intraserebral kanama bölgesi supratentoryaldır (% 85-95). En yaygın nedenler, hipertansiyon (% 30-60), serebral amiloid anjiyopati (% 10-30), antikoagülasyon (% 1-20) ve vasküler yapısal lezyonlardır (% 3-8) (Rannikmäe ve diğerleri, 2016).

2.5. İnmenin Belirti ve Bulguları

İnme belirti ve bulguları inmenin tipine, oluşum yerine, kan akımının bozulduğu alanın büyüklüğüne ve kollateral dolaşıma bağlı olarak değişim gösterir. İnme sonrası çoğunlukla görülebilecek belirti ve bulgular aşağıdaki gibidir;

- Vücudun bir tarafında yüz, kol veya bacakta hemi/monoparezi (duyu kaybı, güçsüzlük),
- Paraparezi, dengesizlik,
- Konuşmada bozulma veya konuşulan dili anlamada güçlük,
- Okuma, yazma, hesap yapmada güçlük,
- Görme bozuklukları (çift görme, körlük),
- Mental durumda bozulma,
- Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe,
- Yutma güçlüğü, baş dönmesi, inkontinans,
- Ani başlayan şiddetli baş ağrısı,

Hastalarda görülen nörolojik semptomların ortak özelliği aniden ortaya çıkmasıdır. İnme sonrası görülen semptomlar beynin etkilenen bölgesi ve yeri hakkında bilgi vermesi açısından tanıya yardımcı olur (Topçu, 2017; Yew ve Cheng, 2015).

2.6. İnmenin Komplikasyonları

İnme sonrası komplikasyon gelişme riski % 40-96 oranları arasında değişiklik göstermektedir. Komplikasyon gelişimi, mortaliteyi, rehabilitasyon sürecini etkilemekte ve ilk günlerde meydana gelen ölümler genellikle beyin ödemi ve transtenterioyal herniasyona bağlı gerçekleşmektedir. Subakut dönemdeki ölümler ise genellikle inme komplikasyonları sonucu meydana gelir. Bu nedenle inme sonrası gelişebilecek komplikasyonların bilinmesi ve erken dönemde tanınması ve tedavi edilmesi önemlidir (Karadakovan, 2015).

İnmede görülebilecek komplikasyonlar;

- Aspirasyon ve Pnömoni,
- Malnütrisyon,
- Disfaji,
- Kaslarda katılık (Spastisite),

- Afazi ve Dizartri,
- Bası yarası,
- Derin Ven Trombozu (DVT) ve Pulmoner Emboli,
- Mesane-barsak problemleri,
- Ağrı,
- Üst ekstremitte komplikasyonları,
- Nöbetler,
- Ajitasyon,
- Enfeksiyon,
- Düşmeler,
- Depresyon,
- Yorgunluk(Karadakovan, 2015).

2.7. Tanı ve Tedavi

İnme, genellikle ani gelişen, yüzde asimetri, kol veya bacakta kas gücünün azalması, anormal konuşma klinik belirtileri ile ortaya çıkar. Ölüm veya ciddi sakatlıklara neden olabileceği için hızla tanı konulması ve tedavi edilmesi gerekmektedir. Tanıda anamnez, fizik muayene, ayrıntılı nörolojik muayene ve görüntüleme yöntemlerinden faydalanılır. Hastaya yapılan FAST testi sonrası şüphelenilen inme tanısı, hastanede yapılan rutin ayırıcı testlerle netleşir.

- F: Face (Yüz): Kişinin gülümsemesini isteyin. Bir tarafta kayma ya da sarkma oluyor mu?
- A: Arms (Kollar): Kişinin iki kolunu kaldırmasını isteyin. Bir kol aşağıda kalıyor mu?
- S: Speech (Konuşma): Kişinin basit bir cümleyi tekrarlamasını isteyin. Konuşması kötüleşmiş, garipleşmiş mi? Zorlanma oluyor mu?
- T: Time (Saat): Eğer bu belirtilerden herhangi birini gözlemlediyseniz vakit kaybetmeden 112'yi arayın (Jauch ve diğerleri, 2013).

2.7.1. Endovasküler girişimsel tedavi

İskemik inmede uygulanabilen endovasküler tedavi seçenekleri arasında; İntraarteriyel tromboliz, mekanik pıhtı tedavisi ve akut anjiyoplastiyle stent takılması yer almaktadır (Uzuner, Kutluk ve Balkan, 2015).

Tromboliz

İntraarteriyel tromboliz, rekanalizasyon oranlarını güvenle artırmak amacıyla düşük dozda trombolitiğin trombüs içine veya yakınına lokal infüzyonu şeklinde uygulanır (Uzuner ve diğerleri, 2015).

Akut iskemik inmede intravenöz rt-PA, yalnızca spesifik dahil etme ve hariç tutma kriterlerini karşılayan hastalarda yapılmalıdır. İntravenöz rt-PA, trombolizin etki büyüklüğü zamana bağlı olduğundan, akut iskemik inme ile dikkatlice seçilmiş hastalarda mümkün olduğunca erken verilmelidir. Mümkün olduğunda, tedaviye ilk birkaç saatte başlanması gerekir, ancak inme başladıktan sonra 4-5 saate kadar kullanılabilir. İntravenöz rt-PA sadece akut inme yönetimi konusunda eğitilmiş ve deneyimli bir hekimin yetkisi altında verilmelidir.

Tromboliz, yalnızca aşağıdakileri içeren uygun altyapıya, tesislere ve ağ desteğine sahip bir hastane ortamında yapılmalıdır.

- Trombolitik tedavi alan hastaların takibi konusunda eğitilmiş, inme yönetimi konusunda uzman bilgisi olan multidisipliner bir akut bakım ekibine erişim,
- Hemşirelerin ve yardımcı sağlık personellerinin akut faz yönetimini, özellikle akut kan basıncı yönetimini yönlendirmek için mevcut yollar ve protokollere erişimi,
- Görüntüleri yorumlamak için eğitilmiş görüntüleme tesislerine ve personele derhal erişim oldukça önemlidir.

Tromboliz ile tedavi edilen tüm hastalardan elde edilen veriler, zaman içindeki sonuç ölçümlerinin izlenmesine, gözden geçirilmesine, karşılaştırılmasına ve kıyaslanmasına olanak sağlamak için merkezi bir kayıt defterine kaydedilmelidir. Trombolizisi alan hastalar için aspirin başlangıcı 24 saat ertelenmelidir (National Stroke Foundation, 2010).

Mekanik pıhtı tedavisi

Mekanik pıhtı tedavisi, farmakolojik tromboliz ile birlikte veya tek başına uygulanabilir.

Mekanik pıhtı tedavisi; trombüsün parçalanması, çıkartılması ve trombolitik penetrasyonunun artırılması şekillerinde uygulanabilir. Farklı cihazlarla; trombüsün kavranarak çıkartılması, aspire edilmesi veya stentle damar arasına sıkıştırdıktan sonra çıkartılması yöntemleri kullanılmaktadır (Uzuner ve diğerleri, 2015).

Akut intrakraniyal anjiyoplasti ve stent takılması

Acil anjiyoplasti ve stent, tromboliz ve mekanik trombektomiyle birlikte veya tek başına uygulanabilmektedir. Ekstrakraniyal anjiyoplasti ve stent uygulaması, genelde profilaktik olarak uygulanmakla birlikte inmenin ekstrakraniyal karotis veya vertebral arter tıkanmasına bağlı olduğu veya intrakraniyal tıkanıklığa ulaşmak için ekstrakraniyal darlığın aşılmasının gerektiği durumlarda acil tedavi olarak da yapılabilmektedir (Uzuner ve diğerleri, 2015).

2.7.2. Antitrombotik tedavi

Antitrombotik tedavisi inme dahil tekrarlayan vasküler olay riskini azaltmak için en önemli müdahalelerden biridir (Intercollegiate Stroke Working Party, 2016). Kanıtların çoğu, artmış kanama riskinde daha fazla etkinlik umudu sunabilecek olan antiplatelet tedavisinde kullanılan aspirin ile ilgilidir. Ağız yoluyla veya nazogastrik tüp veya fitil yoluyla aspirin (disfajisi olanlar için), eğer CT / MRI taramaları kanamayı dışlarsa, inme semptomlarının başlamasından sonra (yani 48 saat içinde) mümkün olan en kısa sürede verilmelidir. İlk doz en az 150 ila 300 mg olmalıdır. Bundan sonra dozaj azaltılabilir (örneğin günlük 100 mg) (National Stroke Foundation, 2010).

2.7.3. Akut faz kan basıncı düşürücü tedavi

İskemik inmede, kan basıncı 220/120 mm Hg'den fazlaysa, antihipertansif tedavi başlatılabilir veya arttırılabilir, ancak kan basıncı dikkatli bir şekilde azaltılmalıdır (örn. %10-%20) ve hasta nörolojik bozulma belirtileri açısından izlenmelidir. Önceden var olan antihipertansif tedaviye, semptomatik hipotansiyon veya tedaviyi durdurmak için başka bir

neden olmaması koşuluyla (oral veya nazogastrik tüp yoluyla) devam edilebilir (National Stroke Foundation, 2010).

2.7.4. Fizyolojik izleme

Hastaların nörolojik durumları (örneğin Glasgow Koma Skalası), yaşam belirtileri (nabız, kan basıncı, sıcaklık, oksijen satürasyonu ve glikoz seviyeleri) ve solunum düzeninin düzenli olarak izlenmesi gerekir. Akut dönem boyunca bu belirtiler düzenli olarak izlenir ve kaydedilir; bu tür gözlemlerin sıklığı hastanın durumuna göre belirlenir (National Stroke Foundation, 2010).

2.7.5. Oksijen terapisi

- Hipoksik olan hastalara (yani $<95\%$ oksijen satürasyonu) ilave oksijen verilmelidir.
- Hipoksik olmayan akut inme hastalarında rutin destekleyici oksijen kullanımı tavsiye edilmez.

2.7.6. Glisemik kontrol

Başvuru sırasında, tüm hastalar, özellikle hasta diyabetik ise, öglisemiye sağlamak için kan glikoz seviyelerini izlemeli ve uygun glisemik tedaviye sahip olmalıdır.

Ögliseminin korunmasına erken ve yoğun bir yaklaşım önerilmemektedir (National Stroke Foundation, 2010).

2.7.7. Yüksek ateş kontrolü

Düzenli parasetamol ve / veya fiziksel soğutma önlemlerini içeren antipiretik tedavi ateşin ortaya çıktığı yerlerde rutin olarak kullanılmalıdır (National Stroke Foundation, 2010).

2.7.8. Nöbet yönetimi

Anti-konvülzan ilaç, inmeden sonra tekrarlayan nöbet geçirenler için kullanılmalıdır (National Stroke Foundation, 2010).

2.8. Bakım Verme ve Bakım Yüğü ile İlgili Kavramlar

2.8.1. Bakım verme/bakım verici

Bakım; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, kişinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işidir (TDK, 2018). Bunun başlıca nedeni ise, bakım ilişkisinde bakıma gereksinim duyan kişinin kendi gereksinimlerini karşılayamaması ya da bakım gereksinimini bağımsız olarak karşılayabilecek güç, yetenek, istek, bilgi ve beceriden yoksun ya da bu konuda bağımlı olmasıdır. Bu durum bakıma ihtiyaç duyan kişiyi bakım veren kişiden daha güçsüz bir konumda bırakır. Bir başka ifadeyle bakım veren kişi ile bakıma ihtiyaç duyan kişi arasındaki dengesiz/asimetrik bir güç ilişkisi vardır (Dinç, 2010). Bakım verme bakım vericinin, hasta kişinin kişisel temizliğini yapma, yıkama, giydirme, besleme, hareket ettirme, ev işlerinde yardım, rutin tedavisini verme gibi pek çok alanda destek olmayı içermektedir (Kalınkara ve Kalaycı, 2017). Yukarıda belirtilen sorumluluklara sahip olan bakım vericiler de psikolojik ve sosyal yönden desteklenmelidir (Özdemir, 2018).

Hastanın bakımından birinci derece sorumlu olan kişilere primer (birincil) bakım verici denmektedir. Hastanın bakımından doğrudan sorumlu olmayan ve birincil bakım vericiye destek olan kişiler ise sekonder (ikincil) bakım verici olarak adlandırılır. Birincil bakım vericileri aile üyeleri oluşturur. İkincil bakım vericileri ise akraba çevresi, arkadaş veya komşuları oluşturmaktadır (Uygun ve Taylan, 2018).

2.8.2. Bakım yükü

Bakım verme sonucunda bireylerde sevgi ve samimiyetin artması, bakım verme deneyimi sayesinde anlam bulma, kişisel gelişim, diğer bireylerden sosyal destek alma ve kişinin kendine saygı duyması gibi olumlu özellikleri artmaktadır. Bakım vermekten kaynaklı olarak duygusal, ekonomik, fiziksel ve sosyal sorunlar sonucunda bakım veren yükü gibi bazı olumsuz sonuçların ortaya çıkmasına neden olabilir. Bakım yükü; bakım vericinin, kronik hastalığı veya yetersizliği olan kişiye bakım verdiği zaman içerisinde, kendini baskı altında hissetmesi, zorlanması veya yük altına girmesi olarak tanımlanmaktadır. Bakım yükü genellikle nesnel ve öznel yük olarak sınıflandırılmıştır.

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

Subjektif Yük (Öznel); bakım verenin içinde bulunduğu durum nedeniyle duygularında ortaya çıkan değişiklikler, bu duruma karşı tutumlar ve duygusal tepkileri olarak tanımlanmıştır. Objektif yük somut olması nedeni ile daha kolay belirlenmesine karşın, bireyin subjektif algılarının belirlenmesi kolay değildir (Erdem, 2019).

2.9. İnmeli Hastaya Bakımda Bakım Verenın Yaşadığı Zorluklar

Yapılan çalışmalarda, inmeli hastaların bakım verenlerinin inmenin tedavisinde, komplikasyonların önlenmesinde ve evde iyileşme döneminde hastalarına nasıl yardım edecekleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve bu nedenle bakım verenlerde stres ve anksiyete, fiziksel problemler, sosyal izolasyon ve yaşam kalitelerinde azalma gibi sorunlar görüldüğü saptanmıştır. Bu bağlamda bakım verenin yaşadığı zorluklar 3 kategoriye ayrılmıştır (Hinojosa ve Rittman, 2009; Cheng ve diğerleri, 2014; Cameron ve Gignac, 2008; Bergström ve diğerleri, 2011).

2.9.1. Fiziksel güçlükler

Bakım veren bireylerde, yemek yemede düzensizlik, sindirim ve iştahta değişim, baş ağrısı gibi somatik şikâyetlerde artma görülebilir. Bakım verenlerin kronik yorgunluk, kilo alıp verme, dikkat güçlüğü, dış görünümde dağınıklık ve kendi bakımına yeterli zaman ayıramama gibi fiziksel güçlükler yaşadıkları görülmüştür (Erdem, 2019).

2.9.2. Duygusal güçlükler

Ruh hali değişkenlik ve duygusal rahatsızlıklar inme geçiren hastalara bakım verenlerin yaşadıkları güçlüklerdendir (Hackett, Köhler, Brien ve Mead, 2014).

Bakım verenlerin yaşadığı duygusal güçlükler; Kızgınlık, hayal kırıklığı, aile üyeleri ve yaşlıya karşı dürüst olmadığı için suçluluk, huzursuzluk, benlik saygısında azalma,

uykusuzluk, eğer yaşı ile birlikte yaşıyorsa mahremiyetin kaybı, kendini ayıplama, iğneleyici davranışlar, zorlanma, keder, yarımsızlık, umutsuzluk olarak sıralanabilir. Aşiret ve Kapucu'nun çalışmasında inmeli hastalara bakım verenlerin en çok anksiyete ve depresyon yaşadığı gözlenmiştir (Aşiret ve Kapucu, 2012). Özellikle aile, arkadaş ilişkileri ya da sosyal etkinliklerinden bakım verme nedeniyle fedakarlık eden bakım vericiler de yalnızlık, sosyal izolasyon ve kişiler arası ilişkilerde bozulma gibi problemler görülebilir (Işık, 2013).

2.9.3. Ekonomik ve iş ile ilgili güçlükler

İnmeli hastalara bakım verenlere sağlık güvencesi tarafından karşılanmayan masraflar maddi yönden sıkıntılar oluşturabilmektedir ve bu bakım verenler hastalara bakabilmek için işten ayrılma problemi ile karşı karşıya kalabilmektedirler (Alpteker, 2008; Koçak, 2011; Yaşar, 2009).

Ayrıca bu hastalar hastalıkları nedeniyle çalışmamakta, inmenin kendisi ve bakımın ekonomik yükü çok fazla olmakta, aynı zamanda bu hastalara bakım verenler de çalışmadıkları için ailede ekonomik güçlükler yaşanabilmektedir (Aşiret ve Kapucu, 2012).

2.10. İnme Sonrası Bakım Verme Yükü ve Etkileyen Faktörler

İnme hastalarının yaklaşık yarısında günlük yaşam aktivitelerini etkileyen önemli nörolojik bozukluklar oluşmaktadır. İnme hastalarının tedavisi ve bakımı hastanelerde yapıldıktan sonra taburcu olan hastaların bakımı evde aile üyeleri tarafından yapılmaktadır (Yıldırım, Engin ve Başkaya, 2013). İnmeli hastanın bakımı zor bir süreçtir. Bu yüzden bakım verenlere önemli görevler düşmektedir (İnci ve Temel, 2016).

2.10.1. Bakım verme yükünü etkileyen faktörler

İnmeli bireye bakım verenlerin yükünü etkileyen birçok faktör bulunmaktadır.

Bunlar;

- Bakım veren bireylerin (yaşı, çalışma durumu, eğitim düzeyleri, kendi sağlığına ilişkin algısı, dini inancı, etnik kökeni, bakım vermeye bakışı, kültürel düzeyi, sosyoekonomik durumu vb gibi) kişisel özellikleri (Işık, 2013),
- Günlük yaşam aktivitesinde yetersizlik,
- Depresyon,
- Cinsiyet (Jaracz, Grabowska-Fudala, Górna ve Kozubski, 2014; Olai, Borgquist ve Svärdsudd, 2015),
- Bakım veren bireylerin sağlığının bozulması ya da yaşının ilerlemesi,
- Hastanın bakımına karar verilirken bakım veren kişinin fikirlerinin alınmaması,
- Bakım veren kişinin zıt duygular yaşaması,
- Bakım veren bireylerin hasta bakımı dışında başka sorumluluklara sahip olması,
- Bakım veren bireyin birden fazla bağımlı aile üyesine (bebek, engelli çocuk vs.) bakıyor olması,
- Kırsal kökenli hasta bireylerin aile içi uyumsuzluk yaşamaları,
- Ekonomik zorunluluklardan ya da eğitimleri gereği kadınların çalışması, bu nedenle hastaya bakacak ya da eşlik edecek bir kişinin evde bulunmaması,
- Bakım verenin hasta bireyin bakım sorumluluğunu kabul etmekle, toplumsal rollerinin kısıtlandığını düşünmesi,
- Bakım verenin bakımını üstlendiği hasta bireyin ciddi bellek ve davranışsal sorunlarının olması,
- Bakım veren bireyin yaşamına hastanın müdahale etme çabası,
- Hastanın ve bakım veren bireyin aralarındaki ilişkinin niteliği,
- Hasta bireyin bakım veren kişiden aşırı ilgi beklemesi,
- Hasta bireyle aynı evi paylaşma durumu ve bakım verme süresi (Erdem, 2019),
- Hasta bireyin bakım veren bireye kendisini ihmal ettiği, umursamadığı gibi şikâyetlerde bulunması (Erdem, 2019; Işık, 2013; Aşiret ve Kapucu, 2012),
- Hastanın unutkanlık ve fiziksel aktivite sorunu olma durumu,
- Hasta ile bakım veren arasındaki ilişkinin niteliği,
- Bakım verme süresi,
- Bakım veren kişinin sağlık sorunu olması,
- Bakım verenin yaşlı bakımı dışında da sorumluluklarının olması,

- Yaşlıya sadece bir alanda değil, çok boyutlu bakım vermek zorunda olması, (fiziksel, ekonomik, duygusal, ulaşım, sağlık hizmetlerinden yararlanamama, bakım konusunda yardım eden kimsenin olmaması vb.) (Işık, 2013),
- Günlük bakım işlerine harcanan zaman ve hastalarla olan ilişkidir (Roopchandmartin ve Creary-Yan, 2014; Chuluunbaatar, Pu ve Chou, 2017; Gbiri, Olawale ve Isaac, 2015).

2.11. İnmeli Hastada Hemşirelik Bakımı

Hemşireler, hasta yatışı ve inmenin iyileşmesinde en önemli sağlık hizmeti sağlayıcılarından biridir. Hemşireler, hastalar ile diğer sağlık personellerinden daha fazla zaman geçirdikleri için, onlara ve ailelerine destek ve rehberlik sağlama konusunda oldukça önemli yere sahiptir. Hemşireler ayrıca depresif semptomları ve yaşam kalitesinin azaldığını gösteren diğer göstergeleri de değerlendirir (RobinsonSmith ve Pizzi, 2003). Hemşireler, inmeli hastayı detaylı olarak değerlendirerek hastada olan sorunları saptar ve bu sorunları çözüme kavuşturmak için çaba sarfeder. Hastanın günlük yaşam aktivitelerini yapabilmesi için planlama yapar (Durna ve Tülek, 2012).

İnmeli hastada hemşirelik bakımı hasta için önemli olduğu gibi bakım verici içinde oldukça önem taşımaktadır. Bakım vericiye ihtiyacı olan hastaların bakımında sorumluluk alan kişiler fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden güçlük çekebilmektedirler (Grant, Elliott, Weaver, Bartolucci ve Giger, 2002; Piquart ve Sörensen, 2003). Bakım vericilerin karşılaştıkları güçlüklerin minimum düzeye inmesi için hemşirelik bakımı oldukça önemlidir. Bakım vereni desteklemeye yönelik hemşirelik girişimlerinin; hastanın hastanede yatış süresinin kısılmasında ve ekonomik yükün azalmasında, hastaların ve bakım vericilerin yaşam kalitelerinin ve memnuniyetlerinin artmasında da etkili olduğu belirtilmektedir (Alberts ve diğerleri, 2000; McCullagh, Brigstocke, Donaldson ve Kalra, 2005).

2.12. Hasta ve Bakım Veren Eğitimi ve Etkileyen Faktörler

Sağlık alanındaki ilerlemelerin yaşama aktarılmasında hasta ve bakım vericisinin eğitimi önemlidir. Hasta ve bakım vericisinin eğitimi, toplum sağlığını geliştirecek, hastalık yönetimini kolaylaştırmayı sağlayacak bilgi, beceri ve alışkanlık kazandırmayı amaçlar. Feinberg'e göre bakım verme sürecinde bakım vericiler 2 ayrı şekilde değerlendirilmelidir.

İlkinde bakım vericinin hastaya yönelik gereksinimleri göz önüne alınmalıdır: Hastayla ilişki durumu (eş ya da diğer), sosyal destek, taburculuk sonrasında ev içinde karşılaşılabilecek zorluklar (hastanın yaşayacağı alan, merdiven bulunması). İkincisinde ise bakım vericiye ait bakım vericinin gereksinimleri ve bakım vermenin kendisinde yaratacağı etkiler ele alınmalıdır. Bakım vericilerin çoğu hastalarına gerekli bakımı verebilmek için yeterli bilgi ve beceriye sahip değildir. Bu nedenle tanı aşamasından başlatılan taburculuk süresince de devam ettirilen bir eğitim sürecine hasta ve yakınının dahil edilmesi önemlidir. Bakım vericilerin hastalığın getirdiği sorunlarla başa çıkmaları, olası komplikasyonları kontrol etmeyi başarabilmeleri için bazı özel bilgiler kazanmaları gerekmektedir (Baykal, 2018).

Eğitim verilirken hastanın ve/veya bakım vericisinin öğrenmeye açık olup olmaması, kendini hazır hissetmesi önemlidir. Hasta ve bakım vericisinin eğitimi, hastanın uzun süreli gereksinimlerini kapsayacak şekilde düzenlenmelidir. İnmeli hastanın bakım verenlerinin ihtiyaçlarını karşılayacak kadar kapsamlı eğitim uygulanmasıyla aile desteğinin sağlanması, aile içi iletişimlerinin, uyumlarının ve dayanma güçlerinin artırılmasının mümkün olduğu belirtilmektedir. Böylelikle bakım verenlerin bakım verici yükünün azaltılacağı hastanın ve bakım vericisinin yaşam kalitesinin artacağı belirtilmektedir. Bakım vericilerin en çok gereksinim duyduğu konular güvenliğin sağlanması, günlük yaşamı sürdürme (eliminasyon ihtiyacının karşılanması, beslenme, uyku problemleri vb), ilaç kullanımı, cilt bütünlüğünü koruma, kullanılan yardımcı malzemeler, hastanın davranışsal problemleriyle başa çıkma, cinsel fonksiyonları sürdürme gibi konulardır. İnmeyle ilgili eğitim verilirken uygun zamanda, yeterlilikte ve duruma özgü olması gerektiği üzerinde durulmaktadır. Uygulanan eğitim sonrasında bireyin eğitimden yararlanıp yararlanmadığı da değerlendirilmelidir. Yapılan çalışmalarda hasta ve yakınına eğitim vermenin anksiyete, depresyon, bakım verici yükünü azalttığı, yaşam kalitesi, bakım memnuniyeti, hastaneye tekrar yatışları engellediği, hastane masraflarını azalttığı bildirilmektedir (Baykal, 2018).

2.13. İnmeli Hastada Taburculuk Eğitimi

Taburculuk planlama programı, kaliteli hasta bakımı ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliği için ana kavramdır. Genellikle taburculuk planlaması, hastanın hastaneden ayrılışında tamamlanması gereken ikincil faaliyetler kümesi olarak kabul edilir, böyle kabul edildiği için bu programın kalitesi tehlikeye girebilir (Lhin, 2011). Taburculuk planlaması,

hastaneye kabul sırasında hastanın değerlendirilmesini, hastayı ve ailesini eğitmeyi, taburculuk sonrası takip ve değerlendirmeyi içeren karmaşık bir süreçtir (Bull ve Roberts, 2001).

Bası yarası, enfeksiyon, aspirasyon gibi inmenin komplikasyonları yatış süresini ve hastaneye başvuru sayısını arttırdığı için taburculuk planlama programının inmede önemli bir yeri vardır. Shepperd ve diğerlerinin yaptığı çalışma, taburculuk planlamasının uygulanmasının, kalış süresinin ve geri kabulün azalmasına, maliyetlerin düşürülmesine, toplumda bakımın sürekliliğinin sağlanmasına, hasta ruh sağlığının iyileştirilmesine, bakım verenin ekip üyeleriyle hasta memnuniyetinin, hastalık sonuçlarının iyileştirilmesine ve eve daha güvenli hasta geçişine olanak sağladığını göstermektedir (Shepperd ve diğerleri, 2013). İnmeli hastalarda taburculuk planlaması sadece hastalarda yaşam kalitesini değil aynı zamanda ailelerini de iyileştirir (Jackson, 1994). Buna ek olarak, taburculuk planlaması hasta güvenliğini artırır (Jack ve diğerleri, 2009). Bu nedenle, sağlık sisteminde taburculuk planlaması büyük bir öneme sahiptir ve etkin taburculuk planlamasının olmayışı, bakım kalitesini arttırmada temel zorluktur. Taburculuk planlamasındaki boşluklar, pahalı olabilecek gereksiz tekrarlı yatışlar için hayati öneme sahip olabilir. Son yıllarda, önlenebilir geri kabullerin oranı, hastane bakımının kalitesinin bir göstergesidir. Bugün, bu sorunun önemi göz önüne alındığında, inmeli hastalarda hastane geri kabul oranını azaltmak, sağlık sistemlerinin yöneticileri için büyük bir zorluktur (Hassan, 2001). Tazhibi, Ghaderi ve Tirani'nin yaptıkları çalışma, hastanelerde önlenebilir geri yatışları azaltmak için kapsamlı bir etkili taburculuk planlama sistemi gerekli olduğunu göstermektedir (Tazhibi, Ghaderi ve Tirani, 2011).

Hasta ve bakım verenin eğitiminde hemşireler;

- Hastaya ve bakım verene gereksinimi olan bilgi, tutum ve davranışı kazandırmayı,
- Hastanın bağımsızlık düzeyinin artırılmasına destek olmayı,
- Hastanın olabildiğince sağlığının yeniden kazanmasını ve bakım verenin var olan sağlığının korunmasını ve geliştirilmesini,
- Hastalık sonrası yaşamlarıyla ilgili doğru kararlar almalarını,
- Rehabilitasyon sürecine katkıda bulunmayı,
- Hasta ve bakım verene psikolojik ve sosyal yönlerden de destek olmayı amaçlar (Baykal, 2018).

İnmeli hasta ve bakım verenine taburculuk eğitimi kapsamında inme risk faktörleri, koruyucu önlemler, rehabilitasyon süreci, hasta durumu, tedavi planı, hastada var olan sorunlarla (konstipasyon, inkontinans, baş dönmesi, yorgunluk, ağrı gibi) baş etme, hastanın günlük yaşam aktivitelerini devam ettirme, ulaşabilecekleri sağlık hizmetleri, yardımcı olacak kitap ve yazılı materyaller konusunda eğitim verilmesi gereklidir (Gök Uğur, 2013).

2.13.1. Taburculuk Eğitiminde Hasta Memnuniyetinin Önemi

Taburculuğu olacak her hastaya özel bir eğitim içeriği hazırlanmaktadır. Sistematik bir şekilde hazırlanan eğitim ve hemşirelik bakımı sayesinde hastanın inme sonrası oluşabilecek komplikasyonları azaltılabilir. Hasta ile hemşire arasındaki iletişim artırılabilir ve bunun sonucunda da hasta memnuniyetinin artışı sağlanabilir (Kelleci, 2012). Eğitimin değerlendirme sonucuna göre memnuniyet düzeyi yüksek olan hastalar, hastaneye ve sağlık çalışanlarına güven duyar, iyileşeceğine yönelik pozitif bir duygu durumu geliştirir, hastalığın olumsuz durumuna karşı olumlu bir davranış ortaya koyar. Hasta memnuniyetinin hastalar üzerindeki bu olumlu durumları dikkate alınarak klinik açıdan daha iyi sonuçlar elde edebilmek için hasta odaklı, hasta ve çalışan iletişimini geliştiren, nezaket ve mahremiyete önem veren, temiz, konforlu, kesintisiz, yüksek kaliteli, güvenli ve yenilikçi bir sağlık bakım hizmeti sunulması hasta memnuniyeti açısından önemli görülmektedir (Köşgeroğlu ve Meşe, 2018). İnme hastalarının psikolojik iyiliği, hastalara ve bakım verenlere düzgün bir taburculuk eğitimi verildiğinde artırılabilir. Çalışmalar, taburculuk eğitiminin hastalara ve bakım verenlerine daha az bakım yükü, anksiyete/depresyon ve daha yüksek bir yaşam kalitesi sağladığını göstermektedir (Kim, 2017).



3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı

Araştırma inmeli hasta ve bakım verenlerine verilen planlı taburculuk eğitiminin hasta memnuniyeti ve bakım verenin bakıma hazır oluşluğu üzerine etkisini belirlemek amacıyla tek gruplu, ön-son test tasarımlı yarı deneysel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın hipotezleri

H1: Taburculuk eğitiminin hastaya bakım verenin bakıma hazır oluşluğu üzerine etkisi vardır.

H2: Taburculuk eğitiminin inmeli hastalarda hasta memnuniyetine etkisi vardır.

Sınırlılıklar

Araştırmanın tek bir kurumda yürütülmüş olması nedeniyle araştırma sonuçları tüm inme hastalarına ve bakım verenlere genellenemez. Çalışmada kontrol grubunun olmaması araştırmanın sınırlılıkları olarak tanımlanabilir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Kayseri Şehir Hastanesi Nöroloji Kliniğinde inme tedavisi alan hastalar ve bu hastalara bakım veren kişiler ile yapılmıştır. Kayseri Şehir Hastanesi Nöroloji Kliniğinde inmeli hastalar tedavi görmektedir. Bu klinikte toplam 25 oda bulunmaktadır. Bu odaların 9 tanesi çift kişilik, 16 tanesi tek kişiliktir. Ayrıca doktor odası, giyinme odası, hemşire odası, laboratuvar, ilaç hazırlama odası, konferans salonu, bekleme salonu bulunmaktadır. Nöroloji kliniğinde inmeli hasta ve bakım verenlerine yalnızca hastalık ve ilaçları hakkında hekimleri tarafından kısa bilgiler verilmektedir. Hasta ve bakım verenlerine hemşirelik tanıları doğrultusunda planlı, kayıtlı ve standart bir taburculuk eğitimi verilmemektedir. Bakım vericilere ve hastalara yönelik herhangi bir eğitim kitapçığı/broşür vs. kullanılmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Şubat 2019-Ocak 2020 tarihleri arasında Kayseri Şehir Hastanesi Nöroloji Kliniğinde inme tanısı ile izlenen hastalar ve bu hastalara bakım verenler oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklem büyüklüğünün hesaplanması için Güç Analizi-Power Analysis and Sample Size Software (PASS) programı kullanılmıştır. Çalışmaya öncelikle 58 kişi pilot grup olarak dahil edilmiştir. Gönüllü 58 kişinin verileri ile ara değerlendirme yapılmış ve hazır oluşluk ölçeği ve satis inme anketinin eğitim öncesi ve sonrası puanları dikkate alınarak güç analizi uygulanmıştır. Güç analizinde alfa=0.05 ve n=58 için çalışma sonrası güç %100 olarak elde edilmiştir. Çalışmanın gücü yeterli olduğu için örneklem sayısı arttırılmamıştır.

Hastalar için örnekleme dahil etme kriterleri

- 65 yaş veya daha büyük yaşta olan hastalar,
- Yeni inme tanısı alan hastalar,
- Primer tanısı inme olanlar,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması,

Hasta ilgili dışlanma kriterleri

- Başka kuruma taburcu olacak hastalar,
- Medikal tavsiyeye karşı taburculuğunu isteyenler,
- Bakıcısı olmayanlar,
- Veri toplama araçlarını cevaplayabilecek bilişsel yeterliliği olmayanlar,

Bakım verenler için örnekleme dahil edilme kriterleri

- Yeni inme tanısı alan hastalara bakım verenler,
- Nöropsikolojik hastalığının olmaması,
- İnme tanısı almış hastanın bakımından birinci derecede sorumlu (primer) bakım vereni olması,

- Bakım verenin 18 yaş ve üzerinde olması,
- Bakım verenin veri toplama araçlarını cevaplayabilecek bilişsel ve fiziksel yeterliliği olması,
- Bakım verenin iletişim probleminin olmaması (işitme, konuşma anlama vb.),
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması,

Araştırma evrenini oluşturan ve tekrarlı başvurulardan oluşmayan 227 hasta ve bakım verenlerinden; 111 kişi yaş kriterine uymadığı (65 yaş altı), 18 kişi poliklinik randevusuna başka hastanede gitmek istediği, 17 kişi ile iletişim kurulamadığı, 13 kişi başka şehirde yaşayıp poliklinik kontrolüne gelmek istemediği, 6 kişi inme sonrası tedavi alırken başka hastaneye sevk olmak istediği, 4 kişi ise bakım vereni olmadığı için araştırmadan dışlanmıştır. Kriterlere uyan 58 hasta ve bakım verenleri çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan hasta ve bakım veren tanıtım formu (EK-1), Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği (EK-2), Satis-İnme Memnuniyet Anketi (EK-3), Barthel İndeksi (EK-4) kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Ayrıca planlı taburculuk eğitimi için literatür doğrultusunda hazırlanan inmeli hasta ve bakım verenlerine verilen planlı taburculuk eğitim kitapçığı kullanılmıştır (EK-5).

3.4.1. Veri toplama araçları

Bakım veren tanıtım formu (EK- I)

Literatür taranarak oluşturulmuş olan formda hasta yakınının yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu gibi kişisel bilgiler içeren 14 adet soru bulunmaktadır (EK 1).

Hasta tanıtım formu (EK- I)

Araştırmacı tarafından oluşturulan bu formda hastanın yaşı, inme sonrası gelişen yetersizlikler ve bağımlılık düzeyini içeren 3 soru yer almaktadır (EK 1).

Bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği (EK-2)

Ölçek, 1986 yılında Archbold ve Stewart tarafından geliştirilmiştir ve ölçekte 9 madde bulunmaktadır. Ölçekte 8 madde ve ek olarak bakım vericilere özel daha iyi hazır olmak istedikleri alanı sorgulayan bir madde daha vardır. Ölçekte hiç hazır değilim, yeterince hazır değilim, kısmen hazırım, oldukça hazırım, tamamen hazırım şeklinde 0'dan başlayıp 4'e kadar değişen 5 dereceli Likert tipi değerlendirme kullanılarak her soruya verilen cevapların hepsinin ortalamaları hesaplanır. Toplam puan minimum 0, maksimum 32 arasındadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar bakım vericilerin bakım vermeye daha çok hazır hissettiklerini, düşük puanlar daha az hazır hissettiklerini gösterir.

Karaman tarafından (2014) Türkçe'ye çevrilmiş ve geçerlilik güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeğin testi yarılama güvenirlik analizlerinde Spearman-Brown katsayısı 0.90, Gutmann Split-Half katsayısı 0.90 olarak saptanmıştır. Ölçek toplam Cronbach i Alpha katsayısı 0.92 olarak hesaplanmıştır (EK 2). Bu çalışmada da bakım vermeye hazır oluşluk ölçeğinin cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,850 olarak bulunmuştur. Ölçeğin araştırmada kullanılabilmesi için Ayfer Karadakovan'dan (EK-6) mail yoluyla izin alınmıştır.

Satis-İnme memnuniyet anketi (EK-3)

Bouffioulx ve arkadaşları tarafından (2008) oluşturulmuştur. Gür tarafından (2015) Türkçe'ye çevrilmiş ve geçerlilik güvenilirliği yapılmıştır. 36 maddelik ölçekte 'hiç memnun değilim', 'memnun değilim', 'memnunum', 'çok memnunum' ve '?' kısımlarından birisini işaretlenmesi istenmiştir. SATİS-İnme'nin güvenilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla SPSS paket programı kullanılarak Cronbach-alfa katsayısı hesaplanmıştır ve iç tutarlılık analizleri yapılmıştır. 36 maddeden oluşan ölçeğin Cronbach-alfa katsayısı 0,918 olarak bulunmuştur. Sağlık alanındaki çalışmalarda Cronbach-alfa değerinin 0.70'in üzerinde olması ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada da Satis-İnme memnuniyet anketinin cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,919 olarak bulunmuştur SATİS-İnme, ICF'in belirlediği 2 alanlardan 9' unu içeren 36 sorudan oluşur. 1 soru öğrenme ve bilgiyi uygulama, 1 soru genel görev ve talepler, 6 soru iletişim, 6 soru mobilizasyon, 9 soru kendine bakım, 3 soru ev hayatı, 6

soru kişisel etkileşim ve ilişkiler, 1 soru genel yaşam alanları, 3 soru toplum ve şehir hayatı ile ilgilidir (EK 3). Ölçeğin araştırmada kullanılabilmesi için Özlem El'den (EK-7) mail yoluyla izin alınmıştır.

Barthel indeksi (EK-4)

Mahoney ve Barthel tarafından 1965 yılında günlük yaşam aktivitelerindeki fiziksel bağımsızlığı değerlendirmek amacı ile geliştirilmiş, 10 maddeden oluşan (transfer, ambulasyon/tekerlekli iskemle kullanımı, merdiven inip çıkma, beslenme, giyinme, kendine çeki düzen verme, banyo yapma, tuvalet kullanımı, idrar inkontinansı, gaita inkontinansı) bir ölçektir. Her madde üç basamaklı puanlama sistemiyle (soruya göre 5 puanlık artışlarla 0-15 puan arası) ayrı ayrı puanlanarak toplam puan hesaplanmaktadır. Toplam puan 0 ile 100 arasında değişmekte olup, 0-20 tam bağımlılık, 21-60 ciddi bağımlılık, 61-90 orta bağımlılık, 91-99 hafif bağımlılık ve 100 ise tam bağımsızlık durumunu göstermektedir. Ölçek puanı 40'ın altında olan hastalar eve gidemezler (taburcu edilemezler), hareket ve kişisel bakımları için bağımlıdırlar. 60 puan hastaların bağımlılık ile destekli bağımsızlık arasını gösterir. 60-80 arası puan alan hastalar yalnız yaşıyorlarsa baş etmek için toplum kuruluşlarından bir miktar yardıma ihtiyaç duyabilirler. 85'in üstünde puan alan hastalar toplumda yaşamak üzere hastaneden taburcu edilebilir. Bu hastalar transferde bağımsızdırlar, kendi başlarına yürüyebilir ya da tekerlekli sandalyelerini kullanabilirler. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından nöroloji hastaları ile yapılmış ve Cronbach alpha değeri 0.93 olarak bulunmuştur (EK 4). Ölçeğin araştırmada kullanılabilmesi için Ayşe Küçükdeveci'den (EK-8) mail yoluyla izin alınmıştır.

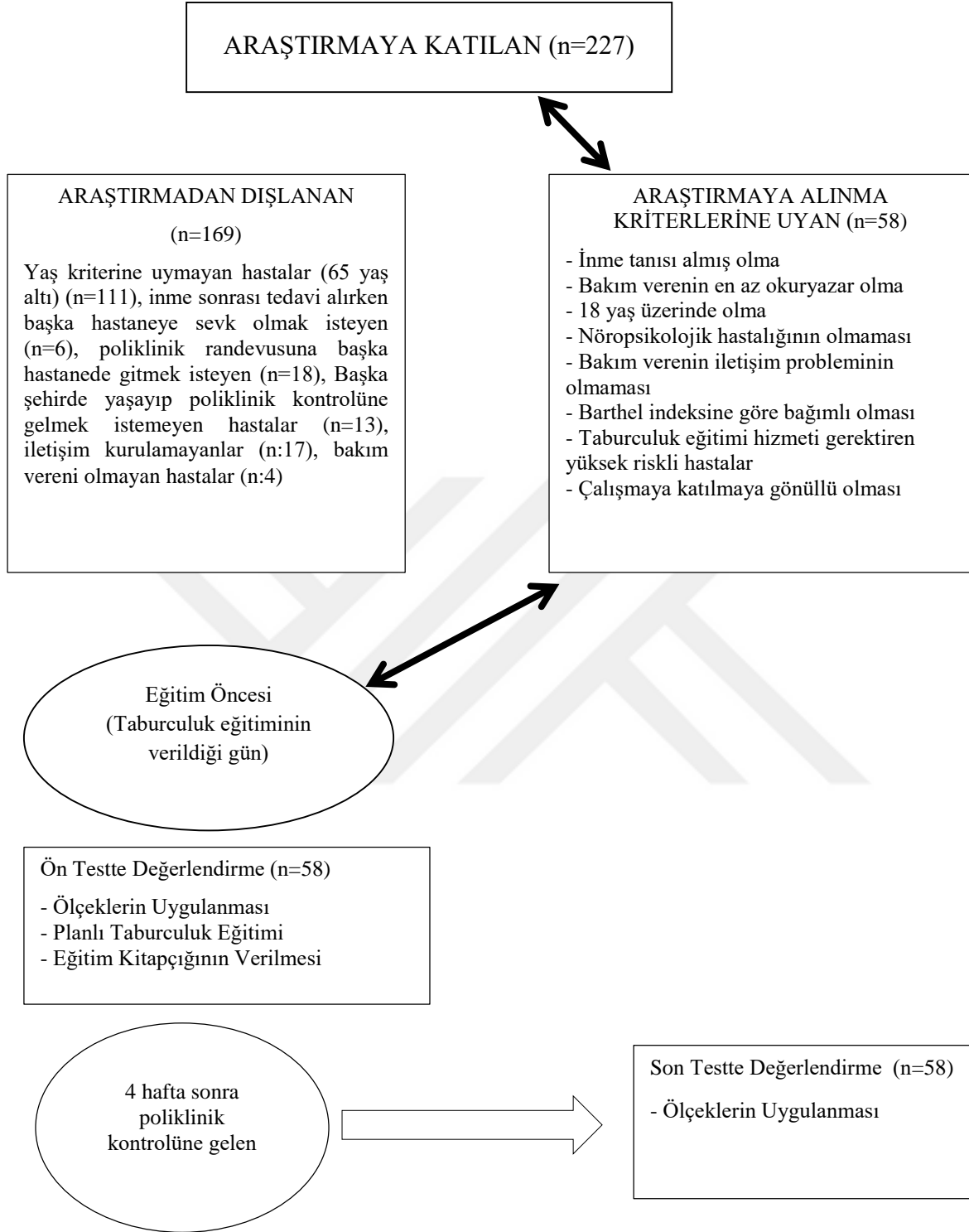
Planlı taburculuk eğitim kitapçığı (EK-5)

Planlı taburculuk eğitim kitapçığı literatür doğrultusunda hazırlanmış olup bu kitapçık inmeli kişiler ve onlara bakım verenler için hazırlanmıştır, kitapçıkta yer alan bilgiler inmeli hastanın bakımına / inmenin önlenmesine yardımcı olan bilgileri içermektedir (EK-5). Araştırmacı tarafından inmeli hasta ve bakım verenlerine yönelik 'İnme Eğitim Kitapçığı' uzman görüşü alınarak hazırlanmıştır.

3.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygunluğu ve yapılabilmesi için Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Komisyonundan (27/12/2018 tarihli ve 14574941-199- 171353 sayılı yazı)“Etik Onay” (EK-9) ve araştırmanın yürütülebilmesi için Kayseri Şehir Hastanesi Başhekimliği’nden “yazılı kurum izni” (EK-10) alınmıştır. Araştırmada insan olgusunun kullanımında bireysel hakların korunması gerektiğinden ‘İsteklilik, Gönüllük’ ilkesi ışığında ‘Bilgilendirilmiş Onam’ koşulu yerine getirilmiştir (EK-11).





Şekil 3.1. Araştırmanın uygulama şeması

3.6. Araştırmanın Uygulaması

Çalışmamızda nöroloji kliniğinde yatan inmeli hastalara, hastaneye yatışından taburculuğuna kadar geçen süre içerisinde hastalara yönelik hemşirelik tanıları hemşire gözlem kağıtlarından yararlanılarak belirlenmiştir. Her bir hastaya ve bakım verene, belirlenen hemşirelik tanıları doğrultusunda standart inme eğitimi verilmiştir. Taburculuk eğitimi hastalar taburcu olmadan 1 gün önce verilmiş olup her bir eğitim 30-40 dk sürmüştür. Eğitim; hastanın anlayabileceği, basit ve anlaşılır bir şekilde, hastanın soru sormasına izin verilerek, anlamadığı yerleri sorması için cesaretlendirici bir yaklaşımla verilmiştir. Ayrıca eğitim verilen ortamda uygun ışık ve ısı sağlanarak, konuya yoğunlaşmayı sağlayacak şekilde sessiz, hasta mahremiyeti korunarak ve bakım verenin de eğitime katılması sağlanmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için çalışmanın yapıldığı kurumdan ve çalışmaya katılan hasta yakınlarından yazılı onam alınmıştır. Taburculuk eğitimi öncesinde hastaların memnuniyeti Satis-İnme Memnuniyet Anketi ile bağımlılık düzeyi Barthel İndeksi ile bakım verenlerin bakıma hazır oluşluğu Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Taburculuktan 1 ay sonra inmeli hasta ve bakım verenlerine rutin poliklinik kontrollerine geldiklerinde, bakım verenin bakıma ne kadar hazır olduğu Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği ve hasta memnuniyetinin hangi düzeyde olduğu Satis-İnme Memnuniyet Anketi ile tekrar değerlendirilmiştir.

3.6.1. İnmeli Hastada Eğitim Hedefleri ve Hemşirelik Tanıları

Eğitimin hedefleri

Eğitimin amacı; hasta memnuniyetini ve bakım vericilerin bakıma hazır oluşluğunu arttırmaktır.

Bakım veren ve hasta;

- Hastalığı ile ilgili,
- İlaçları ile ilgili,
- Beslenmesi ile ilgili (DM, HT),
- Oluşacak komplikasyonlar ile ilgili,
- Hastalığın önlenmesi ve takibi ile ilgili yapması gerekenleri bilecek ve bilgi eksikliği azalacak.

Bakım veren;

- Hastasının ağrısının hangi yöntemlerle azaldığını bilecek.
- Hastasını nasıl beslemesi gerektiğini bilecek.
- Hastasının tuvalet alışkanlığını kontrol edebilecek.
- Konstipasyon riskini azaltacak girişimleri bilecek/uygulayacak
- Ağız bakımının nasıl yapıldığını bilecek ve uygulayacak.
- Hastasının ağız bakımını düzenli yapması için destek olacak.
- Enfeksiyon belirti bulgularını bilecek.
- Normal solunumun özelliklerini bilecek, solunum sıkıntısı gelişir ise fark edecek.
- Vücut ısısının normal değerlerini bilecek.
- Vücut ısısı farklarında uygun girişimleri bilecek.
- Hastası yatağa bağımlı ise düzenli pozisyon verecek.
- Hastasında dekibütüs ülserine yönelik riskini azaltacak girişimleri bilecek/ uygulayacak.
- Hastasında dekibütüs ülseri mevcut ise nasıl bakım vereceğini bilecek.
- Hastasının düşme riskini azaltacak girişimleri bilecek/uygulayacak.
- Hastasında aspirasyon bulgusu gözlemlendiğinde farkedecek.
- Hastasında aspirasyon gelişirse güvenli girişimleri yapacak.
- Hastayla uygun yöntemle doğru iletişimi sağlayacak.
- Hastanın kendisini ifade etmesini sağlayacak.
- Hastanın kendi sınırları içinde maksimum hareket kapasitesine kavuşmasını sağlayacak.

Hasta;

- Hasta idrarını tutabilecek.
- Hasta ve ailesi, değişen aile yapısına ve rollere alışacak ve uyum gösterecek.
- Hasta etkili baş etme stratejileri kullanacak.
- Hastanın eşiyle birlikte değişen duruma adaptasyonunu sağlayacak.
- Hasta sağlık bakım kararlarına katılım gösterecek, sağlığı en üst düzeye çıkaracak stratejiler geliştirecek ve uygulayacak.
- Hasta yorgunluk olarak tanılanan; yıkıcı etkiler ve yorgunluk seviyesine adapte olabilecek.

- Acil veya istenmeyen bir sorun ile karşılaştığında hangi numaraları araması ve nerelere başvurabileceğini bilecek.

Hemşirelik tanıları

Çizelge 3.1. İnmeli Hastalara Yönelik Olası/Potansiyel Hemşirelik Tanıları Ve Hasta Sayısı/Yüzde Olarak Dağılımı

Olası/Potansiyel Hemşirelik Tanıları	n/(%)
Hastasının durumu, hastalığı ve bakımı ilaçları, beslenmesi (dm,ht), oluşacak komplikasyonlar ile hastalığın izlemi ve takibi hakkında <i>Bilgi Eksikliği</i>	58/(100)
<i>Ağrı</i>	50/(86,2)
Beslenmede değişim, paralizye sekonder çiğneme güçlüğüne bağlı Beslenmede Dengesizlik: <i>Beden Gereksiniminden Az Beslenme</i>	31/(53,4)
Hastanın ve bakımverenin hastalığın seyrini bilmemesine bağlı <i>Anksiyete</i>	58/(100)
Psikososyal faktörler, aktivite ve diyetdeki değişikliklere bağlı <i>Konstipasyon</i>	25/(43,1)
Fiziksel mobilitede bozulmaya bağlı <i>Öz Bakım Eksikliği</i>	58/(100)
Yetersiz beslenme, deri ve immun sistemde yaşa bağlı değişiklikler, uzun süreli kullanılan ilaçlara sekonder inflamatuvar yanıtın baskılanmasına, hijyen kurallarını yerine getirememeye bağlı <i>Enfeksiyon Riski</i>	58/(100)
Yatağa bağımlı olmaya bağlı <i>Deri Bütünlüğünde Bozulma/Bozulma Riski</i>	31/(53,4)
İnmeye sekonder duyuşal fonksiyonlarda bozulmaya bağlı <i>Düşme Riski</i>	34/(58,6)
İnme sonrası yutma merkezinde hasara sekonder yutma güçlüğüne bağlı <i>Aspirasyon Riski</i>	58/(100)
Konuşma kaslarının motor fonksiyonlarının bozulmasına bağlı <i>Sözel İletişimde Bozulma</i>	24/(41,3)
Nöromüsküler bozukluk ve kısmi paralizye bağlı <i>Fiziksel Mobilitede Bozulma</i>	58/(100)
Mesane kaslarının etkilenmesine bağlı <i>Fonksiyonel Üriner İnkontinans</i>	48/(82,7)
<i>Aile Sürecinde Kesintiye Uğrama</i>	58/(100)
Anksiyete ve sözel iletişimde bozulmaya sekonder motor ve duyu fonksiyonlarındaki değişime bağlı <i>Etkisiz Başetme</i>	58/(100)
İnmeye sekonder vücut fonksiyonlarında değişime bağlı <i>Cinsel Disfonksiyon</i>	58/(100)
İnmeye sekonder kaba ve ince motor becerilerinin azalmasına bağlı <i>Etkisiz Sağlığı Sürdürme</i>	58/(100)
<i>Yorgunluk</i>	58/(100)

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS 18 istatistik yazılımında gerçekleştirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu histogram ve Q-Q grafikleri ve Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Varyans homojenliği Levene testi ile test edilmiştir. İkili gruplar arası karşılaştırmalarda nicel değişkenler için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. İki'den fazla gruplar arası karşılaştırmalarda nicel değişkenler için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Çoklu karşılaştırmalar için Dunn-Bonferroni testi kullanılmıştır. Tekrarlı ikili ölçüm karşılaştırmalarda nicel değişkenler için Wilcoxon testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırmalarında Pearson χ^2 analizi kullanılmıştır. Nicel veriler arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Tablolarda istatistikler aritmetik ortalama, standart sapma, ortanca(min-max) olarak verilmiştir. Çalışmada istatistik anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.





4. BULGULAR

Bu bölümde bakım veren grubunun yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sayısı, çalışma durumu, meslek, gelir durumu, ikamet yeri, kiminle beraber yaşadığı, hasta yakınlık derecesi, hasta ile birlikte yaşama durumu, hasta bakım deneyimi, hasta bakım yüküne yardımcı varlığı, hasta grubunun yaş, inme sonrası gelişen yetersizlikler ve barthel indeksi değişkenleri ortalama ve yüzde değerleri yer almaktadır.

Çizelge 4.1. Bakım verenin tanımlayıcı özellikleri (n:58)

Değişkenler	
Yaş	54.66±13.47
Cinsiyet	
Erkek	10(%17.2)
Kadın	48(%82.8)
Medeni durum	
Evli	52(%89.7)
Bekar	5(%8.6)
Boşanmış/dul	1(%1.7)
Eğitim durumu	
Okuryazar değil	3(%5.2)
Okuryazar	13(%22.4)
İlköğretim	29(%50.0)
Lise	10(%17.2)
Üniversite	3(%5.2)
Çocuk sayısı	
Yok	6(%10.3)
1-2	13(%22.4)
3-4	26(%44.8)
5 ve üzeri	13(%22.4)
Çalışma durumu	
Çalışıyorum	11(%19.0)
Çalışmıyorum	47(%81.0)
Meslek	
Yok	1(%1.7)
Emekli	8(%13.8)
Memur	3(%5.2)
Ev hanımı	42(%72.4)
İşçi	3(%5.2)
Diğer	1(%1.7)
Gelir durumu değerlendirme	
Gelir giderden fazla	5(%8.6)
Gelir gidere eşit	45(%77.6)
Gelir giderden az	8(%13.8)

Çizelge 4.1. (devam) Bakım verenin tanımlayıcı özellikleri (n:58)

Değişkenler	
İkamet yeri	
İl\$	36(%62.1)
İlçe	15(%25.9)
Köy	7(%12.1)
Birlikte yaşadığı birey/bireyler	
Yalnız	2(%3.4)
Eş	45(%77.6)
Çocuklar	6(%10.3)
*Diğer	5(%8.6)
Hastaya yakınlık derecesi	
Eş	26(%44.8)
Çocuk	25(%43.1)
Diğer	7(%12.1)
Hastayla birlikte yaşama durumu	
Birlikte yaşıyor	39(%67.2)
Birlikte yaşamıyor	19(%32.8)
Daha önce hasta bakımı deneyimi	
Yok	52(%89.7)
Var	6(%10.3)
Bakım vermede destek alma durumu	
Yok	24(%41.4)
Var	34(%58.6)
Bakımda destek alınan bireyin yakınlık derecesi	
Eş	6(%10.3)
Çocuk	14(%24.1)
Akraba	1(%1.7)
Kardeş	10(%17.2)
Anne-baba	3(%5.2)

*anne-baba

**Veriler ortalama±standart sapma ve n(%) olarak ifade edilmiştir.

Çizelge 4.1.'de bakım verenlerin tanımlayıcı özellikleri yer almaktadır. Çizelgede belirtildiği gibi araştırma kapsamına alınan bakım veren popülasyonun yaş ortalamaları 54.66 ± 13.47 'dir. Çizelge 4.1. incelendiğinde; araştırma kapsamına alınan bakım veren popülasyonun %82.8'inin kadın olduğu, %89.7'sinin evli olduğu, %50'sinin ilköğretim mezunu olduğu, %44.8'inin 3-4 çocuk sahibi olduğu, %81'i çalışmadığı, %72.4'ü ev hanımı olduğu, %77.6'sının gelirinin giderine eşit olduğu, %62.1'inin ilde yaşadığı, %77.6'sının eşi ile beraber yaşadığı, %44.8'inin yakınlık derecesinin eşi olduğu, %67.2'sinin hasta ile birlikte yaşadığı, %89.7'sinin hasta bakım deneyiminin olmadığı, %58.6'sının hasta bakımında destek aldığı belirlenmiştir.

Çizelge 4.2. Hastanın tanımlayıcı özellikleri (n:58)

Tanımlayıcı Özellikler	
Yaş	74.91±9.01
Bağımlılık düzeyi(Barthel İndeksi)	
Hafif bağımlı	1(1.7)
Orta bağımlı	13(22.5)
İleri bağımlı	22(37.9)
Tam bağımlı	22(37.9)
Hastaneye başvurduğunda görülen inmeye bağlı gelişen yetersizlikler	
Yüz, kol ve bacakta özellikle vücudun bir tarafında uyuşma veya karıncalanma	7(12.1)
Yürüme güçlüğü	8(13.8)
Denge kaybı	7(12.1)
Kolları ve bacakları hareket ettirmede güçlük	11(19.0)
Konuşma güçlüğü	7(12.1)
Bir veya iki gözde görme sorunu veya çift görme	1(1.7)
Bilinç bulanıklığı	17(29.3)
Kronik Hastalık Durumu	
Yok	26(44.8)
Var	32(55.2)
Hipertansiyon	24(41.4)
Diabetes Mellitus	11(19.0)
Hiperkolesterolemi	2(3.4)
Kalp Hastalığı	8(13.8)

Veriler ortanca (1.çeyrek-3.çeyrek), ortalama±standart sapma ve n (%) olarak ifade edilmiştir.

Çizelge 4.2.'de hastaların tanımlayıcı özellikleri yer almaktadır. Çizelgede belirtildiği gibi araştırma kapsamına alınan hasta popülasyonunun yaş ortalamaları 74.91±9.01'dir. Çizelge 4.2. incelendiğinde hastaların %37.9 'unun ileri bağımlı olduğu, %29.3'ünün inmeye bağlı gelişen yetersizliklerden ilk semptom olarak bilinç bulanıklığı ile hastaneye başvurduğu görülmüştür. Çizelge 4.2. incelendiğinde hastalarda eşlik eden en sık kronik hastalık %41.4 ile hipertansiyon olduğu görülmüştür.

Çizelge 4.3. Taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası dönemde bakım vermeye hazır oluşluk ölçek ve satis-inme anket puanlarının karşılaştırılması

Ölçekler	Eğitim Öncesi (n=58)	Eğitim Sonrası (n=58)	p*
Hazır oluşluk	8.0(5.5-12.0)	21.0(16.0-24.0)	<0.001
Satis-inme	29.5(0.0-38.0)	35.0(1.5-68.5)	<0.001

Veriler ortanca(1.çeyrek-3.çeyrek) olarak ifade edilmiştir.

*Mann Whitney U testi

Çizelge 4.3.'te taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası bakım vermeye hazır oluşluk ölçek ve satis-inme anket puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Çizelge 4.3. incelendiğinde; taburculuk eğitimi sonrası bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği ve satis-inme anket puan ortancasının taburculuk eğitimi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur($p<0,05$).



Çizelge 4.4. Bakım veren ve hastayla ilgili bazı özelliklere göre taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası dönemde ölçek puanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Eğitim öncesi Hazır oluşluk	Eğitim Sonrası Hazır oluşluk	p*	Eğitim öncesi Satis İnme	Eğitim sonrası Satis İnme	p*	Barthel İndeksi
Bakım Verici Cinsiyet	Kadın (n=48)	8.0(6.0-12.0)	20.5(16.0-24.0)	<0.001	26.0(0.0-38.0)	35.0(1.0-67.0)	<0.001	25.0(5.0-52.5)
	Erkek (n=10)	7.5(0.0-9.0)	22.5(17.5-24.0)	0.005	34.0(2.5-46.0)	34.5(3.0-70.5)	0.027	25.0(3.5-82.5)
	P	0.335	0.358		0.409	0.712		0.586
Eğitim Durum	Okuryazar değil (n=3)	8.0(7.0-12.0)	20.0(19.0-21.0)	0.109	31.0(0.0-46.0)	48.0(35.0-70.0)	0.109	35.0(10.0-65.0)
	Okuryazar (n=13)	8.0(0.0-16.0)	22.0(16.0-32.0)	0.001	35.0(0.0-72.0)	38.0(0.0-108.0)	0.27	25.0(5.0-80.0)
	İlköğretim (n=29)	8.0(0.0-32.0)	17.0(9.0-32.0)	<0.001	5.0(0.0-69.0)	34.0(0.0-106.0)	0.001	25.0(0.0-95.0)
	Lise (n=10)	10.0(1.0-23.0)	23.0(16.0-27.0)	0.005	34.0(0.0-70.0)	46.0(2.0-105.0)	0.012	35.0(0.0-90.0)
	Üniversite (n=3)	8.0(7.0-16.0)	24.0(22.0-24.0)	0.109	44.0(3.0-54.0)	61.0(4.0-73.0)	0.109	70.0(5.0-90.0)
	P	0.402	0.121		0.332	0.367		0.377
Medeni Durum	Evli (n=52)	8.0(0.0-32.0)	21.0(9.0-32.0)	<0.001	30.0(0.0-72.0)	35.0(0.0-108.0)	0.208	25.0(0.0-95.0)
	Bekar (n=5)	8.0(7.0-12.0)	22.0(18.0-24.0)	<0.001	38.0(0.0-54.0)	53.0(0.0-69.0)	0.096	45.0(0.0-70.0)
	P	0.343	0.179		0.650	0.711		0.328
Çocuk Sayısı	Yok (n=6)	10.0(7.0-23.0)	24.0(22.0-30.0)	0.001	36.5(3.0-54.0)	57.0(4.0-70.0)	0.099	55.0(5.0-75.0)
	1-2 (n=13)	8.0(0.0-23.0)	21.0(16.0-32.0)	<0.001	23.0(0.0-72.0)	35.0(0.0-108.0)	0.019	30.0(0.0-80.0)
	3-4 (n=26)	8.0(0.0-32.0)	18.0(9.0-32.0)	<0.001	5.0(0.0-70.0)	35.0(0.0-106.0)	<0.001	25.0(0.0-95.0)
	5 ve üstü (n=13)	8.0(0.0-14.0)	21.0(13.0-32.0)	<0.001	35.0(0.0-68.0)	48.0(0.0-103.0)	0.009	25.0(5.0-80.0)
	P	0.175	0.089		0.151	0.513		0.342

Çizelge 4.4. (devam) Bakım veren ve hastayla ilgili bazı özelliklere göre taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası dönemde ölçek puanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	Eğitim öncesi Hazır oluşluk	Eğitim Sonrası Hazır oluşluk	p*	Eğitim öncesi Satis İnme	Eğitim sonrası Satis İnme	p*	Barthel İndeksi	
Meslek	Emekli (n=8)	8.0(0.0-23.0)	21.0(16.0-32.0)	0.011	35.0(0.0-70.0)	52.0(0.0-105.0)	0.042	27.5(5.0-90.0)
	Memur (n=3)	14.0(11.0-16.0)	24.0(22.0-24.0)	0.109	35.0(35.0-44.0)	60.0(35.0-73.0)	0.180	35.0(25.0-90.0)
	Ev hanımı (n=42)	8.0(0.0-32.0)	20.0(9.0-32.0)	<0.001	18.5(0.0-72.0)	35.0(0.0-108.0)	<0.001	25.0(0.0-95.0)
	İşçi (n=3)	7.0(6.0-8.0)	22.0(21.0-23.0)	0.102	35.0(0.0-108.0)	35.0(34.0-61.0)	0.180	40.0(30.0-70.0)
	P	0.184	0.429		0.303	0.487		0.233
Gelir Durumu	Gelir giderden fazla (n=5)	14.0(11.0-19.5)	25.0(20.0-26.5)	0.042	21.0(0.0-38.0)	32.0(0.0-42.0)	0.180	25.0(5.0-47.5)
	Gelir gider eşit (n=45)	8.0(3.0-9.0)	20.0(16.0-24.0)	<0.001	30.0(0.0-41.0)	35.0(1.0-70.0)	<0.001	25.0(5.0-65.0)
	Gelir giderden az (n=8)	8.0(8.0-11.5)	23.0(17.5-24.0)	0.011	25.5(9.5-44.0)	35.0(20.5-63.5)	0.042	17.5(6.5-35.0)
	P	0.016	0.092		0.829	0.513		0.844
İkamet Yeri	İl (n=36)	8.0(0.0-32.0)	21.0(9.0-32.0)	<0.001	26.0(0.0-72.0)	35.0(0.0-108.0)	<0.001	25.0(0.0-90.0)
	İlçe (n=15)	8.0(0.0-23.0)	21.0(16.0-30.0)	<0.001	14.0(0.0-38.0)	35.0(0.0-70.0)	0.002	25.0(0.0-65.0)
	Köy (n=7)	7.0(0.0-12.0)	20.0(16.0-32.0)	<0.001	33.0(0.0-52.0)	35.0(6.0-70.0)	0.078	35.0(25.0-80.0)
	P	0.269	0.730		0.478	0.650		0.185
Hastaya Yakınlık Derecesi	Eş (n=26)	8.0(0.0-32.0)	22.0(16.0-32.0)	<0.001	35.0(0.0-72.0)	56.5(0.0-108.0)	<0.001	32.5(0.0-95.0)
	Çocuk (n=25)	8.0(0.0-23.0)	19.0(9.0-27.0)	<0.001	0.0(0.0-54.0)	2.0(0.0-73.0)	0.007	5.0(0.0-90.0)
	Akraba (n=7)	7.0(0.0-13.0)	22.0(14.0-24.0)	<0.001	30.0(1.0-70.0)	30.0(1.0-105.0)	0.102	30.0(10.0-90.0)
	P	0.416	0.153		0.002	0.001		0.004
Hastayla Birlikte Yaşama	Yaşıyorum (n=39)	8.0(0.0-32.0)	21.0(9.0-32.0)	<0.001	35.0(0.0-72.0)	38.0(0.0-108.0)	<0.001	30.0(0.0-95.0)
	Yaşamıyorum (n=19)	8.0(0.0-23.0)	19.0(14.0-27.0)	<0.001	1.0(0.0-70.0)	2.0(0.0-105.0)	0.017	10.0(0.0-90.0)
	P	0.538	0.246		0.017	0.010		0.026

Çizelge 4.4. (devam) Bakım veren ve hastayla ilgili bazı özelliklere göre taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası dönemde ölçek puanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Eğitim öncesi Hazır oluşluk	Eğitim Sonrası Hazır oluşluk	p*	Eğitim öncesi Satis İnme	Eğitim sonrası Satis İnme	p*	Barthel İndeksi
Bakım Deneyimi	Yok (n=52)	8.0(0.0-32.0)	22.5(9.0-32.0)	<0.001	26.0(0.0-72.0)	35.0(0.0-108.0)	<0.001	25.0(0.0-90.0)
	Var (n=6)	14.0(8.0-23.0)	24.5(17.0-30.0)	0.001	35.0(0.0-59.0)	36.5(0.0-106.0)	0.096	30.0(0.0-80.0)
	P	0.007	0.018		0.437	0.418		0.847
Bakımda Destek Alma Durumu	Hayır (n=24)	8.0(0.0-23.0)	22.5(14.0-32.0)	<0.001	15.0(0.0-72.0)	34.5(0.0-108.0)	<0.001	25.0(0.0-90.0)
	Evet (n=34)	8.0(0.0-32.0)	20.5(9.0-32.0)	<0.001	35.0(0.0-69.0)	35.0(0.0-106.0)	<0.001	25.0(0.0-95.0)
	P	0.552	0.192		0.290	0.656		0.573
Barthel İndeksi	Orta Bağımlı(n=13)	10.5(7.0-32.0)	24.0(16.0-32.0)	<0.001	53.0(29.0-72.0)	71.5(48.0-108.0)	0.001	75.0(65.0-90.0)
	İleri bağımlı(n=22)	8.0(0.0-23.0)	22.0(16.0-27.0)	<0.001	34.5(0.0-55.0)	35.0(0.0-70.0)	0.169	30.0(25.0-55.0)
	Tam Bağımlı(n=22)	8.0(0.0-14.0)	16.0(9.0-24.0)	0.001	0.0(0.0-35.0)	0.0(0.0-38.0)	0.437	5.0(0.0-15.0)
	P	0.002	<0.001		<0.001	<0.001		<0.001

Veriler ortanca (1.çeyrek ve 3.çeyrek) olarak ifade edilmiştir.

p: Gruplar içi karşılaştırma sonuçlarının anlamlılığını,

p*: Gruplar arası karşılaştırma sonuçlarının anlamlılığını göstermektedir.

Mann Whitney U- Kruskal Wallis Testi.

Çizelge 4.4.'te Bakım Veren ve Hastayla İlgili Bazı Özelliklere Göre Taburculuk Eğitimi Öncesi ve Sonrası Dönemde Ölçek Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması yer almaktadır.

Çizelge 4.4. 'te cinsiyet değişkeni ile taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği, satis-inme anket puan ortancaları incelendiğinde; cinsiyet değişkenlerinde grup içi karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Cinsiyet değişkenlerin de taburculuk eğitimi sonrası bakım vermeye hazır oluşluk ve satis-inme ölçek puan ortancaları eğitim öncesine göre gruplar arası karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım verenlerin cinsiyet değişkenine göre hasta gruplarının barthel indeks puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.2. 'te eğitim durumu değişkenleri ile taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği, satis-inme anket puan ortancaları incelendiğinde; eğitim durumu değişkenlerinde grup içi karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Okuryazar olmayan popülasyonda taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği, satis-inme anket puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Okuryazar, ilköğretim mezunu, lise mezunu, üniversite mezunu eğitim durumu değişkenlerinin bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği ve satis-inme anket puan ortancaları, taburculuk eğitimi sonrası eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Bakım verenlerin eğitim durumu değişkenine göre hasta gruplarının barthel indeks puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.3. 'te medeni durum değişkenleri ile taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği, satis-inme anketi puan ortancaları incelendiğinde; medeni durum değişkenlerinde grup içi karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Medeni durum değişkenlerinde taburculuk eğitimi sonrası bakım vermeye hazır oluşluk ölçek puan ortancaları; eğitim öncesine göre gruplar arası karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Medeni durum değişkenlerin de Satis-inme anket puan ortancaları incelendiğinde; taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası gruplar arası karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bakım verenlerin medeni durum değişkenine göre

hasta gruplarının barthel indeks puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Dul/Boşanmış bakım veren grubunun populasyon sayısı 1 olduğundan dolayı istatistiksel olarak göz ardı edilmiştir.

Çizelge 4.4. 'te bakım verenlerin çocuk sayısı değişkenleri ile taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği, satis-inme anketi ölçek puan ortancaları incelendiğinde; çocuk sayısı değişkenlerinde grup içi karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Çocuk sayısı değişkenlerinin taburculuk eğitimi sonrası bakım vermeye hazır oluşluk ölçek puan ortancaları; eğitim öncesine göre gruplar arası karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Çocuğu olmayan populasyonun Satis-inme anket puan ortancaları incelendiğinde; taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Çocuk sayısı 1-2, 3-4, 5 ve üstü populasyonlarının taburculuk eğitimi sonrası satis-inme anket puan ortancaları eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Bakım verenlerin çocuk sayısı değişkenine göre hasta gruplarının barthel indeks puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.4. 'te bakım verenlerin meslek gruplarının değişkenleri ile taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği, satis-inme anketi puan ortancaları incelendiğinde; meslek grupları değişkenlerinde grup içi karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Emekli ve ev hanımı populasyonlarının bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği, satis-inme anket puan ortancaları taburculuk eğitimi sonrası öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Memur ve işçi populasyonlarının bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği, satis-inme anket puan ortancaları taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bakım verenlerin meslek grupları değişkenine göre hasta gruplarının barthel indeks puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.4. 'te bakım verenlerin gelir durumu değişkenleri ile taburculuk eğitimi öncesi bakım vermeye hazır oluşluk ölçek puan ortancaları incelendiğinde; grup içi karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Geliri fazla olan

populasyonun taburculuk eğitimi öncesi bakım vermeye hazır oluşluk ölçek puan ortancası; geliri gidere eşit olan ve geliri giderden az olan bireylerin taburculuk eğitimi öncesi bakım vermeye hazır oluşluk ölçek puan ortancalarından yüksek olduğu gözlenmiştir. Gelir giderden fazla olan populasyonun bakım vermeye hazır oluşluk ölçek puan ortancası taburculuk eğitimi sonrası eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derece yüksek saptanmışken ($p < 0,05$); satis-inme anket puan ortancaları taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Gelir gidere eşit, gelir giderden az olan populasyonun bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği ve satis-inme anket puan ortancaları incelendiğinde; taburculuk eğitimi sonrası, eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p < 0,05$). Bakım verenlerin gelir durumu değişkenine göre hasta gruplarının barthel indeks puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.4. 'te bakım verenlerin ikamet yeri değişkenleri ile taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği, satis-inme anket puan ortancaları incelendiğinde; ikamet yeri değişkenleri arasında grup içi karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Bakım verenlerin ikamet yeri değişkenlerinde taburculuk eğitimi sonrası bakım vermeye hazır oluşluk ölçek puan ortancaları, taburculuk eğitimi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Köyde yaşayan populasyonun taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası satis-inme anket puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). İl ve ilçede oturan populasyonların taburculuk eğitimi sonrası satis-inme anket puan ortancaları taburculuk eğitimi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Bakım verenlerin ikamet yeri değişkenine göre hasta gruplarının barthel indeks puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.4. 'te bakım verenlerin yakınlık derecesi değişkenleri ile taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası bakım vermeye hazır oluşluk ölçek puan ortancaları incelendiğinde; bakım verenlerin yakınlık derecesi değişkenleri arasında grup içi karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Bakım verenlerin yakınlık derecesi değişkenleri ile taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası satis-inme anket puan ortancaları incelendiğinde; bakım verenleri çocuğu olan populasyonun puanı diğer değişkenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p < 0,05$). Bakım

verenlerin yakınlık derecesi değişkenlerinin taburculuk eğitimi sonrası bakım vermeye hazır oluşluk ölçek puan ortancası, taburculuk eğitimi öncesine göre gruplar arası karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım verenleri akrabası olan populasyonun taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası satis-inme anket puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Bakım verenlerin yakınlık derecesi eşi ve çocuğu olan populasyonda taburculuk eğitimi sonrası satis-inme anket puan ortancaları taburculuk eğitimi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım verenleri çocuğu olan populasyonun hasta grubunun barthel indeks puan ortancası diğer bakım verenlerin yakınlık derecesi değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 4.4. 'te bakım verenlerin birlikte yaşama değişkenleri ile taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası bakım vermeye hazır oluşluk ölçek puan ortancaları incelendiğinde; bakım verenlerin birlikte yaşama değişkenleri arasında grup içi karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bakım verenlerin birlikte yaşamayan populasyonun satis-inme anket puan ortancaları taburculuk eğitim öncesi ve sonrası birlikte yaşayan popülasyona göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım verenlerin birlikte yaşama değişkenlerinde taburculuk eğitimi sonrası bakım vermeye hazır oluşluk ölçek ve satis-inme anket puan ortancaları, taburculuk eğitimi öncesine göre gruplar arası karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım verenlerin birlikte yaşamayan populasyonun hasta grubunun barthel indeks puan ortancası; birlikte yaşayan popülasyona göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 4.4. 'te bakım verenlerin bakım verme deneyimi değişkenleri ile bakım vermeye hazır oluşluk ölçek puanı incelendiğinde; daha önceden deneyimi olan bakım veren populasyonun deneyimi olmayanlara göre bakım vermeye hazır oluşluk anket puan ortancaları taburculuk eğitimi öncesi ve taburculuk eğitimi sonrası grup içi karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım verenlerin bakım verme deneyimi değişkenlerinin satis-inme anket puan ortancaları taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası puanları arasında grup içi karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Bakım verenlerin bakım verme deneyimi değişkenlerinin taburculuk eğitimi sonrası bakım vermeye hazır oluşluk ölçek

puan ortancaları taburculuk eğitimi öncesine göre gruplar arası karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım verenlerin bakım verme deneyimi olmayan populasyonun taburculuk eğitimi sonrası satis-inme anket puan ortancası taburculuk eğitimi öncesine göre gruplar arası karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım verenlerin bakım verme deneyimi olan populasyonun satis-inme anket puan ortancaları taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Bakım verenlerin bakım verme deneyimi değişkenine göre hasta gruplarının barthel indeks puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.4. 'te bakım verenlerin destekleyecek kişi değişkenleri ile taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği ve satis-inme anketi puan ortancaları incelendiğinde; bakım verenlerin destekleyecek kişi değişkenleri arasında grup içi karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bakım verenlerin destekleyecek kişi değişkenlerinin taburculuk eğitimi sonrası bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği ve satis-inme anket puan ortancaları taburculuk eğitimi öncesine göre gruplar arası karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım verenlerin destekleyecek kişi değişkenleri göre hasta gruplarının barthel indeks puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.4. 'te hastaların barthel indeksi değişkenleri ile taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği ve satis-inme anket puan ortancaları incelendiğinde; hastaların barthel indeksi değişkenleri arasında grup içi karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Barthel indeksi değişkenlerinin taburculuk eğitimi sonrası bakım vermeye hazır oluşluk ölçek puan ortancaları taburculuk eğitimi öncesine göre gruplar arası karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Orta bağımlı populasyonun taburculuk eğitimi sonrası satis-inme anket puan ortancası taburculuk eğitimi öncesine göre gruplar arası karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). İleri bağımlı ve tam bağımlı popülasyonda taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası satis-inme anket puan ortancaları arasında gruplar arası karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.5. Taburculuk eğitimi öncesi korelasyon sonuçları

Değişkenler	Hazır oluşluk	Satis-inme puanı	Barthel indeksi
Hazır oluşluk	1	0.503**	0.512**
Satis-inme puanı		1	0.807**
Barthel indeksi			1

*p<0.05,

**p<0.01,

***p<0.001

Spearman Korelasyon Analizi

Çizelge 4.5.'te taburculuk eğitimi öncesi bakım verenin bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği, satis-inme anket, barthel indeksi puanı değişkenleri arasındaki korelasyon analizi yer almaktadır. Çizelge 4.5. incelendiğinde bakım vermeye hazır oluşluk ölçek puanı ile satis-inme anket puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.503$). Bakım vermeye hazır oluşluk ölçek puanı ile barthel indeksi arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.512$). Satis-inme anket puanı ile barthel indeksi arasında pozitif yönde çok iyi düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.807$).

Çizelge 4.6. Taburculuk eğitimi sonrası korelasyon sonuçları

Değişkenler	Hazır oluşluk	Satis-inme puanı
Hazır oluşluk	1	0.617**
Satis-inme puanı		1

*p<0.05,

**p<0.01,

***p<0.001

Spearman Korelasyon Analizi

Çizelge 4.6.'da taburculuk eğitimi sonrası bakım verenin bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği, satis-inme anketi değişkenleri arasındaki korelasyon analizi yer almaktadır.

Çizelge 4.6. incelendiğinde bakım vermeye hazır oluşluk ölçek puanı ile satis-inme anket puanı arasında pozitif yönde iyi düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.617$).

Buna ek olarak çalışmamızda regresyon analizi de yapılmıştır. İnmeli hasta ve bakım verenlerinin tanımlayıcı özellikleriyle, taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası Satis-inme

anketi, bakıma hazır oluşluk ölçeği ve Barthel İndeksi arasında yapılan regresyon analizi sonucunda anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0.195$).



5. TARTIŞMA

Bu bölümde, çalışmaya dahil edilen hastalara ve bakım verenlerine verilen planlı taburculuk eğitiminin, bakım verenin bakıma hazır oluşluğu ve hasta memnuniyeti üzerine etkisi literatür ışığında dört başlık altında tartışılmıştır;

- 5.1. Taburculuk Eğitimi Öncesi ve Sonrası Dönemde Bakım Vereninin Bakıma Hazır Oluşluğu ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların İncelenmesi
- 5.2. Taburculuk Eğitimi Öncesi ve Sonrası Dönemde Hastaların Memnuniyeti ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların İncelenmesi
- 5.3. Bakım Verenlerinin Bakıma Hazır Oluşluğu ve Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

5.1. Taburculuk Eğitim Öncesi ve Sonrası Dönemde Bakım Vereninin Bakıma Hazır Oluşluğu ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların İncelenmesi

İnmeli hasta yakınlarının evde bakıma hazır olma durumları bakımın sürekliliği ve uygun biçimde yürütülmesi açısından önemlidir. Hastaya bakım verenlerin bakıma hazır oluşluk durumlarının belirlenerek, taburcu olmadan önce gereksinim duydukları konularda eğitim ve destek verilmesi de oldukça önemlidir (Baykal, 2018). Bakım vericilerin çoğu hastalarına gerekli bakımı verebilmek için yeterli bilgi ve beceriye sahip değildir. Bu nedenle tanı aşamasından başlatılan taburculuk süresince de devam ettirilen bir eğitim sürecine hasta ve yakınının dahil edilmesi önemlidir. Bakım vericilerin hastalığın getirdiği sorunlarla başa çıkmaları, olası komplikasyonları kontrol etmeyi başarabilmeleri için bazı özel bilgiler kazanmaları gerekmektedir (Baykal, 2018).

İnme hastalarında diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi taburculuk eğitimi önemli yere sahiptir. Creasy, Lutz, Young, Ford ve Martz (2013) tarafından yapılan çalışmada bakım verenlerin bakımla ilgili kilit konulara yeterince hakim olamadığını, sağlık çalışanlarının çalışma yükü altında yeterince eğitim veremediğini bu yüzden hasta bakımının zorlaştığını göstermişlerdir (Creasy, Lutz, Young, Ford ve Martz, 2013). Henriksson ve Årestedt'ın (2013) yaptığı çalışma bakım verenin bakıma hazır oluşluğunun bakım verme kalitesini etkileyebileceğini göstermiştir (Henriksson ve Årestedt, 2013). Yapılan araştırmalar hastaneden ayrılma sürecindeki bireylerin ve ailelerin hastalıkları ile ilgili bilgi ve destek almalarının anksiyetelerini hafifleteceğini, hastalıklarına ve bakıma uyum sağlamalarında

yardımcı olacağını göstermektedir (Akdemir, Yurtsever ve Kapucu, 2011; Henderson ve Zernike, 2001). İnmeli hastanın bakım verenlerinin ihtiyaçlarını karşılayacak kadar kapsamlı eğitim uygulanmasıyla aile desteğinin sağlanması, aile içi iletişimlerinin, uyumlarının ve dayanma güçlerinin artırılmasının mümkün olduğu belirtilmektedir. Böylelikle bakım verenlerin bakım verici yükünün azaltılacağı hastanın ve bakım vericisinin yaşam kalitesinin artacağı belirtilmektedir (Baykal, 2018). Pitthayapong, Thiangtam, Powwattana, Leelacharas ve Waters (2017) inmeli hasta yakınlarında bilgi, motivasyon ve davranışsal becerileri artırmaya yönelik model çerçevesinde yaptıkları dört haftalık programın, bakım verenlerin inme sonrası bakım bilgisini düzettiği, hastaların günlük yaşam aktivitelerini yapma becerisinin artırdığı, komplikasyonları azalttığı belirlenmiştir (Pitthayapong ve diğerleri, 2017). Mohammadi, Zabolypour, Ghaffari ve Arazi'nin (2019) İranda'da yaptıkları kontrol gruplu randomize çalışmada, bakım verenlerinin eğitim ihtiyaçlarını belirleyerek bireysel eğitim programı ve telefonla izlemi içeren taburculuk planlama programı yapmışlardır. Bu çalışmada çalışmamızla tutarlı olarak planlı taburculuk eğitimi yapılan bakım verenlerin bakıma hazır oluşluk düzeyinin yapılmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Mohammadi ve diğerleri, 2019). Bakım veren olmak, insanların fiziksel ve psikolojik sağlığını, finansal kaynaklarını, sosyal ve psikolojik sağlığını önemli düzeyde etkiler (Franchini ve diğerleri, 2019). Holm ve diğerlerinin (2016) yaptığı çalışmada bakım verenlere uygulanan eğitimin, hem kısa hem de uzun vadede bakım vermeye hazır olmalarında anlamlı bir artışa yol açtığını göstermektedir (Holm ve diğerleri, 2016). Çalışmamızda da bu çalışmalarla tutarlı olarak eğitim sonrası bakım vermeye hazır oluşluk düzeylerinin arttığı belirlenmiştir.

Henriksson ve Årestedt (2013) ve Pucciarelli ve diğerlerinin (2017) çalışmasında palyatif hastaları ve bakım verenleri üzerinde yaptığı bir çalışmada bakım verenlere yapılacak olan eğitimin bakıma hazırlığı kolaylaştırdığını saptamışlardır (Henriksson ve Årestedt, 2013; Pucciarelli ve diğerleri, 2017). Çalışmamızda eğitim sonrası bakım vermeye hazır oluşluk anket puanlarının arttığını saptadık.

Scherbring (2002), onkoloji hastalarının bakım verenlerinin hazır oluşluğu ile ilgili yaptığı çalışmada bakım verenlerin hazır oluşluk düzeylerinde taburculuktan önce ve taburcu olduktan sonraki bir aya kadar geçen sürede önemli bir fark bildirilmemiştir (Scherbring, 2002). Çalışmamızda taburculuktan önce ve taburcu olduktan bir ay sonra yapılan değerlendirmede bakım verenlerin hazırlık düzeylerinde anlamlı fark bulunmuştur.

Bakım verenin bakım hazır oluşuğunu yeterli olmaması, sosyal destek eksikliği, sağlık durumu, aile fonksiyonlarının bozulması gibi faktörlerin yanı sıra eğitim düzeyinin bakım vermeyi etkileyen önemli faktörlerden olduğu belirtilmektedir (Lutz ve Camicia, 2016)

Çalışmamızda okuryazar olmayan populasyon ve üniversite mezunu populasyonun eğitim öncesi ve sonrasında bakım vermeye hazır oluşluk anket puan ortancaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bunun nedeni olarak okuryazar olmayan grupta sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olması, eğitim materyalinden okuryazar olmadıkları için yararlanımının kısıtlı olmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Ancak okuryazar, ilköğretim mezunu, ortaöğretim mezunu bakım verenlerin gruplar arası karşılaştırmada bakım vermeye hazır oluşluk düzeyinin eğitim sonrası dönemde öncesine göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin eğitim durumu arttıkça bakım verme yükünün azaldığı belirtilmektedir. Bunun nedeni olarak da bakım verenlerin bakımı sağlama da gerekli bilgi ve beceriyi elde etmek için ulaşabilecekleri kaynakları belirlemeleri ve kullanmaları sayesinde hasta bakımında daha güvenli ve hazırlıklı olmaları ile açıklanmaktadır (Mollaoğlu, 2011). Bu çalışmalardan farklı olarak çalışmamızda üniversite mezunlarının bakıma hazır oluşluk düzeyleri arasında grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalarda anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bunun nedeni olarak üniversite mezunu olan bakım veren sayısının az olması ve çalışmaların farklı toplumlarda ve örneklem gruplarında yapılmış olması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Literatürde bağımsızlık düzeyi arttıkça bakım yükünün azaldığı belirtilmektedir (Kankaya ve Karadakovan, 2017; Orak ve Sezgin, 2015). Çalışmamızda orta bağımlı grupta bakım yükünün daha az olmasından dolayı bakım verenlerin bakım vermeye hazır oluşluk puanlarının hem taburculuk eğitimi öncesi hem sonrası daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Literatürde bakım verenlerin bakım verme tecrübesi olanların bakım yükünün daha az olması bakıma adaptasyonlarının daha iyi olduğu görülmektedir (Mackenzie ve Greenwood, 2012; Ghazzawi, Kuziemyky ve O'Sullivan, 2016). Çalışmamızda daha önceden bakım tecrübesi olanların literatürle uyumlu olarak bakım vermeye daha hazır oldukları görülmüştür.

Bu sonuçlar doğrultusunda araştırmanın birinci hipotezi kabul edilmiştir.

5.2. Taburculuk Eğitimi Öncesi ve Sonrası Dönemde Hastaların Memnuniyeti ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların İncelenmesi

Yaşam memnuniyeti denildiğinde, belirli bir duruma ilişkin memnuniyet değil, genel olarak tüm yaşantıdaki memnuniyeti anlaşılır. Yaşam memnuniyeti, kişinin iş, boş zaman ve diğer zaman dilimlerindeki yaşamına gösterdiği duygusal tepki veya tutumdur. Hasta temelli uygulamalarda memnuniyet düzeyinin belirlenmesi önemlidir. İyilik hali, kişinin beklentileri ile yapabildikleri karşılığında bireysel algılanan memnuniyet durumu olarak tanımlanabilir. İnmeli hastalarda da yaşam memnuniyeti oldukça önemlidir (Erdoğan Gür, 2015). Litarürde inmeli hastalarda yaşam memnuniyetini değerlendirmeye yönelik SATİS inme anketi kullanılması gerektiği belirtilmekle birlikte ancak sınırlı sayıda çalışma bulunduğu gözlenmiştir. Çalışmamızda inmeli hastalara ve bakım verenlerine verdiğimiz eğitim ile eğitim öncesine göre eğitim sonrası dönemde hasta memnuniyetinde artış görülmüştür.

Bouffioulx, Arnould ve Thonnard (2008) yaptıkları çalışmada Satis-inme ölçümleri ve Barthel Index ham puanları arasında pozitif yönde bir ilişkili olduğu ve aktivitelerini bağımsız olarak yapan hastaların memnuniyetlerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir (Bouffioulx, Arnould ve Thonnard 2008). Smith'in (2015) yaptığı çalışmada fonksiyonel kısıtlılığa sahip inmeli hastaların anlamlı olarak daha düşük yaşam memnuniyetine sahip olduğu söylemiştir (Smith, 2015). Erdoğan Gür (2015) SATİS-İnme ile Barthel indeksi arasında anlamlı iyi düzeyde pozitif korelasyon saptamıştır (Erdoğan Gür, 2015). Çalışmamızda da bu çalışma sonuçları ile tutarlı olarak Satis-inme puanı ile barthel indeksi arasında pozitif yönde çok iyi düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Literatür incelendiğinde inmeli hastaların yaşam memnuniyeti ile yaşam kalitesinin ilişkili olduğu ve hastaların özellikle motor ve bilişsel sorunlarının yaşam memnuniyetlerini etkilediği belirtilmektedir. Bu sorunlarla ilişkili olarak hastaların günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olması hasta memnuniyetini etkilediği belirtilmektedir (Chimatiro, 2018; Baumann, Lurbe-Puerto, Alzahouri ve Aïach, 2011; Baumann ve ark., 2011; Baumann, Lurbe, Leandro ve Chau, 2012).

Bu sonuçlar doğrultusunda araştırmamızın ikinci hipotezi kabul edilmiştir.

5.3. Bakım Verenlerin Bakıma Hazır Oluşluğu ve Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Hasta bakım kalitesinin önemli bir belirleyicisi olan “memnuniyet”, inme sonucunun ölçülmesinde giderek daha fazla önem kazanmıştır. İnme bakımı konusunda memnuniyetin artması, hem hastanın stresini hem de bakım verenin stresini hafifletebilir, yaşam kalitesini artırabilir. Bergström ve diğerleri (2011) inmeli hasta ve bakım verenlerinde memnuniyeti, değerlendirdikleri çalışmada inme etkisini günlük hayatta daha az yaşayanların yaşamdan daha memnun oldukları belirlenmiştir. Ayrıca Bergström ve diğerleri (2011) bakım verenin bakım yükü algısı yüksek olanların yaşam doyumunun az olduklarını belirlemişlerdir (Bergström ve diğerleri, 2011). Carlsson, Forsberg-Wärleby, Möller ve Blomstrand’ın (2007) çalışmasında da benzer şekilde inmenin etkisi ve bakım verenin yükünün hasta ve bakım verenin yaşam memnuniyetini etkilediği belirtilmektedir (Carlsson, Forsberg-Wärleby, Möller ve Blomstrand, 2007). Bizim çalışmamızda elde edilen sonuçlar, bakım verenin ve hastanın bakım konusunda bilgilendirilmesi ya da etkili rehabilitasyon girişimlerinin önemli olduğunu göstermektedir.

Cramm, Strating ve Nieboer (2012) yaptıkları çalışmada hastaların çoğunluğunun orta ya da üst düzeyde bağımlı olmasından dolayı hastaların bakım verenlerinin bakım desteğine ihtiyacı olduğunu ve bakım verenlerin hastalarının bakım konusunda hazır oluşluk düzeylerinin iyi olması gerektiğini göstermektedir (Cramm ve diğerleri, 2012). Bizim çalışmamızda da hastaların çoğunluğunun bağımlılık düzeyi barthel indeks puanlamasına göre ileri ve tam bağımlıydı. Çalışmamızda hazır oluşluk puanı ile satis-inme puanı arasında pozitif yönde iyi düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu sonucun verilen eğitimin bakım verenlerin bakıma daha hazır olmalarını sağladığını ve bakım bilgi ve becerilerinin artması ile ilişkili bakım yüklerinin azalmasını sağlayarak hastaların memnuniyetini de artırdığı düşünülmektedir. Literatürde bakım verenlere yönelik verilen taburculuk eğitimin, bakım verenlerin hasta semptom yönetimini olumlu etkilediği ve stresle etkili başetme yöntemlerini geliştirmesinde yararlı olduğu belirtilmektedir. Bu bağlamda hastaların hastalıkla ilişkili sorunlarının azalması sağlandığı ve yaşam kalitelerinin de arttığı belirtilmektedir (Atagün, Balaban, Elagöz ve Özpolat, 2011; Görgülü ve Akdemir, 2010).

Sonuç olarak; çalışmamızda literatürle uyumlu olarak; bakım verenlerin hastalara bakım için yeterli bilgi ve beceri donanımına sahip olması; inme hastalarının bakımını ve hastalığın etkisini azaltma da olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir. Bir başka deyişle hastasına bakımda bakım verenin eğitim ile güçlendirilmesi ya da desteklenmesi hastanın yaşam kalitesini doğrudan etkileyerek bağımsızlık düzeyinin artmasını sağladığı düşünülmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmadan elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlara yönelik önerilere yer verilmiştir.

6.1. Sonuçlar

- Çalışmamızda bakım verenlerin; taburculuk eğitim öncesi ve sonrası hem erkek cinsiyette hem kadın cinsiyette bakım vermeye hazır oluşluk ölçek ve satis-inme anket puanları karşılaştırılmasında ortanca değerleri arasında gruplar arası karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım verenlerin hasta gruplarının barthel indeks puanı arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).
- Eğitim durumu değişkenleri ile eğitim öncesi ve sonrası bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği, satis-inme anket puanları arasında grup içi karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Okuryazar, ilköğretim mezunu, ortaöğretim mezunu, üniversite mezunu eğitim durumu değişkenleri arasında bakım vermeye hazır oluşluk ve satis inme ölçek puanlarında eğitim sonrası eğitime öncesine göre ortanca değerleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$).
- Meslek gruplarının değişkenleri ile eğitim öncesi ve sonrası bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği, satis-inme anketi puanları arasında grup içi karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Emekli ve ev hanımı değişkenlerinin bakım vermeye hazır oluşluk ölçek, satis-inme anketi puanları eğitim sonrası öncesine göre ortanca değerleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).
- Eğitim öncesi ve sonrası bakım verenin hazır oluşluk, satis-inme anket ortanca puanları ile barthel indeksi bağımlılık sınıflandırması değişkeninin grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).
- Hastalara bakım verenlerin bakım vermeye hazır oluşluk ölçek puan ortanca sonuçları; İnme eğitimi öncesi ve sonrası bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği karşılaştırılmasında ortanca puanlarında taburculuk eğitimi sonrası (21.0(16.0-24.0)) eğitime öncesine (8.0(5.5-12.0)) kıyasla yüksek; aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda araştırmanın birinci hipotezi kabul edilmiştir

- Hastaların memnuniyet puan ortalaması sonuçları;

İnme eğitimi öncesi ve sonrası satis-inme anketi karşılaştırılmasında ortanca puanlarında taburculuk eğitimi sonrası (35.0(1.5-68.5)) eğitim öncesine (29.5(0.0-38.0)) göre kıyasla yüksekti ve istatistiksel olarak fark anlamlıydı ($p<0,05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda araştırmanın ikinci hipotezi kabul edilmiştir.

İnmeli hasta ve bakım verenlerinin tanımlayıcı özellikleriyle, taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası Satis-inme anketi, bakıma hazır oluşluk ölçeği ve Barthel İndeksi arasında yapılan regresyon analizi sonucunda anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0.195$).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Nöroloji kliniğinde çalışan sağlık profesyonelleri tarafından, inmeli hastaların tanısı konulduğu andan itibaren; hastanın memnuniyeti ve bakım verenin bakıma hazır oluşluk durumunun geçerli ölçekler kullanılarak, periyodik olarak değerlendirilmesi,
- Hastanın yaşam memnuniyeti, bakım verenin de bakıma hazır oluşluk durumuna etki eden faktörlerin erken dönemde tespit edilerek uygun girişimlerde bulunulması,
- Sağlık profesyonellerinin de inmeli hastaya bakım ve hasta memnuniyeti ile ilgili bilgilerini araştıran çalışmalar yapması ve bilgi eksikliğini hizmet içi eğitimlerle tamamlanması,
- İnmeli hastalara bakımın sürekliliğini sağlamaya yönelik planlı taburculuk eğitiminin verilmesi ve bu eğitimlerde yazılı eğitim materyallerinin kullanılması,
- Çalışmanın daha büyük örneklem grubu ve daha uzun sürede etkinliğinin tekrarlanması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

- Adams, Jr, H. P., Bendixen, B. H., Kappelle, L. J., Biller, J., Love, B. B., Gordon, D. L., and Marsh 3rd, E. E. (1993). Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. *Stroke*, 24(1), 35-41.
- Akça, N, ve Taşçı, S. (2005). 65 Yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)*, 14(Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı), 30-36.
- Akdemir, N., Bostanoğlu, H., Yurtsever, S., Kutlutürkan, S., Kapucu, S., ve Özer, Z. C. (2011). Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(1), 57-65.
- Akdemir, N., Bostanoğlu, H., Yurtsever, S., Kutlutürkan, S., Kapucu, S., ve Özer, Z. C. (2011). Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(1), 57-65.
- Akın, A., ve Demirel, S. (2003). Toplumsal cinsiyet kavramı ve sağlığa etkileri. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), 73-82.
- Aktaş, A. (2010). *İnmeli hasta yakınlarına verilen eğitimin, hasta ve yakınının yaşam kalitesi, anksiyete ve depresif belirti düzeyi üzerine etkisi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, 14-15.
- Alberts, M. J., Hademenos, G., Latchaw, R. E., Jagoda, A., Marler, J. R., Mayberg, M. R., and Shephard, T. (2000). Recommendations for the establishment of primary stroke centers. *Jama*, 283(23), 3102-3109.
- Alpteker, H. (2008). *65 Yaş ve Üstü Bireylere Evde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu, 22-24.
- Altın, M. (2006). *Alzheimer tipi demans hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik ve anksiyete*. Uzmanlık Tezi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul, 60-70.
- Amarenco, P., Bogousslavsky, J., Caplan, L. R., Donnan, G. A., Wolf, M. E., and Hennerici, M. G. (2013). The ASCOD phenotyping of ischemic stroke (Updated ASCO Phenotyping). *Cerebrovascular Diseases*, 36(1), 1-5.
- Aşiret, G. D. ve Kapucu, S. (2012). İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yükü. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 14(2), 73- 80.
- Aşiret, G. D., and Kapucu, S. (2013). Burden Of Caregivers Of Stroke Patients. *Turkish Journal Of Neurology*, 19, 5–10.
- Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M., ve Özpolat, A. Y. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 513-552.

- Ay, H., Benner, T., Murat Arsava, E., Furie, K. L., Singhal, A. B., Jensen, M. B., and Koroshetz, W. J. (2007). A computerized algorithm for etiologic classification of ischemic stroke: the Causative Classification of Stroke System. *Stroke*, 38(11), 2979-2984.
- Aziznezhad, P., Zabihi, A., Hosseini, S. J., and Bizhani, A. (2010). Nurses and nurse managers opinions about the patient's training barriers. *Babol University Medical Science* 12(1), 60-64.
- Banerjee, T. K., and Das, S. K. (2016). Fifty years of stroke researches in India. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 19(1), 1.
- Baumann, M., Lurbe, K., Leandro, M. E., and Chau, N. (2012). Life satisfaction of two-year post-stroke survivors: Effects of socio-economic factors, motor impairment, NEWcastle Stroke-specific Quality Of Life measure and World Health Organization Quality Of Life–bref of informal caregivers in Luxembourg and a rural area in Portugal. *Cerebrovascular Diseases*, 33(3), 219-230.
- Baumann, M., Lurbe-Puerto, K., Alzahouri, K., and Aiach, P. (2011). Increased residual disability among poststroke survivors and the repercussions for the lives of informal caregivers. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 18(2), 162-171.
- Baykal D. (2018). *İnmeli Hasta ve Yakınlarına Verilen Eğitimin Günlük Yaşama Adaptasyon, Özyeterlilik, Yaşam Kalitesi ve Bakım Verici Yükü Üzerine Etkisi*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 3-4, 19-21.
- Béjot, Y., Bailly, H., Durier, J., and Giroud, M. (2016). Epidemiology of stroke in Europe and trends for the 21st century. *La Presse Médicale*, 45(12), 391-398.
- Benjamin, E. J., Virani, S. S., Callaway, C. W., Chamberlain, A. M., Chang, A. R., Cheng, S., and de Ferranti, S. D. (2018). Heart disease and stroke statistics-2018 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 137(12), 67-68.
- Berger, G., Bernhardt, T., Weimer, E., Peters, J., Kratzsch, T., and Frolich, L. (2005). Longitudinal study on the relationship between symptomatology of dementia and levels of subjective burden and depression among family caregivers in memory clinic patients. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 18(3), 119-128.
- Bergström, A. L., Eriksson, G., von Koch, L., and Tham, K. (2011). Combined life satisfaction of persons with stroke and their caregivers: associations with caregiver burden and the impact of stroke. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(1), 1.
- Bouffloulx, É., Arnould, C., & Thonnard, J. L. (2008). Satis-Stroke: a satisfaction measure of activities and participation in the actual environment experienced by patients with chronic stroke. *Journal of rehabilitation medicine*, 40(10), 836-843.
- Bull, M. J., and Roberts, J. (2001). Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 571-581.
- Cameron, J. I., and Gignac, M. A. (2008). "Timing It Right": a conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient education and counseling*, 70(3), 305-314.

- Carlsson, G. E., Forsberg-Wärleby, G., Möller, A., and Blomstrand, C. (2007). Comparison of life satisfaction within couples one year after a partner's stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39(3), 219-224.
- Cheng, H. Y., Chair, S. Y., and Chau, J. P. (2014). The effectiveness of psychosocial interventions for stroke family caregivers and stroke survivors: a systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns*, 95(1), 30-44.
- Chimatiro, G. L. (2018). Stroke patients' outcomes and satisfaction with care at discharge from four referral hospitals in Malawi: A cross-sectional descriptive study in limited resource. *Malawi Medical Journal*, 30(3), 152-158.
- Chuluunbaatar, E., Pu, C., and Chou, Y. J. (2017). Changes in caregiver burden among informal caregivers of stroke patients in Mongolia. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 24(4), 314-321.
- Cramm, J. M., Strating, M. M., and Nieboer, A. P. (2012). Satisfaction with care as a quality-of-life predictor for stroke patients and their caregivers. *Quality of Life Research*, 21(10), 1719-1725.
- Creasy, K. R., Lutz, B. J., Young, M. E., Ford, A., & Martz, C. (2013). The impact of interactions with providers on stroke caregivers' needs. *Rehabilitation Nursing*, 38(2), 88-98.
- Dinç, L. (2010). Bakım Kavramı ve Ahlaki Boyutu. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 17(2), 74-82.
- Doğan, A., Dönmez, B. K., Nakipoğlu, G., ve Özgirgin, N. (2009). Geriatrik inmeli hastalarımızda eşlik eden sistemik hastalıklar ve komplikasyonlar. *Turkish Journal of Geriatrics*, 12(3), 118-123.
- Durna, Z., ve Tülek Z. (2012). İnme ve Bakım. In Durna Z. (Ed). *Kronik hastalıklar ve bakım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 239-260.
- Erdem, H. (2019). *İnmeli Bireylere Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ve Merhamet Düzeyi Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 28-30, 64-66.
- Erdoğan Gür, S. B.(2015). *Satis-İnme Anketinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması*. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, 3-4, 44-48.
- Erzurumlu, E. (2018). *İnmeli hastaların öz bakım gücü ile yaşam kalitesi ve yaşam doyumu arasındaki ilişki*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı, 8-9.
- Fang, M. C., Perrailon, M. C., Ghosh, K., Cutler, D. M., and Rosen, A. B. (2014). Trends in stroke rates, risk, and outcomes in the United States, 1988 to 2008. *The American Journal of Medicine*, 127(7), 608-615.

- Feigin, V. L., Krishnamurthi, R. V., Parmar, P., Norrving, B., Mensah, G. A., Bennett, D. A., and Davis, S. (2015). Update on the global burden of ischemic and hemorrhagic stroke in 1990-2013: the GBD 2013 study. *Neuroepidemiology*, 45(3), 161-176.
- Feigin, V. L., Roth, G. A., Naghavi, M., Parmar, P., Krishnamurthi, R., Chugh, S., Mensah, G. A., Norrving, B., Shiue, I., Ng, M., Estep, K., Cercy, K., Murray, C. L., Forouzanfar, M. H. (2016). Global burden of stroke and risk factors in 188 countries, during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet Neurology*, 15(9), 913-924.
- Forster, A., Young, J., Green, J., Patterson, C., Wanklyn, P., Smith, J., and Lowson, K. (2009). Structured re-assessment system at 6 months after a disabling stroke: a randomised controlled trial with resource use and cost study. *Age and ageing*, 38(5), 576-583.
- Franchini, L., Ercolani, G., Ostan, R., Raccichini, M., Samolsky-Dekel, A., Malerba, M. B., and Pannuti, R. (2019). Caregivers in home palliative care: gender, psychological aspects, and patient's functional status as main predictors for their quality of life. *Supportive Care in Cancer*, 1-9.
- Gbiri, C. A., Olawale, O. A., and Isaac, S. O. (2015). Stroke management: Informal caregivers' burdens and strains of caring for stroke survivors. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 58(2), 98-103.
- Ghazzawi, A., Kuziemy, C., and O'Sullivan, T. (2016). Using a complex adaptive system lens to understand family caregiving experiences navigating the stroke rehabilitation system. *BMC Health Services Research*, 16(1), 538.
- Gök Uğur, H. (2013). *İnmeli Hastalara Evde Verilen Bakım ile Bakım Vericilerine Yapılan Eğitimin Bakımvericilerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesine Etkisi*. Doktora Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 15-18, 38-40.
- Görgülü, Ü., ve Akdemir, N. (2010). İleri evre kanser hastalarına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 20(4), 128-130.
- Grant, J. S., Elliott, T. R., Weaver, M., Bartolucci, A. A., and Giger, J. N. (2002). Telephone intervention with family caregivers of stroke survivors after rehabilitation. *Stroke*, 33(8), 2060-2065.
- Grigorovich, A., Forde, S., Levinson, D., Bastawrous, M., Cheung, A. M., and Cameron, J. I. (2015). Restricted participation in stroke caregivers: who is at risk?. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 96(7), 1284-1290.
- Grysiwicz, R. A., Thomas, K., & Pandey, D. K. (2008). Epidemiology of ischemic and hemorrhagic stroke: incidence, prevalence, mortality, and risk factors. *Neurologic Clinics*, 26(4), 871-895.
- Guzik, A., and Bushnell, C. (2017). Stroke epidemiology and risk factor management. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 23(1), 15-39.

- Gür, S. C. (2018). *Kanserli hastalara bakım veren bireylerin bakım yükü, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi/The analysis of caregiving burden and life quality of caregivers who care for cancered patients*. (Doctoral dissertation), 16-18.
- Hackett, M. L., Köhler, S., T O'Brien, J., and Mead, G. E. (2014). Neuropsychiatric outcomes of stroke. *The Lancet Neurology*, 13(5), 525-534.
- Hart, R. G., Diener, H. C., Coutts, S. B., Easton, J. D., Granger, C. B., O'Donnell, M. J., and Cryptogenic Stroke/ESUS International Working Group. (2014). Embolic strokes of undetermined source: the case for a new clinical construct. *The Lancet Neurology*, 13(4), 429-438.
- Hart, R. G., Pearce, L. A., and Aguilar, M. I. (2007). Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Annals of Internal Medicine*, 146(12), 857-867.
- Hartke, R. J., and King, R. B. (2003). Telephone group intervention for older stroke caregivers. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 9(4), 65-81.
- Hassan, M. (2001). Readmission of patients for hospital. *International Journal for quality in health care*, 13(3), 177-179.
- Henderson, A., and Zernike, W. (2001). A study of the impact of discharge information for surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 435-441.
- Henriksson, A., and Årestedt, K. (2013). Exploring factors and caregiver outcomes associated with feelings of preparedness for caregiving in family caregivers in palliative care: a correlational, cross-sectional study. *Palliative Medicine*, 27(7), 639-646.
- Hinojosa, M. S., and Rittman, M. (2009). Association between health education needs and stroke caregiver injury. *Journal of Aging and health*, 21(7), 1040-1058.
- Holm, M., Årestedt, K., Carlander, I., Fürst, C. J., Wengström, Y., Öhlen, J., and Alvariza, A. (2016). Short-term and long-term effects of a psycho-educational group intervention for family caregivers in palliative home care—results from a randomized control trial. *Psycho-Oncology*, 25(7), 795-802.
- Hoving, C., Visser, A., Mullen, P. D., and Van den Borne, B. (2010). A history of patient education by health professionals in Europe and North America: from authority to shared decision making education. *Patient Education and Counseling*, 78(3), 275-281.
- Howard, V. J., McClure, L. A., Meschia, J. F., Pulley, L., Orr, S. C., & Friday, G. H. (2006). High prevalence of stroke symptoms among persons without a diagnosis of stroke or transient ischemic attack in a general population: the REasons for Geographic And Racial Differences in Stroke (REGARDS) study. *Archives of internal medicine*, 166(18), 1952-1958.
- Howard, V. J., Kleindorfer, D. O., Judd, S. E., McClure, L. A., Safford, M. M., Rodos, D., Cushman, M., Moy, C. S., Soliman, E. Z., Kissela, B. M., Howard, G. (2011).

- Disparities in stroke incidence contributing to disparities in stroke mortality. *Annals of neurology*, 69(4), 619-627.
- Huang, C. Y., Sousa, V. D., Perng, S. J., Hwang, M. Y., Tsai, C. C., Huang, M. H., and Yao, S. Y. (2009). Stressors, social support, depressive symptoms and general health status of Taiwanese caregivers of persons with stroke or Alzheimer's disease. *Journal of Clinical Nursing*, 18(4), 502-511.
- Intercollegiate Stroke Working Party. (2016). *National clinical guideline for stroke* (5th Ed.) London: Royal College of Physicians, 96-97.
- Işık, K. (2013). *Yaşlı Hastaya Evde Bakım Verenlerin Yaşam Doyumları ile Bakım Yükleri Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, 6-7.
- İnci, F. H., ve Temel, A.B. (2016). İnmeli Hastaya Bakım Veren Aile Bireylerinin Gereksinimleri: Sistemik İnceleme. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3(3), 28-43.
- İnternet: Arsava, M. (2017). *Beyin Damar Hastalıkları ve Demans. Ulusal hastalık yükü çalışması sonuçları ve çözüm önerileri*. Hacettepe üniversitesi tıp fakültesi. 18 Nisan 2017. Web: http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal_program.pdf Erişim: 23.04.2018)
- İnternet: *Türk Dil Kurumu. Sözlükler. Bakım*. Web: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama.gts&guid.TDK.GTS.59b077666b4c04.70019743, Son Erişim Tarihi: 17.03.2018.
- İnternet: WHO. (2014). Stroke definiton, Web: http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/, Son Erişim Tarihi: 01.04.2018.
- Jack, B. W., Chetty, V. K., Anthony, D., Greenwald, J. L., Sanchez, G. M., Johnson, A. E., and Manasseh, C. (2009). A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: A randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 150(3), 178-187.
- Jackson, M. F. (1994). Discharge planning: Issues and challenges for gerontological nursing. A critique of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 19(3), 492-502.
- Jaracz, K., Grabowska-Fudala, B., Górna, K., and Kozubski, W. (2014). Caregiving burden and its determinants in Polish caregivers of stroke survivors. *Archives of Medical Science*, 10(5), 941-950.
- Jauch, E. C., Saver, J. L., Adams Jr, H. P., Bruno, A., Connors, J. J., Demaerschalk, B. M., and Scott, P. A. (2013). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 44(3), 870-947.
- Kalınkara, V., Kalaycı, I. (2017). Yaşlıya Evde Bakım Hizmeti Veren Bireylerde Yaşam Doyumu, Bakım Yüğü Ve Tükenmişlik. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 10(2), 19-39.

- Kankaya, H., ve Karadakovan, A. (2017). Yaşlı Bireylerde Günlük Yaşam Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumuna Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 21-29.
- Karakovan, A., ve Karaman, S. (2015). İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(1), 1-10.
- Kelleci, E. (2012). *Hepatopankreatobiliyer Cerrahi Uygulanan Hastalardaki Postoperatif Olası Komplikasyonlar Konusunda Verilen Eğitim Etkinliğinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon, 1-3.
- Kim, J. S. (2017). Management of post-stroke mood and emotional disturbances. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 17(12), 1179-1188.
- King, R. B., Hartke, R. J., Houle, T., Lee, J., Herring, G., Alexander-Peterson, B. S., and Raad, J. (2012). A Problem-Solving Early Intervention For Stroke Caregivers: One Year Follow-Up. *Rehabilitation Nursing*, 37(5), 231-243.
- Kleindorfer, D., Khoury, J., Moomaw, C. J., Alwell, K., Woo, D., Flaherty, M. L., Khatri, P., Adeoye, O., Ferioli, S., Broderick, J. P., Kissela, B. M. (2010). Stroke incidence is decreasing in whites, but not in blacks: a population-based estimate of temporal trends in stroke incidence from the Greater Cincinnati/Northern Kentucky stroke study. *Stroke; a journal of cerebral circulation*, 41(7), 1326-1331.
- Koçak, G. (2011). *İnmeli Hastalarda Bakım Vericinin Yükü*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 8-9.
- Koyu, E. B., Kaner, G., ve Yıldız, E. A. (2014). İnme ve Beslenmenin İnme Üzerine Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 112-118.
- Krishnamurthi, R. V., Feigin, V. L., Forouzanfar, M. H., Mensah, G. A., Connor, M., Bennett, D. A., and O'Donnell, M. (2013). Global and regional burden of first-ever ischaemic and haemorrhagic stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet Global Health*, 1(5), 259-281.
- Kuzu, Z. (2015). *İnme Özelliklerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, 31-32.
- Lhin, D. P. S. G. (2011). Improving hospital discharge planning & patient transitions. *Ontario*, 1-42.
- Lincoln, N. B., Francis, V. M., Lilley, S. A., Sharma, J. C., and Summerfield, M. (2003). Evaluation of a stroke family support organiser: a randomized controlled trial. *Stroke*, 34(1), 116-121.
- Lutz, B. J., and Camicia, M. (2016). Supporting the needs of stroke caregivers across the care continuum. *JCOM*, 23(12), 557-566.
- Mackenzie, A., and Greenwood, N. (2012). Positive experiences of caregiving in stroke: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 34(17), 1413-1422.

- McCullagh, E., Brigstocke, G., Donaldson, N., and Kalra, L. (2005). Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke*, 36(10), 2181-2186.
- Melek, İ., Afşar, N., Güngör, L., Gökçe, M., Utku, U., Kutluk, K. (2015). Hemorajik İnme Tanısı: Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği İnme Tanısı ve Tedavi Kılavuzu. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*, 21(2), 85-88.
- Meşe S. (2018). *Taburculuk Eğitimi Memnuniyet Ölçeğinin Geliştirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, 22-23.
- Mohammadi, S., Zabolypour, S., Ghaffari, F., and Arazi, T. (2019). The Effect of Family-Oriented Discharge Program on the Level of Preparedness for Care-giving and Stress Experienced by the Family of Stroke Survivors. *Iranian Rehabilitation Journal*, 17(2), 113-120.
- Mollaoğlu, M., Tuncay, Ö. F., ve Fertelli, T.K. (2011). İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(3), 125-130.
- Mons, U., Müezziner, A., Gellert, C., Schöttker, B., Abnet, C. C., Bobak, M., and Kromhout, D. (2015). Impact of smoking and smoking cessation on cardiovascular events and mortality among older adults: meta-analysis of individual participant data from prospective cohort studies of the CHANCES consortium, 1-8.
- Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., and Howard, V. J. (2016). Heart Disease and Stroke StatisticsV2016 Update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2016;133(4), 38-60.
- National Stroke Foundation. (2010). Clinical Guidelines for Stroke Management. Australia: *Royal College of Nursing*, 59-67.
- O'Donnell, M. J., Chin, S. L., Rangarajan, S., Xavier, D., Liu, L., Zhang, H., and Lopez-Jaramillo, P. (2016). Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *The lancet*, 388(10046), 761-775.
- Ogunlana, M. O., Dada, O. O., Oyewo, O. S., Odole, A. C., and Ogunsan, M. O. (2014). Quality of life and burden of informal caregivers of stroke survivors. *Hong Kong Physiotherapy Journal*, 32(1), 6-12.
- Olai, L., Borgquist, L., and Svärdsudd, K. (2015). Life situations and the care burden for stroke patients and their informal caregivers in a prospective cohort study. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 120(4), 290-298.
- Orak, O. S., ve Sezgin, S. (2015). Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 6(1), 33-39.
- Özdemir, Ü., Taşcı, S., Kartın, P., Çürük, G. N. Ç., Nemli, A., and Karaca, H. (2017). Kemoterapi alan bireylerin fonksiyonel durumu ve bakım yükü. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 49-61.

- Özyeşil, Z., Oluk, A., ve Çakmak, D. (2014). Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yükünün Durumluk Sürekli Kaygıyı Yordama Düzeyi. *Anadolu Psikiyatri Hemşirelik Dergisi*, 15, 39-44.
- Pang, F. C., Chow, T. W., Cummings, J. L., Leung, V. P. Y., Chiu, H. F. K., Lam, L. C. W., and Fuh, J. L. (2002). Effect of neuropsychiatric symptoms of Alzheimer's disease on Chinese and American caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(1), 29-34.
- Park, Y. H. (2008). Day healthcare services for family caregivers of older people with stroke: needs and satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 61(6), 619-630.
- Peters, S. A., Huxley, R. R., and Woodward, M. (2014). Diabetes as a risk factor for stroke in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of 64 cohorts, including 775 385 individuals and 12 539 strokes. *The Lancet*, 383(9933), 1973-1980.
- Pinquart, M., and Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250.
- Pitthayapong, S., Thiangtam, W., Powwattana, A., Leelacharas, S., and Waters, C. M. (2017). A community based program for family caregivers for post stroke survivors in Thailand. *Asian Nursing Research*, 11(2), 150-157.
- Pucciarelli, G., Vellone, E., Savini, S., Simeone, S., Ausili, D., Alvaro, R., and Lyons, K. S. (2017). Roles of changing physical function and caregiver burden on quality of life in stroke: a longitudinal dyadic analysis. *Stroke*, 48(3), 733-739.
- Qiu, X., Sit, J. W., and Koo, F. K. (2018). The influence of Chinese culture on family caregivers of stroke survivors: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 309-319.
- Rahşan, Ç. A. M., & Asar, A. S. (2019). Total Kalça Protezli Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(4), 220-233.
- Rannikmäe, K., Woodfield, R., Anderson, C. S., Charidimou, A., Chiewvit, P., Greenberg, S. M., and Rinkel, G. J. (2016). Reliability of intracerebral hemorrhage classification systems: A systematic review. *International Journal of Stroke*, 11(6), 626-636.
- Reeves, M. J., Bushnell, C. D., Howard, G., Gargano, J. W., Duncan, P. W., Lynch, G., and Lisabeth, L. (2008). Sex differences in stroke: epidemiology, clinical presentation, medical care, and outcomes. *The Lancet Neurology*, 7(10), 915-926.
- Reeves, M. J., Hughes, A. K., Woodward, A. T., Freddolino, P. P., Coursaris, C. K., Swierenga, S. J., and Fritz, M. C. (2017). Improving transitions in acute stroke patients discharged to home: The Michigan stroke transitions trial (MISTT) protocol. *BMC Neurology*, 17(1), 115.
- Rinaldi, P., Spazzafumo, L., Mastriforti, R., Mattioli, P., Marvardi, M., Polidori, M. C., and Capurso, A. (2005). Study Group on Brain Aging of the Italian Society of

- Gerontology and Geriatrics. Predictors of high level of burden and distress in caregivers of demented patients: results of an Italian multicenter study. *International Journal Geriatr Psychiatry*, 20(2), 168-74.
- Robinson-Smith, G., and Pizzi, E. R. (2003). Maximizing Stroke Recovery Using Patient Self-Care Self-Efficacy. *Rehabilitation Nursing*, 28(2), 48-51.
- Roopchand-Martin, S., and Creary-Yan, S. (2014). Level of caregiver burden in Jamaican stroke caregivers and relationship between selected sociodemographic variables. *The West Indian Medical Journal*, 63(6), 605-609.
- Scherbring, M. (2002). Effect of caregiver perception of preparedness on burden in an oncology population. In *Oncology Nursing Forum* 6, 29.
- Schneider, J., Murray, J., Banerjee, S., and Mann, A. (1999). Eurocare: a cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: I- factors associated with carer burden. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(8), 651-661.
- Sealy-Jefferson, S., Wing, J. J., Sánchez, B. N., Brown, D. L., Meurer, W. J., Smith, M. A., and Lisabeth, L. D. (2012). Age and ethnic-specific sex differences in stroke risk. *Gender Medicine*, 9(2), 121-128.
- Seshadri, S., Beiser, A., Kelly-Hayes, M., Kase, C. S., Au, R., Kannel, W. B., and Wolf, P. A. (2006). The lifetime risk of stroke: estimates from the Framingham Study. *Stroke*, 37(2), 345-350.
- Shepperd, S., Lannin, N. A., Clemson, L. M., McCluskey, A., Cameron, I. D., and Barras, S. L. (2013). Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1.
- Shyu, Y. I. L., Chen, M. C., Chen, S. T., Wang, H. P., and Shao, J. H. (2008). A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 17(18), 2497-2508.
- Shyu, Y. I. L., Kuo, L. M., Chen, M. C., and Chen, S. T. (2010). A clinical trial of an individualised intervention programme for family caregivers of older stroke victims in Taiwan. *Journal of clinical nursing*, 19(11-12), 1675-1685.
- Smith, D. L. (2015). Does type of disability and participation in rehabilitation affect satisfaction of stroke survivors? Results from the 2013 Behavioral Risk Surveillance System (BRFSS). *Disability and Health Journal*, 8(4), 557-563.
- Şahin, Z. A., Polat, H., ve Ergüney, S. (2009). Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 1-9.
- Tamura, M. K., Wadley, V., Yaffe, K., McClure, L. A., Howard, G., Go, R., Allman, R. M., Warnock, D. G., McClellan, W. (2008). Kidney function and cognitive impairment in US adults: the Reasons for Geographic and Racial Differences in Stroke (REGARDS) Study. *American Journal of Kidney Diseases*, 52(2), 227-234.

- Tazhibi, M., Ghaderi, L., and Tirani, M. (2011). Causes of Readmission of Patients to Alzahra Hospital. *Journal of research in Health Care*, 7(1), 101-107.
- Temizer, H., & Gözüm, S. (2012). Impact of nursing care initiatives on the knowledge level and perception of caregiving difficulties of family members providing home care to stroke patients. *Health* 6(8), 2717-2724.
- Tilling, K., Coshall, C., McKeivitt, C., Daneski, K., and Wolfe, C. (2005). A family support organiser for stroke patients and their carers: a randomised controlled trial. *Cerebrovascular Diseases*, 20(2), 85-91.
- Topçu S. (2017). *İnmeli Hastalarda Öz Etkililik ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, 13-14.
- Torregosa, M. B., Sada, R., and Perez, I. (2018). Dealing with stroke: Perspectives from stroke survivors and stroke caregivers from an underserved Hispanic community. *Nursing & health sciences*, 20(3), 361-369.
- TUİK. (2017). Ölüm Nedeni İstatistikleri Global Health Estimates, 65-68.
- Tuna, H. M., ve Olgun, N. (2010). İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda algılanan sosyal desteğin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 17(1), 41-52.
- Turan, N., Öztürk, A., Kaya, H., ve Aştı, T. A. (2011). Toplumsal cinsiyet ve hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1), 167-173.
- Uğur, Ö. (2006). *Onkoloji hastasına evde bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi*. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 107-109.
- Uygun, Ü. K., ve Taylan, H. H. (2018). Alzheimer Hastalarına Primer Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler. *The Journal of Academic Social Science Studies International Journal of Social Science*, 71, 513-531.
- Uzuner N, Kutluk K, Balkan S. (2015). İnme Tanı ve Tedavi Klavuzu–2015. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*, 21(2), 60-67.
- Van den Heuvel, E. T., de Witte, L. P., Nooyen-Haazen, I., Sanderman, R., and Meyboom-de Jong, B. (2000). Short-term effects of a group support program and an individual support program for caregivers of stroke patients. *Patient Education and Counseling*, 40(2), 109-120.
- Van den Heuvel, E. T., de Witte, L. P., Stewart, R. E., Schure, L. M., Sanderman, R., and Meyboom-de Jong, B. (2002). Long-term effects of a group support program and an individual support program for informal caregivers of stroke patients: which caregivers benefit the most. *Patient Education and Counseling*, 47(4), 291-299.
- Venkatasubramanian, N., Yoon, B. W., Pandian, J., and Navarro, J. C. (2017). Stroke epidemiology in south, east, and south-east Asia: a review. *Journal of Stroke*, 19(3), 286.

- Vos, T., Barber, R. M., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., Bolliger, I., and Dicker, D. (2015). Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 386(9995), 743-800.
- Xie, X., Atkins, E., Lv, J., Bennett, A., Neal, B., Ninomiya, T., .and Chalmers, J. (2016). Effects of intensive blood pressure lowering on cardiovascular and renal outcomes: updated systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 387(10017), 435-443.
- Yalın, H. (2011). *İnme Sonrası Hastaların Fonksiyonel Durum, Engellilik Ve Yaşam Kaliteleri*. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 35-36.
- Yaşar, E. (2009). *Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 15-17.
- Yew, K. S., and Cheng, E. M. (2015). Diagnosis of acute stroke. *American Family Physician*, 91(8), 528-531.
- Yıldırım, F., ve Conk, Z. (2005). Zihinsel yetersizliği olan çocuğa sahip anne/babaların stresle başa çıkma tarzlarına ve depresyon düzeylerine planlı eğitimin etkisi, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2), 1-10.
- Yıldırım, S., Engin, E., and Başkaya, V. A. (2013). İnmeli hastalara bakım verenlerin yükü ve yükü etkileyen faktörler. *Archives of Neuropsychiatry/Nöropsikiatri Arsivi*, 50(2), 169-174.
- Yurtsever, S. ve Kalav, S. (2011). *İnme Tanısı Almış Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Yükü ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, 47-51.





EKLER

EK-1. Hasta Ve Bakım Veren Tanıtım Formu

A. Bakım Veren Tanıtım Formu

1. Yaşınız

2. Cinsiyetiniz

a) Kadın b) Erkek

3. Medeni durumunuz

a) Evli b) Bekar c) Boşanmış/Dul

4. Çocuk sayınız

a) Yok b) 1-2 c) 3-4 d) 5 ve üstü

5. Eğitim durumunuz

a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlköğrenim d) Ortaöğrenim e) Üniversite
f) Diğer.....

6. Çalışma durumunuz

a) Çalışıyorum b) Çalışmıyorum

7. Çalışıyorsanız mesleğiniz

a) Emekli b) Memur c) Ev hanımı d) İşçi e) Diğer.....

8. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

a) Gelir giderden fazla b) Gelir ve gider eşit c) Gelir giderden az

9. Nerede oturuyorsunuz?

a) İl b) İlçe c) Köy

10. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

a) Yalnız b) Eş c) Çocuklar d) Diğer.....

11. Hastaya yakınlık dereceniz

a) Eş b) Çocuk c) Akraba d) Diğer

12. Hastayla birlikte yaşama durumunuz

a) Hastayla birlikte yaşıyorum b) Hastayla birlikte yaşamıyorum

EK-1. (devam) Hasta Ve Bakım Veren Tanıtım Formu

13. Daha önce hasta bakımına ilişkin deneyiminiz

a) Yok b) Var (belirtiniz).....

14. Hastaya bakım verirken bakım yükünüzü azaltacak, size destek veya yardımcı olabilecek kişi veya kişiler var mı?

a) Hayır b) Evet (Kimlerden).....

B. İnmeli Hasta Tanıtım Formu

15. Hastanın yaşı....

16. Hastada inme sonrası gelişen yetersizlikler

Yüz, kol veya bacakta özellikle vücudun bir tarafında güçsüzlük uyuşma veya karıncalanma

Yürüme güçlüğü

Denge kaybı

Kolları ve bacakları hareket ettirmede güçlük

Yutma güçlüğü

Konuşma güçlüğü

Bir veya iki gözde görme sorunu veya çift görme

Bilinç bulanıklığı

17. Hastanın kronik hastalığı

Yok

Hipertansiyon

Diabetes Mellitus

Hiperkolesterolemi

Kalp Hastalığı

Diğer

EK-2. Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği

Bakım Vermeye Hazır Olma Durumunuz

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

	Hiç hazır değilim	Yeterince hazır değilim	Kısmen hazırım	Oldukça hazırım	Tamamen hazırım
1.Hastanızın fiziksel bakım ihtiyacını karşılamaya hazır mısınız?					
2.Hastanızın duygusal gereksinimlerini karşılamaya hazır mısınız?					
3.Hastanızın ihtiyacı olan bakımın neler olduğunu bilmeye/anlamaya ve bu ihtiyaçları karşılamaya hazır mısınız?					
4.Bakım verme stresiyle baş etmeye hazır mısınız?					
5.Hastaya evde vereceğiniz bakımdan sizin ve hastanızın memnun olacağı konusunda ne kadar hazırsınız?					
6.Hastanızla ilgili gelişebilecek acil durumların önemini kavrama ve başa çıkmaya hazır mısınız?					
7.Gerektiğinde sağlık kurumlarından bilgi ve yardım istemeye hazır mısınız?					
8.Hastanıza bakım verme konusunda kapsamlı olarak hazır mısınız?					
9.Bakım verme konusunda daha iyi hazırlanmak istediğiniz özel bir konu var mı?					
.....					
.....					
.....					

EK-3. SATIS-İnme Memnuniyet Anketi

HASTA:**TARİH:****HİÇ MEMNUN DEĞİLİM:** Aktiviteyi herhangi bir yarım almadan yapamıyorsa.**MEMNUN DEĞİLİM:** Aktiviteyi herhangi bir yarım almadan yapabiliyor fakat bazı zorluklar yaşıyorsa.**MEMNUNUM:** Aktiviteyi herhangi bir yardım almadan ve zorlukla karşılaşmadan yapabiliyorsa.**ÇOK MEMNUNUM:** Aktiviteyi yapabilme becerisinden çok memnunsu.**SORU İŞARETİ(?):** Aktivite ile ilgili olarak memnuniyet düzeyini değerlendiremiyorsa.
Çünkü aktiviteyi hiçbir zaman yapmamış/denememiş ise.

	Aşağıdaki yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken MEMNUNİYET DÜZEYİNİZ nasıldır?	Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Memnunum	Çok memnunum	?
1	Her durumda yiyecek içecek hazırlamaya katılma					
2	Her durumda bıçak, çatal ve kaşık kullanma					
3	Çevrenizle konuşarak bilgi alışverişine katılma					
4	Gereksinimlerinize göre saçlarınızı yıkama					
5	Evinizde veya dışarda tuvaleti kullanmak üzere soyunma ve giyinme					
6	Gereksinimlerinize göre kişisel hijyeninizi sağlama					
7	Evinizde ve bunun dışında idrar kaçıрма					
8	Sanat ve kültür etkinliklerine (sinema, tiyatro vb.) katılma					
9	Çevrenizle işbirliği yapma					
10	Her durumda bir dökümanı okuma ve anlama					
11	Gereksinimlerinize göre evde telefon kullanma					
12	Gereksinimlerinize göre evde televizyon dinleme ve seyretme					
13	Her durumda gelirinizi yönetme					

EK-3. (devam) SATIS-İnme Memnuniyet Anketi

	Aşağıdaki yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken MEMNUNİYET DÜZEYİNİZ nasıldır?	Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Memnunum	Çok memnunum	?
14	Her durumda bozuk para ve kağıt para kullanma					
15	Her durumda gereksinimlerinize göre giyinme ve soyunma					
16	Haklarınıza saygı gösterildiğinden emin olma					
17	Evlilik ilişkilerine katılma					
18	Gereksinimlerinize göre banyo yapma ve duş alma					
19	Yakınızdaki cisimlere ulaşma					
20	Dolaptaki giysilerinizi çıkarma					
21	Her koşulda idari dökümanları tamamlama					
22	Evinizin içinde hareket etme					
23	Her durumda evinizin dışında hareket etme					
24	Gereksinimlerinize göre evinizdeki tüm katları çıkma ve inme					
25	Gereksinimlerinize göre evinize girme ve çıkma					
26	Evinizdeki kapıları açma ve kapatma					
27	Evinizde depolama alanlarını kullanma					
28	Uygun giysileri seçme					
29	Duygularınızı paylaşma					
30	Çevrenizin farkında olma					
31	Bir başkasına kendinizi ifade etme					
32	Törenlere katılma(nikah aile toplantısı vb.)					
33	Acil bir durumda yardım isteme					
34	Her koşulda ağrılarınızı idare etme					
35	Duygusal ilişkileri sürdürme					
36	Biriyle cinsel ilişkide bulunma					

EK-4. Barthel İndeksi

1. Beslenme (10)

10 puan: Tam bağımsız. Yemek yemek için gerekli aletleri kullanır.

5 puan: Bir miktar yardıma ihtiyaç duyar. Biftek kesme gibi bazı işlerde.

0 puan: Yapamaz

2. Tekerekli sandalyeden yatağa ve tersine geçiş (15)

15 puan: Tam bağımsız.

10 puan: Geçiş sırasında minimal yardım alır veya yapacağı işlerin sırası hatırlatılır.

5 puan: Tek başına yatakta oturma pozisyonuna geçebilir ama geçiş için yardım gereklidir.

0 puan: Tamamen yatağa bağımlı

3. Kendine bakım (5)

5 Puan: Elini yüzünü yıkıyabilir, dişlerini fırçalayabilir, tıraş olabilir, makyaj yapabilir.

0 puan: Kişisel bakımda yardıma ihtiyaç duyar.

4. Tuvalet Kullanımı (10)

10 Puan: Bağımsız (oturup kalkma, giyinme, tuvalet kağıdını kullanma).

5 Puan: Yardıma ihtiyaç duyar, ancak bazı hareketleri kendi yapabilir.

0 puan: Bağımlı

5. Yıkanma (5)

5 puan: Bağımsızdır

0 puan: Yardıma ihtiyacı vardır

6. Düzgün yüzeyde yürüme (15)

15 puan: Hasta yardımsız olarak 45 metre yürüyebilir. Breys, baston, koltuk değneği, yürüteç kullanabilir. Breys kullanıyorsa kilitleyip açabilmeli, oturup kalkabilmeli, mekanik destekleri yardımsız kullanabilmelidir

EK-4. (devam) Barthel İndeksi

10 puan: Hasta yukardakileri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar. Fakat 45 metreyi yardımla yürür.

6A. Tekerlekli sandalyeyi kullanabilme (uygunsa) (5)

5 puan: Hasta yürüyemez ama tekerlekli sandalyeyi kullanabilir. Hasta köşeleri dönebilir. Yatağa, tuvalete yanaşabilir. Tekerlekli sandalyeyi en az 45 metre kullanabilmelidir. Eğer hasta yürüme bölümünden puan alırsa, ayrıca bu bölümden puan verilmez.

0 puan: Tekerlekli sandalyede oturabilir ancak kullanamaz

7. Merdiven inip çıkma (10)

10 puan: Bağımsız inip çıkabilir, ancak destek kullanabilir (trabzan, baston, koltuk değneği...)

5 puan: Hasta yukardaki işleri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar.

0 puan: Yapamaz

8. Giyinip soyunma (10)

10 puan: Hasta giyinip soyunabilir. Ayakkabı bağlarını çözebilir, bağlayabilir. Korse veya breys takıp çıkarma bu maddeye dahil değildir. Hastaya kolaylık sağlayacak elbiseler giydirilmelidir.

5 puan: Hasta bu işler için yardıma gereksinim duyar. İşin en az yarısını kendisi yapabilmeli ve işlem uygun sürede tamamlanmalıdır. Sutyen takıp çıkarma puanlamaya dahil edilmez

0 puan: Tam bağımlıdır

9. Barsak bakımı (10)

10 puan: Kontinan (Suppozituar kullanılabilir veya gerekirse lavman yapılabilir. Örneğin, spinal kord yaralanmaları)

5 puan: Hasta suppozituar koymak veya lavman yapmak için yardıma ihtiyaç duyar.

0 puan: İnkontinans

EK-4. (devam) Barthel İndeksi

10. Mesane bakımı (10)

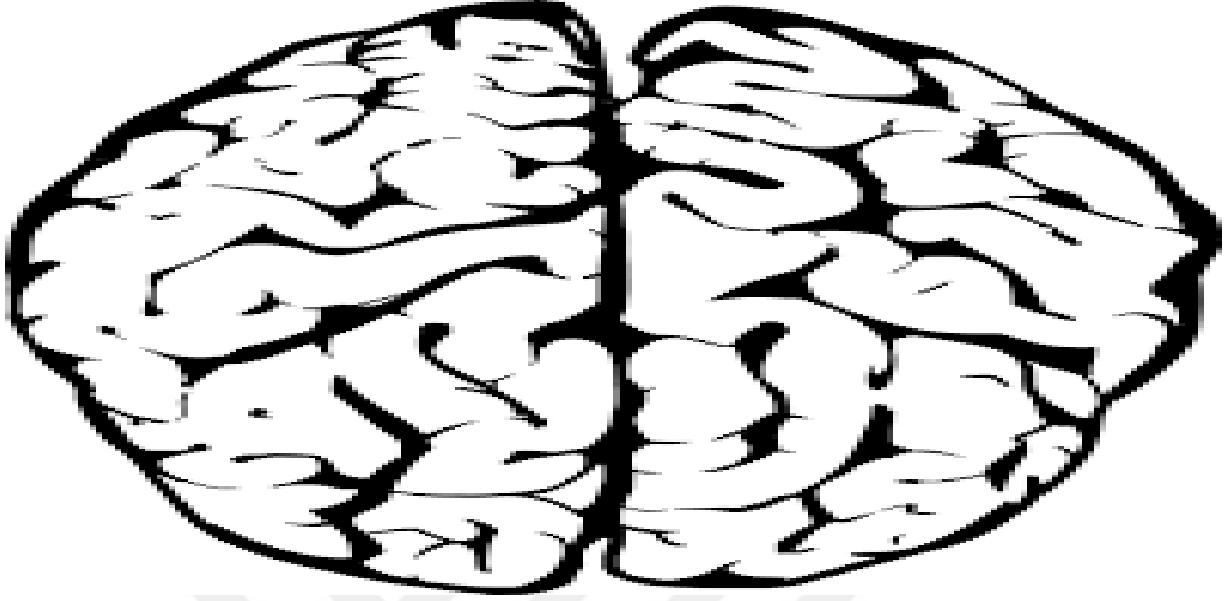
10 puan: Hasta gece ve gündüz mesanesini kontrol edebilmelidir. Spinal kord yaralanması olan kataterli hastalar, katater bakımını bağımsız olarak yapabilmeli, takıp çıkarabilmelidir.

5 puan: Bazen tuvalete yetişemez veya sürgüyü bekleyemez; altına kaçıırır.

0 puan: İnkontinan veya kateterli ve kontrol edemez

0-20 puan: Tam bağımlı 21-61 puan: İleri derecede bağımlı 62-90puan: Orta derecede 91-99 puan: Hafif derecede bağımlı 100 puan: Tam bağımsız

EK-5. İnme Eğitim Kitapçığı



İNME EĞİTİM KİTAPÇIĞI

Hemşire Döndü Erdoğan İnan

Bu kitapçık, inmeli kişiler ve onlara bakım verenler için hazırlanmıştır. Kitapçıkta yer alan bilgiler inmenin önlenmesine ve inmeli hastanızın bakımına yardımcı olacaktır.

EK-5. (devam) İnme Eğitim Kitapçığı

EĞİTİM İÇERİĞİ

- İnme
- İnme çeşitleri
- İnme belirtileri
- İnme sonrasında gelişebilecek komplikasyonlar
- İnme hastalığının risk faktörleri
- İnmenin önlenmesi ve takibi
- Yutma problemi
- İnmeli hastada beslenmenin önemi
- Ağız bakımı
- Enfeksiyon belirti ve bulguları
 - El yıkama ve önemi
- Düşmelerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler
- Yatak yarası gelişimini önleme
- Boşaltım
- Kanama
- Egzersiz
- Duygusal ve davranışsal değişiklikler
- Anksiyete
- İletişim
- Yorgunluk
- Ağrı
- Acil Durum

EK-5. (devam) İnme Eğitim Kitapçığı

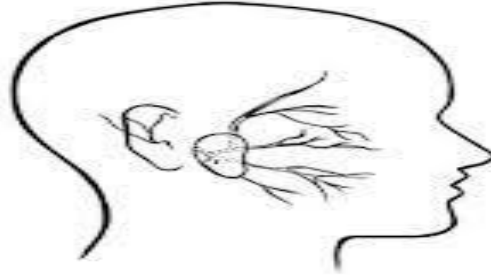
SAĞLIĞINIZ KIYMETLİ**KIYMETİNİ BİLİN!**

Sağlıklı beslenmek,

Kilo kontrolünü sağlamak,

Yeterli fiziksel aktivite yapmak,

Sigaradan uzak durmak **İNME** riskinizi azaltır!



İNME, sinir sisteminin damarsal hastalığı olup önemli bir halk sağlığı sorunudur. En yaygın üçüncü ölüm nedeni ve çoğu ülkede yetişkin engelliliğin önde gelen nedeni olarak kabul edilir.

İnmenin iki çeşidi vardır: İskemik (beyin damarlarında tıkanıklıktan kaynaklanan inme) ve Hemorajik (kanama)

EK-5. (devam) İnme Eğitim Kitapçığı

İskemik İnme (Beyin Damarlarında Tıkanıklıktan Kaynaklanan İnme): Beyindeki kan damarlarının tıkanmasıyla bölgeye kan akışında azalma meydana gelmektedir. Tıkanmadan kaynaklı bu bölgedeki beyin hücrelerinin ölümü ortaya çıkar.



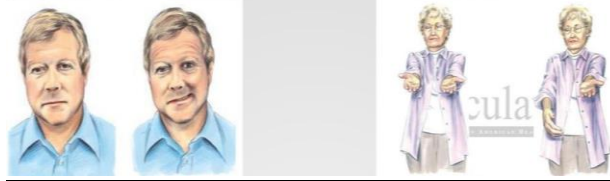
Hemorajik İnme (Kanama) : Kan damarının yırtılması sonucu kanama gelişir.



İNME BELİRTİLERİ

Yüzde sarkma
Kollarda güçsüzlük
Konuşma bozukluğu

*** Bu 3 bulgudan herhangi biri anormalse, inme ihtimali % 72'dir.



- Tek taraflı-çift taraflı uzuv zayıflığı
- Konuşma bozukluğu
- Yutma güçlüğü
- Dengesizlik
- Çift görme
- Unutkanlık
- Baş ağrısı
- Giyinme, saç tarama, diş fırçalama vb. aktivitelerde güçlük
- Baş dönmesi
- Mide bulantısı ya da kusma

EK-5. (devam) İnme Eğitim Kitapçığı

İNME SONRASI GELİŞEBİLECEK KOMPLİKASYONLAR

<p>Tekrarlayan inme</p> <p>Beyinde kanama</p> <p>Besinlerin geriye (akciğere) kaçması</p> <p>Nöbetler</p>	<p>Dil, davranış, bellek, dikkat bozuklukları</p> <p>Konuşma ve yutma ile ilgili sorunlar</p> <p>İletişimin bozulması</p> <p>İdrar kaçırma</p>	<p>Düşmeler</p> <p>İdrar yolu enfeksiyonları</p> <p>Duyu kaybı</p> <p>Fiziksel harekette kısıtlılık</p>
---	--	---

İNME HASTALIĞININ RİSK FAKTÖRLERİ

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Yaş, ➤ Cinsiyet, ➤ İrk, ➤ Aile öyküsü/genetik, ➤ Ailede inme öyküsü,
Değiştirilebilen Risk Faktörleri	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kan basıncı, ➤ Şeker hastalığı, ➤ Kalp hastalıkları, ➤ Yüksek kolesterol, ➤ Sigara, ➤ Şişmanlık, ➤ Fiziksel aktivite,

İNMENİN ÖNLENMESİ VE TAKİBİ

- İnmenin önlenmesinde yapılabilecek en önemli adım, insanların yaşam tarzlarını değiştirmeleridir. Bunun için dikkat edilecek hususlardan bazıları şöyledir;
- Sigarayı bırakmak,
- **Diyetin iyileştirilmesi:** Yağ oranı düşük (özellikle doymuş yağ) ve sodyum yönünden düşük, meyve ve sebzelerin yüksek olduğu diyet,
- Düzenli egzersiz,
- Aşırı alkolden kaçınmak,
- Haftada 5 gün, günde 20 dakika egzersiz yapmak,
- **İlaçları düzenli kullanmak:** İlaçlara uyumu arttırmaya yönelik müdahaleler inmeli hastalar için önemlidir. Bunlar; hatırlatıcılar, kendisinin takibi, danışmanlık, aile yardımı, telefon takibi...
- **Tansiyon takibi:** Tüm inme hastaları, hekimlerinin önerdiği tansiyon ilaçlarını düzenli bir şekilde kullanmalıdırlar. İnmelerin %60'ından hipertansiyon sorumludur. Yüksek kan basıncı genellikle beyinde bulunan ana damarlardan birinde hasara, bunu takiben önemli beyin bölgelerinde hücre ölümüne sebep olur. Bu nedenle tansiyon değerleriniz küçük tansiyon: 85mm Hg, büyük tansiyon: 130 mm Hg'nın altında olmalıdır.
- **Kan basıncını kontrol altına almak için;**
 - Fazla kilo varsa kilo verilmeli: Normal beden kitle indeksi: BMI, 18,5 - 24,9 kg / m² arasındadır. *Beden kitle indeksi*, vücut ağırlığının (kg olarak), boy uzunluğunun (metre cinsinden) karesine bölünmesiyle hesaplanır. *Örneğin;* vücut ağırlığı 73 olan kişinin boyu 1,85 cm olan kişinin beden kitle indeksi (73/1,85 cm²) sonucu 21.4 'dür.
 - Tuz ve yağ oranı düşük olan sağlıklı bir diyet yapılmalı,
 - Daha aktif olunmalı,
 - Doktorun önerdiği şekilde ilaç alınmalı, doktorla konuşmadan asla kan basıncı ilacınızı (hipertansif) bırakmamalısınız.

EK-5. (devam) İnme Eğitim Kitapçığı

- **Kan şekeri takibi:** Yüksek kan şekeri damarların yapılarını bozarak damarda tıkanıklığı yol açar. Bu tıkanıklık sonucu da inme meydana gelebilir. Bu yüzden diyabetli hastalarda, kan şekeri düzeyi düzenli olarak ölçülmelidir. Daha sıkı kan şekeri kontrolü ile inme sıklığı azalmaktadır. Bu yüzden kan şekeri seviyesini açlık<110 ve tokluk<140 seviyesinde tutmak önemlidir. Üç ayda bir sağlık kuruluşunda HgA1C düzeyine baktırılması ve düzeyinin normal olup olmadığının doktor tarafından değerlendirilmesi gerekir.

Şeker hastalığını kontrol altına almak için;

- Karbonhidratlı yiyecekler ve şeker alımı sınırlandırılmalı,
- Kan şekeri düzenli izlenmelidir.
- **Kolesterolün düşürülmesi/yüksek kolesterolün önlenmesi:** Kolesterolün düşürülmesi için;
 - Sağlıklı ve düzenli beslenme alışkanlıklarını kazanılmalı,
 - Bol meyve ve sebze tüketilmeli,
 - Tahıl, kurubaklagil tüketimi artırılmalı,
 - Kızartmalardan sosis, salam, sucuk, pastırma, ciğer, böbrek ve beyin gibi kolesterolü fazla olan etlerden uzak durulmalı,
 - Besinlerin yağ ve kalori içeriklerine dikkat edilmelidir. Az yağlı süt, peynir vb. tercih edilmeli,
 - Patates cipsi, mayonez, hazır salata sosları, tereyağı, iç yağ ve kuyruk yağından ise kesinlikle uzak durulmalı,
 - **Doktorun önerdiği kolesterol düşürücü ilaç varsa alınmalı ve doktorla konuşmadan kolesterol ilaçlarını (statinler) almayı asla bırakmamalıdır.**

INR KONTROLLERİ

Kan sulandırıcı kullanan bireylerde INR değerinin düşük olması beyne pıhtı atma riskini arttırırken, INR değerinin yüksek olması, kanama riskini arttırmaktadır. Hastadan alınacak bir tüp kan ile bu değere bakılır. INR değeri kan sulandırıcı (aspirin, coumadin..) kullanan hastalar için hayati önem taşır.

EK-5. (devam) İnme Eğitim Kitapçığı

INR'nin kontrolleri, varfarin (kan sulandırıcı) tedavisinde başlangıçta haftada iki, sonra sırasıyla haftalık, iki ile üç hafta arayla ve en son da aylık olarak yapılır. INR değerinin uzun süre sabit olması durumunda dahi, aylık kontrollerinin yaptırılması gerekmektedir. Bu yüzden hastanızın INR değerlerini takip etmelisiniz.

YUTMA PROBLEMİ

İnmeden sonraki ilk üç gün içerisinde hastaların yarısından çoğu yutma güçlüğü yaşamaktadırlar. Bu yüzden bu hastaların yiyecekleri geriye (akciğere) kaçırma olasılığı yüksektir.

- Hastayı yatar pozisyonda beslemeyin, beslemeye başlamadan önce hastanızı oturur pozisyona getirin.
- Beslenme sonrası en az 30 dakika süreyle yatağın başını yükseltilmiş tutun.



- Hastanızı küçük miktarlarda ve yavaş yavaş besleyin. Bu onu yutmasını kolaylaştıracak ve boğulma riskini azaltacaktır. Katı gıdaları doğrama, ezme, kıyma gibi işlemlerden geçirerek yutmayı daha güvenli ve kolay hale getirin.
- Yiyeceklerin ağızda birikerek geriye kaçmaması için etkilenmiş tarafı sık sık kontrol edin.
- Yutma sırasında hastanın başını ileri doğru uzatmasını ve öne eğmesini sağlayın.
- Hastayla aynı seviyede oturun, kaşık ve çatalı hastanın ağız seviyesinden aşağıda tutun.
- Tablet formundaki ilaçları sağlık personeline danışarak uygulayın.
- Yemek için yeterli zamanı tanıyın; hastayı acele ettirmeyin.

EK-5. (devam) İnme Eğitim Kitapçığı

- Pipet kullanmaktan kaçının çünkü hastanız ne kadar sıvı çektiğini bilemeyebilir.

İNME Lİ HASTADA BESLENMENİN ÖNEMİ

Hasta yutma bozukluğu yaşayabilir, bu durum beslenmesini etkileyecektir. Hastanızın besinlerinin sıvı formda ve yumuşak gıdalardan oluşmasına dikkat edin (yoğurt, çorba, muhallebi...).

Doğru beslenme, sadece inmeli hastaları değil herkesi ilgilendirir. Beslenme, şeker hastalığının ve dolaylı olarak inme tedavisinin temel taşlarından biridir. Şeker hastaları her gün ihtiyaçlarına uygun miktarlarda karbonhidrat içeren besin tüketmeleri ve günlük besin ihtiyaçlarını 3 ana 3 ara öğün şeklinde almaları gerekir. Reçel, pasta, hazır meyve suları gibi gıdalar kan şekerinizi çabuk yükseltir. Pirinç, patates, mısır, mercimek gibi nişastalı yiyeceklerde de şeker oranı fazladır. Bu yüzden bu yiyeceklerden uzak durun.



Kepekli ekmek, bulgur, sebze, salata, kabuklu meyve gibi lifli gıdalar diyetinizde önemli bir yer tutar. Yağ tüketiminde, özellikle de hayvansal yağların tüketiminde çok dikkatli olmanız gerekir.

EK-5. (devam) İnme Eğitim Kitapçığı



İnmenin risk faktörlerinden biri olan tansiyonu dengede tutmak çok önemlidir. Bu nedenle tuz kısıtlaması çok önemlidir. Günlük tuz tüketimi 6 gram tuz geçmemelidir. Bu da yaklaşık 1 çay kaşığıdır. Maalesef ülkemizde başta ekmek olmak üzere birçok gıdadan ihtiyacımızın çok üstünde tuz almaktayız. Ülkemizde günlük ortalama tuz tüketimi 18 gramın üstündedir. Bu da hipertansiyon tedavisini olumsuz etkileyebilir.



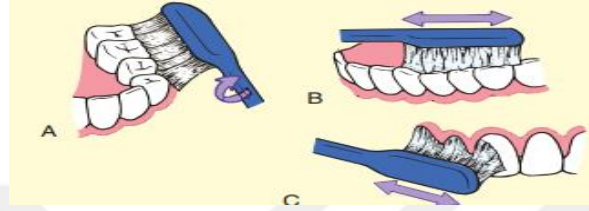
Et ve et ürünleri tüketimi tansiyon artışıyla anlamlı olarak pozitif ilişki gösterirken, deniz ürünleri ve balık tüketimi ise aksine tansiyonu azaltır. Kırmızı etin az olduğu, balık, deniz ürünü ve zeytinyağlı yemeklerin hakim olduğu Akdeniz tipi diyetin hipertansiyona olumlu etkisi olacağı açıktır. Zeytinyağı ile pişirilmiş sebze yemekleri ve meyve ağırlıklı diyet hem küçük hem büyük tansiyon üzerine olumlu etkiler gösterirken; işlenmiş tahıllar, işlenmiş et, et ürünleri ve alkol tüketimi tansiyon üzerine olumsuz etkiler gösterir. Bu nedenle deniz ürünleriyle ve Akdeniz tipi beslenme inmeli hastalarda tansiyon kontrolünde çok önemlidir.

AĞIZ BAKIMI

- Temiz bir ağız sadece kendini iyi hissetmekle kalmaz, aynı zamanda ağız hijyeni uygulaması (diş plağının ve yiyecek izlerinin giderilmesi) ağız, diş ve dişeti sağlığının korunmasında önemli bir faktördür.
- Temiz ve sağlıklı bir ağız ayrıca acıyı veya rahatsızlığı önler ve insanların çeşitli besleyici yiyecekler yemelerine izin verir.

EK-5. (devam) İnme Eğitim Kitapçığı

- İyi bir ağız hijyeni sağlamak, felçten sonra zor olabilir. Fiziksel zayıflık, koordinasyon eksikliği ve bilişsel problemler nedeniyle ağız sağlığını korumakta güçlük çekebilir. İyi bir ağız hijyeni sağlamak hastaya rahatlık sağlar ve aynı zamanda enfeksiyonu önler. Diş macunu veya diş jeli gibi özel temizlik maddeleriyle diş, diş protezi ve diş etlerinin fırçalanması çok önemlidir.



Ağız içi vücudun önemli bir yeridir Ağız, dişler, diş etleri, dil ve takma dişlerin temizliği oldukça önemlidir.

Kişi diş fırçalama yapabiliyorsa;

- Her yemek sonrası ve yatmadan önce takma dişlerini çıkarması ve temizlemesini hastaya hatırlatın.
- Ağız bakımını kendi yapabilecek durumda ve takma dişi yoksa ise günde en az 2 defa fırçalamasını sağlayın.

Eğer ki ağız bakımını siz yaptıracağsanız; imkanınız var ise medikal firmalarda satılan ağız bakım çubuk ve solüsyonlarını kullanıp, günde en az 2 defa temizleyin.



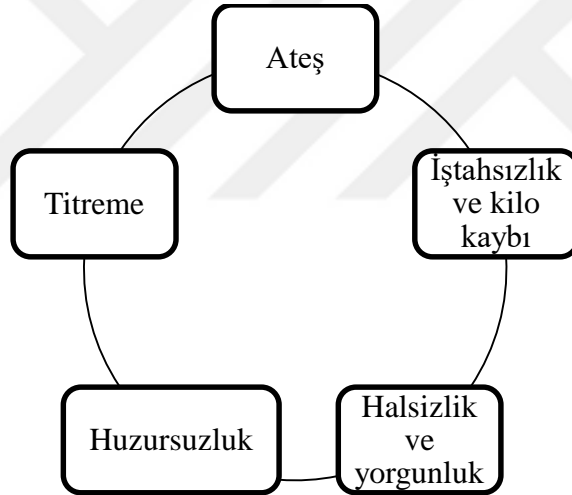
ENFEKSİYON BELİRTİ VE BULGULARI



EK-5. (devam) İnme Eğitim Kitapçığı

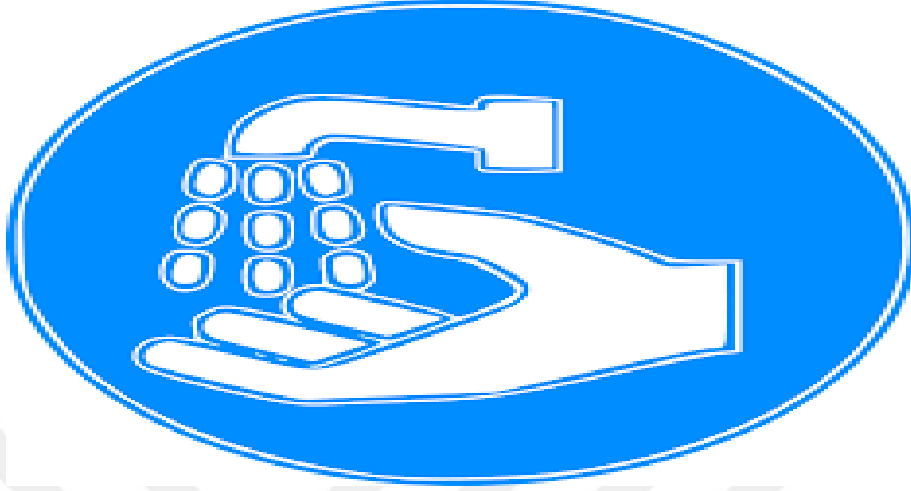
İnmeli hastaların bağışıklık sistemleri düşük olduğu için enfeksiyona yakalanma riskleri yüksektir. Bu yüzden enfeksiyon belirti, bulgularını bilmeleri ve el yıkama gibi genel hijyen kurallarını bilmeleri ve uygulamaları bu hastalarda büyük önem taşır.

- Hastanızda enfeksiyonun belirti ve bulgularını izleyin (Örneğin vücut sıcaklığının yükselmesi, nabız hızının artması, idrar yaparken yanma hissi, koyu sarı renkli akıntı, sık idrara çıkma isteği, bulanık idrar, sırtın arka bölümünde meydana gelen ağrı, ağır kokulu idrar, vücut sıcaklığı, yorgunluk ve halsizlik).
- Normal vücut ısısını koruyun (38° üzerinde doktora başvurun).
- Hastanın yeterli sıvı almasını sağlayın (Sıvı kısıtlaması yoksa 2-3 litre).
- Doktora ulaşana kadar ki süreçte hastanıza eğer var ise ateş düşürücü ilaç verebilirsiniz, üzerindeki kıyafetleri azaltıp soğuk uygulama yapabilirsiniz.



EK-5. (devam) İmme Eğitim Kitapçığı

EL YIKAMA VE ÖNEMİ



ELLERİMİZİ NEDEN YIKAMALİYİZ?

- *Hijyen*, sağlıklı ortamın korunması amacıyla her türlü hastalık etmeninin ortamdaki uzaklaştırılmasıdır.
- Hijyeni sağlamada en temel kural, ellerin doğru yöntem ile yıkanmasıdır.
- Çünkü ellerimiz, çevre ile her türlü bağlantıyı sağlayan, bu nedenle de en fazla bakteri barındıran organımızdır.
- Ellerimiz yoluyla taşınan bakteriler basit bir soğuk algınlığından, bulaşıcı ve ölümlü sonuçlanabilen hastalıklara kadar bir çok hastalığın gelişimine neden olabilmektedir.
- Oysa, doğru el yıkama alışkanlığının kazanılmasıyla, pek çok bulaşıcı hastalık ile besin kaynaklı hastalıkların önüne geçebilmek mümkündür.
- El yıkama, birey ve toplum sağlığının korunması açısından basit, ucuz, toplumun her kesimi tarafından uygulanabilir ve son derece etkili bir yöntemdir.



Hem kendimizin hem de çevremizdekilerin sağlığını korumak için ellerimizi sık sık ve doğru bir şekilde yıkamalıyız.



TC Sağlık Bakanlığı

Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü

f t i y /sbsggm

EK-5. (devam) İnce Eğitim Kitapçığı

ELLERİMİZİ NASIL YIKAMALIYIZ?



Ellerimizi yıkarken,

- Bol su ve sabun kullanmalı,
- Ellerimizi en az 10-15 saniye iyice ovuşturmalı,
- Parmak aralarını ve tırnak altlarını iyice temizlemeli,
- Toplam el yıkama süremiz 40-60 saniye olmalıdır.



1
Ellerimizi suyla ıslatalım



2
Yeterince sabun alalım



3
Sabunu avuç içimizde iyice köpürtelim



4
Sol elin üstünü sağ elle, sağ elin üstünü sol elle ovalayalım



5
Parmaklarımızı iç içe geçirip ovalayalım



6
Parmaklarımızı kenetleyip ovalayalım



7
Başparmaklarımızı ovalayalım



8
Parmak uçlarını avuç içimizde ovalayalım



9
Ellerimizi bol suyla durulayalım



10
Kağıt havluyla kurulayalım



11
Musluğu havluyla kapatalım



12
Ellerimiz artık tertemiz...



TC Sağlık Bakanlığı

Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü

f t i y /sbsggm

EK-5. (devam) İnme Eğitim Kitapçığı

DÜŞMELERİN ÖNLENMESİNE YÖNELİK ALINACAK ÖNLEMLER

Düşmeler inme sonrası ilk haftada %7 sıklıkta görülür ve inme sonrası en yaygın tıbbi komplikasyonlardan biridir.

Düşme nedenleri;

Denge bozukluğu, yürümede güçlük

Duyusal bozukluklar, örneğin görsel problemler, zayıf işitme

Yanlış mobilya düzeni, zayıf aydınlatma

Düşmeleri engellemek için:

- Doktor ve fizyoterapistinizle görüşerek yardımcı araç kullanımını sağlayın (Örneğin; yürüteç, baston).



Hastanın:

- Kısa ve yavaş adımlar atmasını sağlayın.
- Yatar pozisyondan oturur pozisyona geçerken yavaş bir şekilde kalkmasını sağlayın.
- Yavaşça, bacakları sarkıtın ve yürümeden önce yatağın yanında durun.
- Banyoda ve odalarda yeterli aydınlatma olmalı, yatak odasında gece lambası kullanın.
- Halı ve paspasların kaymayacak ve takılmayacak şekilde olmasını sağlayın.

EK-5. (devam) İnme Eğitim Kitapçığı



- Hastanın ihtiyaç duyacağı eşyalar uzanıp alabileceği yakınlıkta olmasını sağlayın.
- Takılmaya neden olabilecek telefon kabloları, uzatma kablolarını ortamda bulundurmeyin.
- Hastanızı uzun süre yalnız bırakmamaya dikkat edin.

YATAK YARASI GELİŞİMİNİ ÖNLEME

Eğer hastanız yatağa bağımlı ise hastanın sürekli aynı pozisyonda yatmaması gerekir. Hastanız eğer bilinci kapalı ve yatağa bağımlı ise mutlaka her iki saatte bir pozisyon veriniz ve topuklarını, kalçasını, dirseklerini yastıkla desteklemeye özen gösteriniz.

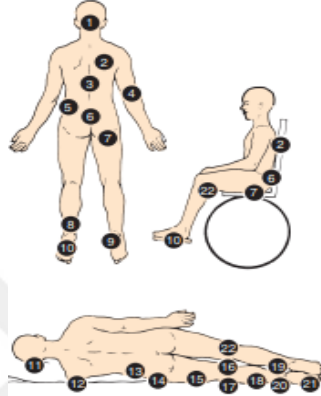


Yatak yaraları, ek sağlık bakımı yanında, ek ağrı ve tedaviye yol açar. Bunun için;

- Basınç düşürücü cihazlar kullanın (Örneğin; yastıklar, minderler).
- Yatak çarşaflarını kuru ve buruşmayacak şekilde serin.
- Cildini temiz tutun, banyodan sonra ve gerektiğinde dikkat göstererek iyice kurulayın.
- Banyo için yumuşak bir sabun kullanın ve günde en az bir kez nemlendirici losyon uygulayın.
- Deride solukluk ya da kızarıklık olup olmadığını inceleyin.

EK-5. (devam) İnme Eğitim Kitapçığı

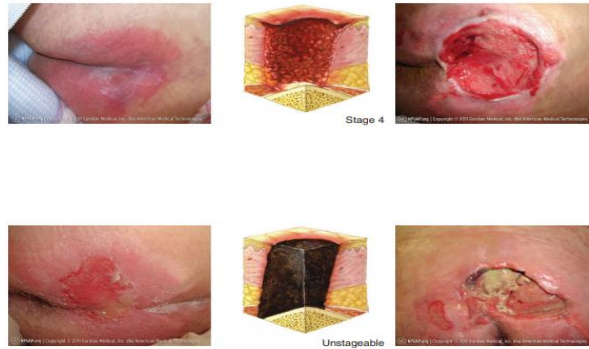
- Sert dokulu kumaşlardan yapılmış yatak örtülerinden kaçının.
- En az 2 saatte bir pozisyonunu değiştirin.
- Herhangi bir engeli yoksa en az 2000 ml/gün sıvı alımını teşvik edin (Bir bardak su 200 ml'dir).



Hastanızın eğer yatak yarası var ise;

- Eğer cildinde kızarıklık var ve geçmiyor ise sık sık pozisyon vermeli ve kızarık bölgesine doktorunuzun önerdiği çinko içerikli kremleri sürmeniz yaraya iyi gelecektir.
- Cildin idrar ve dışkı ile temasını engelleyin.

Cilt bütünlüğünde bozulma var ise doktorunuza başvurunuz ve size reçete edilen kremleri kullanıp hastanıza pozisyon vermeyi unutmayınız.



EK-5. (devam) İnme Eğitim Kitapçığı

BOŞALTIM

İnmeli hastalarda normal sıklıkta ve normal kıvamda (ne katı ne de çok cıvık) dışkı yapılması çok önemlidir.

Lif, yediğimiz gıdaların bağırsaklar tarafından sindirilemediği kısımdır. Lifli besinler kabızlığı giderme de yardımcı olur Hastanızı lifli gıdaları alması için destekleyin. Bunlar; kuru meyve ve meyveler (elma, portakal, kayısı,..) sebzeler (havuç, brokoli, yeşil fasulye, salatalık, lahana,..).



- Herhangi bir kısıtlaması yoksa günde en az 2 litre sıvı almasını sağlayın.
- Bağırsak boşaltımı için uyarıcı olması nedeniyle kahvaltıda 30 dakika önce ılık su içmesini sağlayın.



- Hastanız yatağa bağımlı değilse bol bol yürümesini, yatağa bağımlı ise yatak içinde her iki dizin sırayla göğsüne doğru çekmesini destekleyin (saat başı 10-20 kez).
- Hastanın büyük tuvaletini yaptığı sırasında mahremiyetini ve güvenliğini sağlayın.



EK-5. (devam) İnme Eğitim Kitapçığı

KANAMA

İnmeli hastalarda kan sulandırıcı kullanmaya bağlı kanama riski yüksektir. Bu yüzden kanama ile ilgili önlemler almak önemlidir.

- Hastayı tıraş etmek için elektrikli tıraş makinesi kullanın.
- Ağız hijyeni için yumuşak bir diş fırçası kullanın diş ipi kullanmayın.
- Kan sulandırıcı kullanılan hastaların PT, aPTT ve INR takibi yapılması ve sonuçların doktoruna bildirilmesi gerekmektedir. Bunun için ise bir tüp kan vermeniz yeterli!
- Gizli kanama belirti ve bulgularına karşı uyanık olunması gerekmektedir (ciltte morluklar, idrarda kan görülmesi, korku, endişe, huzursuzluk, susuzluk, soğuk ve solgun deri, vücut ısısının düşmesi, tansiyon düşmesi...).



EGZERSİZLER

Basit bir egzersiz hareket programı, inmeli hastalarının fiziksel ve psikolojik işlevlerini artırmada olumlu etkiler yaratabilir.

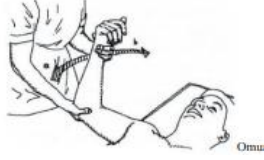


Dirseği bükmeden yana doğru açın ve kapatın.



Dirseği bükmeden kolu baş seviyesine kadar kaldırıp indirin.

EK-5. (devam) İnme Eğitim Kitapçığı



Kolu el bileği ve dirsek hizasında tutun, içeri ve dışı doğru çevirin.



Eller arka da başın üzerinde birleştirilir. Nazikçe dirsekler birbirine değdirilmeye çalışılır.



Göğüs kafesi boyunca omuz çekilir. Gerginlik omuz ve kolun arkasında hissedilmelidir.



Baş nazikçe sağ ve sol omuzun üzerine döndürülür mümkünse çene ile omuza dokunmaya çalışılır.



Baş nazikçe sağa ve sola yatırılarak mümkün olduğunca kulaklar omuza dokundurulmalıdır.



El bileğini oklar yönünde yukarı ve aşağı doğru hareket ettirin.

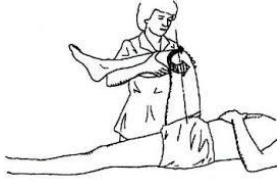


Başparmağı diğer parmaklarla tek tek karşılıklı getirip açın.

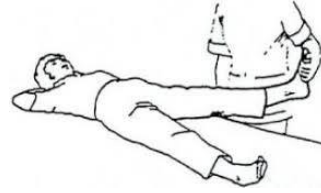


Kalça ve dizi bükerek göğse doğru çekin ve uzatın.

EK-5. (devam) İnme Eğitim Kitapçığı



Kalça ve dizi 90 derece açı oluşturacak şekilde tutun.



Bacağı yerden kaldırmadan yana doğru açıp kapatın.



Ayak tabanınız yere basarken belinizi ve kalçanızı yavaşça kaldırın.



Ayağı bilekten itibaren başparmak ve küçük parmak yönünde hareket ettirin.



Ayağı bilekten itibaren yukarı ve aşağı ok yönünde hareket ettirin.



Bacağı düz olarak yukarı kaldırın ve indirin.

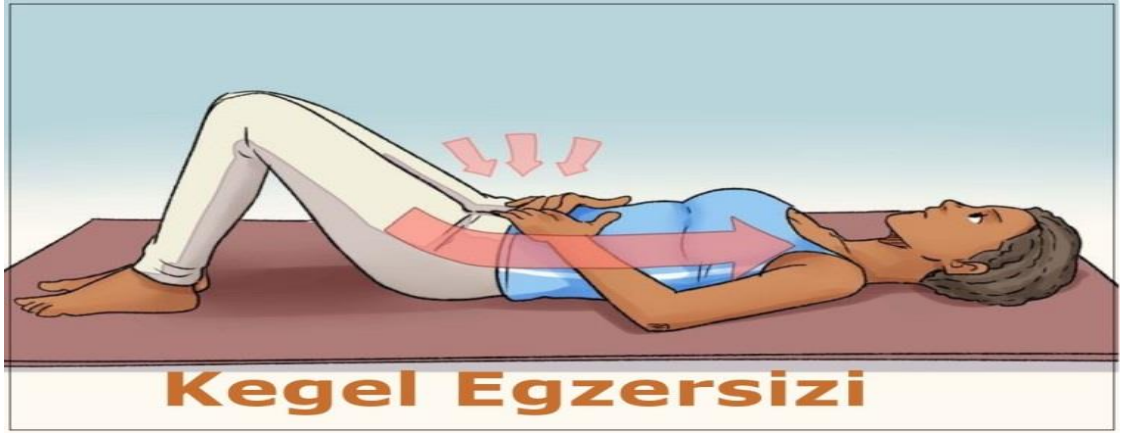
Eğer idrar kaçırmamız varsa öncelikle üroloji hekimine başvurmalıyız. Ardından hekimimizin de önerisiyle durumunuza uygun olarak bu egzersizi yapabilirsiniz.

- Makattan gaz çıkışını engellemeye çalıştığınızı düşünün. Bu sırada kastediğimiz kaslar pelvik taban kaslarıdır. Bu egzersizde bu kasları kullanacağız.

Egzersizi yaparken;

- Dizleriniz hafif açık olacak şekilde oturun, ayakta durun ya da yatın.

EK-5. (devam) İnme Eğitim Kitapçığı



- Kasları kasın ve 10'a kadar sayın.
- Kasları gevşetin ve yine 10'a kadar sayın.
- Egzersizi günde 3 kere 10'ar kez yapın.
- Egzersizi oturarak, yatarak ve ayakta durarak yapmak size daha fazla kontrol sağlar ve kaslarınızı daha da güçlendirir.
- Kaslarınız hemen güçlenmeyecektir.
- İlk başlarda idrar kaçırmanızda gözle görülür bir düzelme olmayabilir.
- Kegel egzersizlerinin fizyolojik etkileri iki hafta sonra ortaya çıkmaya başlar.

DUYGUSAL DEĞİŞİKLİKLER

Herkesin inme hastalığına tepkisi farklıdır. Hasta da ve bakım veren de zaman içinde değişen bir dizi duygu değişikliği görülebilir. Örneğin; endişe ve düşük ruh hali, keder, üzüntü, inkar gibi duygular yaygındır. Bunlar, olanlara verilen normal tepkilerdir ancak bu duygular, bireyin yaşamını, iyileşmesini, hastalıkla baş etmesini olumsuz etkilerse tedavi gerektirebilir.

Bu olumsuz duyguları yönetmenin birçok yolu vardır:

- İnme öncesi zevk alınan şeyleri yapabildiği ölçüde yapmaya devam edilmelidir.
- Yakın arkadaşlar ve aile görmeye devam edilerek ve onlarla mümkün olduğunda nasıl hissedildiği konuşulmalıdır. Aileyle konuşmak istenmezse doktoruyla da konuşması teşvik edilir.
- İnme sonrası değişiklikleri yönetmek için biraz yardım kabul edilmelidir.

EK-5. (devam) İnme Eğitim Kitapçığı

DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİKLERİ

Bazı insanlar felçten sonra davranış değişiklikleri de yaşayabilir ve kişiliklerinde bir değişiklik olmuş gibi görünebilir. Daha az girişken, daha içe dönük, kızgın veya saldırgan olabilirler. Bazen karakterin tamamen tersine dönmesi olabilir örneğin, hafif saldırgan özelliği olan bir kişide var olan bu kişilik özelliği daha abartılı hale gelir. Bazen insanlar kibar veya incitici olmasalar bile düşündüklerini agresif şekilde söyleyebilirler. İnme geçiren kişi, bu rahatsızlıklardan habersiz olabilir ve genellikle bunu ilk fark eden aileleri ve arkadaşlarıdır.

İNME SONRASI ANKSİYETE VE DEPRESYON

İNME GEÇİRME BİREYİN YAŞAMINDA BİRÇOK DEĞİŞİKLİĞE NEDEN OLABİLİR. İnme geçiren bireyler, inmenin neden olduğu problemlerden dolayı üzgün hissedebilirler ve bu strese, endişeye ve üzüntüye neden olabilir, düşünce ve hislerini etkileyebilir. Depresyon, anksiyete bozuklukları ve inme arasında güçlü bir bağlantı vardır. İnme geçirenlerin üçte ikisinin, sonradan bir noktada depresif hissettiği görülür. Bazı bireyler ise en kısa sürede teşhis ve tedavi edilmesi gereken büyük bir depresif bozukluk yaşarlar. Majör depresif bozukluğu olan bir insanda en az 2 hafta boyunca hemen hemen her gün belirti vardır. Bu belirtiler aşağıdakileri içerebilir:

- Kederli, üzgün, canı sıkın olmak,
- Kişinin zevk aldığı şeylere ilgi kaybı,

Ayrıca aşağıdakileri de içeren başka fiziksel veya psikolojik semptomlar da görülebilir:

- Yavaşlamak, huzursuz olmak ve hareketsiz oturmak,
- Kendini değersiz ya da suçlu hissetmek,
- İştah veya ağırlıkta artış veya azalma,
- Konsantrasyon, düşünme, hatırlama veya karar verme problemleri,
- Uyku problemleri,
- Her zaman enerji kaybı veya yorgunluk hissetmek,

EK-5. (devam) İnme Eğitim Kitapçığı

- Baş ağrısı,
- Diğer ağrı ve ağrılar,
- Sindirim problemleri,
- Cinsel sorunlar,
- Karamsar ya da umutsuz hissetmek,
- Endişeli veya endişeli olmak,
- Ölüm veya intihar düşünceleri,

Depresyon, inme geçiren kişilerde sıklıkla tanınmaz veya teşhis edilmez. Bunun nedeni inme ve depresyonun ortak birçok semptomu olmasıdır.

Örneğin; çok yorulmak, hafızayla ilgili problemler veya duyguları veya ruh halinizi kontrol etmekte zorluk çekme inmeye bağlı görülebileceği gibi depresyonda da görülebilir. İnme konuşmayı etkilediyse, hastalık belirtilerini ifade etmeyi de zorlaştırabilir.

Depresyon tedavi edilebilir. İyileşme yaygındır. Depresyonun tedavisi kişiden kişiye değişen, farklı tedavileri içerir.

Tedavi, egzersiz, daha iyi bir diyet, sağlıklı kilonun korunması ve alkol alımınızın azaltılması gibi yaşam tarzı değişikliklerini içerebilir. Tedavi ayrıca psikolojik tedavileri (konuşma terapileri) ve / veya ilaçları içerebilir. Birey için doğru olan tedavi, depresyonun ciddiyetine ve felcin etkilerine bağlıdır. İnme sonrası hafıza ya da iletişim (konuşma ya da anlama) konusunda sorun yaşıyorsa psikolojik tedavi de yararlı olabilir. Eğer depresyon tedavi edilmezse, bireyin iyileşmesini zorlaştırır.

Stresi azaltma yolları

Stresi azaltmak için aşağıdaki ipuçları hem bakım verenler hem de inme geçiren hastalar içindir.

- İnmenin iyileşmesi ve hastaya her gün bakım verme zaman alır ve umutlu olmak gerekir.
- İnmenin etkilerine uyum sağlamanın zaman aldığı unutulmamalıdır. Bir şeyleri yapmanın daha iyi yollarını araştırırken, her bir küçük gelişme takdir edilmez.
- Bakım verme öğrenilir. Bilgi ve becerilerin tecrübe ile artacağı beklenir.

EK-5. (devam) İmme Eğitim Kitapçığı

- Sizin için neyin işe yaradığını bulana kadar günlük yaşam aktiviteleri yapmanın, birbirleriyle iletişim kurmanın, günü planlamanın ve sosyal hayatınızı düzenlemenin yeni yolları aranmalıdır.
- Aileye ve arkadaşlara da zaman ayrılmalıdır. Bu nedenle hem hasta bireyi hem de bakım veren bireyi evden uzaklaştıracak etkinliklerde planlamalıdır.
- Bakımda diğer aile üyelerinden ve arkadaşlarından yardım etmeleri istenmelidir.
- Benzer durumları yaşayan başka kişilerin deneyimleri faydalı olabilir. İnmeli hasta veya bakım verenlerde ilgili bir destek grubuna katılabilir. Böylelikle karşılaşılan problemlerde birlikte çalışabilir ve yeni arkadaşlıklar kurabilir.
- İnmeli birey ve bakım verenin yaşadığı iletişim sorunlarının çözümünde rehabilitasyon uzmanı veya destek grubu ile paylaşım yararlı olabilir.

İletişim

Dizartri

Konuşmanın bozulmasına sebep olan bir durumdur. Dizartrinin sebebi, konuşurken kullanılan kasların kontrol ya da koordine edilmesinde güçlük yaşanması ya da bu kasların zayıf olmasıdır. Dizartri, çoğunlukla anlaşılması zor olabilen geveleme tarzında ya da yavaş konuşmayla karakterizedir. Dizartri, hafif ve sadece çok yorgun olduğunuzda farkedilebilir. Ciddi durumlarda, konuşmanın bireyi çok iyi tanıyan kişiler tarafından bile anlaşılmasını zorlaştırabilir.

Disfazi / Afazi

Disfazi ve afazi aynı şeyi yani dil bozukluğunu ifade eder. Afazi konuşma, anlama, okuma, yazma ve sayıların kullanımını etkileyebilir. Herkesi farklı şekilde etkiler. Bazı insanlar afaziye bağlı sadece bir alanda güçlük çekebilirler, ancak sıklıkla tüm alanlarda sıkıntı yaşama daha yaygındır. Afazi, zekayı etkilemez, ancak mesajların iletilmesini ve düşüncelerini, duygularını ve isteklerini ifade edilmesini zorlaştırır. Afazi gelişen hastaya yardım etmenin birçok yolu vardır. Konuşma ve Dil Terapisti bu konuda hasta ve bakım verene yardımcı olabilir.

EK-5. (devam) İmme Eğitim Kitapçığı

Denenecek stratejiler arasında basit bir dil kullanarak kısa ve özlü bilgi vermeyi; önemli sözcükleri yazmak, jestleri kullanmak ve afazi yapan kişiyi size anlatmaya çalıştıklarını jest, yazmaya veya çizmeye teşvik etmek. Fotoğrafları kullanmak, resimler, takvimler veya haritalar gibi nesnelere de yardımcı olabilir. Konuşma ve Dil Terapisi iletişimi geliştirmeye yardımcı olabilir.

İNME Lİ HASTADA İLETİŞİM SORUNLARI

- İnmeli birey diğer bireylerle nasıl iletişim kuracağı konusunda fiziksel olarak yetersiz olabilir. Bu sorunun giderilmesi için yardımcı hareket gereçleri, tekerlekli iskemle, çağırma zili, telefon, kağıt, kalem gibi gereçler kullanılmalı.
- İnmeli hastanın yanıtları yavaşlamış olabilir. Hasta ile konuşulduğunda cevap vermesi için zaman tanınmalı.
- İletişimde cesaretlendirmek için uygun yollar denenmeli. Örneğin hastaya ait objeler ya da resimlerle ilgilenip bunların hakkında konuşmak için fırsat yaratılmalı.
- İnmeli hasta kontrolsüz olarak gülebilir ya da ağlayabilir. Hastaya mutluluk ya da üzüntü gibi duygular yaşayıp yaşamadığı sorulmalı.
- Duygularını doğru olarak ifade edemiyorsa inmeden sonra bu tür duyguların yaşanmasının yaygın olduğu unutulmamalı.
- Bu durumu tetikleyen etkenler öğrenilerek olabildiğince hastanın etkilenmesi önlenmeli.

İLETİŞİM KURARKEN:

- Sessiz bir ortamda iletişim kurulmalı.
- Alçak ses tonuyla konuşulmalı.
- Hastanın söylediklerinden anlaşılana tekrarlanmalı ve anlaşılmayan bir şey olup olmadığı sorulmalı.
- Gerekli durumlarda hastanın istediklerini yazılı olarak iletmesi istenmeli.
- Hastanın yanıt vermesi için zaman tanınmalı.
- Hasta ile konuşurken basit sözcükler kullanılmalı, evet hayır biçiminde yanıt verebileceği biçimde sorular sorulmalı.

EK-5. (devam) İnme Eğitim Kitapçığı

- Sakin ve sabırlı olunmalı.
- Yer ve zamanla ilgili konuşmalarda takvim, saat, harita gibi yardımcı araçlardan yararlanılmalı.

YORGUNLUK

İnme sonrası yorgunluk gelişirse neden geliştiğini belirlemek önemlidir. Yorgunluğun nedeni belirlendikten sonra yönetimini sağlamak gerekir.

Dört önemli nedenden dolayı inmeden/ felçten sonra yorgunluk gelişebilir.

- Hastanın yetersiz uyku, yeterince egzersiz yapmama, zayıf beslenme veya ilacın yan etkileri nedeniyle eskisinden daha az enerjisi olabilir.
- Hasta, inmenin etkileri nedeniyle, giyinmek, konuşmak veya yürümek gibi şeylere çok daha fazla çaba gösterir. Düşünme ve hafızadaki değişiklikler daha fazla konsantre olmayı gerektirir. Hastanın her zaman tetikte olması enerjisinin azalmasına neden olur.
- Hasta duygusal değişimlerden dolayı daha yorgun hissedebilir. Hayal kırıklığı, endişe, öfke ve hüznle başa çıkabilmek zor olabilir. Depresif duygular sık görülebilir. Enerji, ilgi ya da coşku kaybı depresif bir ruh haline neden olabilir.
- Hasta depresyon yüzünden daha yorgun hissedebilir. İnme sonrası depresyon çok yaygındır. Klinik depresyon birçok inmeli hastanın başına gelebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. Depresyon geliştiğini gösteren başlıca belirtiler; enerji eksikliği, motivasyon eksikliği ve herhangi bir şeye konsantre olamama ya da ilgi ve zevk azlığıdır. Yorgunluk devam ederse doktorla klinik depresyonun değerlendirilmesi için görüşülmelidir.

Enerji düzeyini artırma /Yorgunluğu giderme

-Hastanın gün boyunca ihtiyacı olduğu sürece dinlenmesi sağlanmalıdır ve gün boyunca dinlenme periyotları planlanmalıdır. Kısa süreli uykuları deneyin veya gün boyunca dinlenme periyotları planlayın. Yenilenmiş hissetmek için ihtiyacınız olduğu sürece dinlenin.

EK-5. (devam) İnme Eğitim Kitapçığı

-Hastanın rahatlamaı, gevşemesi sağlanmalıdır. Çünkü gerginlik, endişe, sinirlilik daha fazla enerji kaybına neden olur. Rahat olmak, enerjinin daha verimli kullanılmasını sağlar.

-Hastanın her gün hoşuna giden bir şey yapması gerekir. Olumlu bir tutum veya deneyim, enerji seviyelerini yükseltmek için çok yardımcı olur.

-Hastanın sosyalliğinin devamı sağlanmalıdır. Arkadaşları ailesi ve diğer insanlarla etkileşime geçmesi desteklenmelidir.

-Düzenli fiziksel aktivite enerji düzeyini artırmada önemlidir. Doktorunun izniyle, sağlıklı yaşam programına/rehabilitasyon programına katılım sağlanmalıdır.

AĞRI

Ağrının tanımlanması

İnmeli hastalarda duyu kaybı gelişirse vücut bölgelerinde ağrıyı tam olarak hissedemeyebilir. Bir kesik veya kırık bir kemiğın, yaranın, sıcak ya da soğuk uygulamanın farkında olmayabilirler. Konuşamayan ya da bilinci bozulmuş hastalar ise ağrısı olduğunu ifade edemeyebilirler. Bu nedenle hasta, kanama, şişlik, yara gibi belirtiler yönünden kontrol edilip dikkat edilmelidir. Ayrıca huzursuz, inleyen acı çektiğini gösteren yüz ifadeleri de ağrı olduğunu gösteren belirtiler olabilir.

Ağrının Etkileri

Ağrısı olan inmeli hastalar acı çektiği için hareket etmek istemeyebilir ve yapması gerekli egzersiz programını yapmak istemeyebilirler. Bu durum hastalarda hareketsizliğe bağlı eklem hareketlerinde kısıtlılığa neden olarak ağrının daha çok artmasına neden olacaktır. Daha sonra hareket etme girişimleri daha da acı verici olacaktır. Hastanın hareket etmemesi hastaya giderek başkalarına daha bağımlı hale getirerek engelliğinin ilerlemesine neden olabilir. Bu nedenle inmeli hastaların ağrılarının giderilmesi ve günlük hareket veya egzersiz yapmalarının teşvik edilmesi önemlidir.

EK-5. (devam) İnme Eğitim Kitapçığı

ACİL DURUM

Hastanız nefes almada zorlanıyor ise,
Bilinci kapandı ise,
İnme belirtilerinde herhangi biri varsa lütfen **112**'ye haber verin.

- Yüzde sarkma (anormal: bir taraf yüzün diğer taraf gibi hareket etmemesi)
- Kolun düşmesi (anormal: bir taraf kolun diğerine kıyasla daha az hareket etmesi ya da aşağıya düşmesi)
- Konuşma bozukluğu (anormal: yayvan, kelimelerin anlamsız olması veya sessizlik)

**KAYNAKLAR**

1. Bjartmarz, I., Jónsdóttir, H., Hafsteinsdóttir, T. B. (2017). Implementation and feasibility of the stroke nursing guideline in the care of patients with stroke: A mixed methods study. *BMC Nursing*, 16(1), 1–17.
2. Brady, M. C., Furlanetto, D., Hunter, R., Lewis, S. C., Milne, V. (2006). Staff-led interventions for improving oral hygiene in patients following stroke. *Cochrane Systematic Review*, 12-16.
3. Birol, L.(2005). *Hemşirelik süreci, hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım*. (7. Baskı). İzmir: Etki Yayıncılık, 35-38, 56-60, 80-83.

EK-5. (devam) İnme Eğitim Kitapçığı

4. Bilgili, N. Gözüm S. (2014). İnmeli Hastaların Evde Bakımı: Bakım Verenler İçin Rehber. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 7(2), 128–150.
5. Cambaztepe, N. (2014). İnmeli hastalarda ziyaret sürecinin vital bulgular ve anksiyete üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 10-13.
6. Caplan, L., & Bogousslavsky, J. (2012). *Stroke Syndromes*. United Kingdom: Cambridge University Press, 25-29.
7. Dağcı, S., ÖREN B. (2015). Varfarin Kullanan İnmeli Hastalara Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi; 19(1),1-6
8. Erdoğan, N. (2017). Tip 2 diyabetli hastalarda eğitimin diyabet öz yönetim ve öz etkililiklerine etkisi. Doktora Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 22-28.
9. Ekim, M. (2018). Hipertansiyon tedavisinde beslenmenin ve yaşam tarzı değişikliklerinin önemi. Bozok Tıp Dergisi; 8(2), 80-5
10. Koç, A. (2009). İnmeli hastalara uygulanan rom egzersizlerinin günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkinliğinin değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 18-25.
11. Kabita, K., Ajish, S. (2016). *Evidence based nursing care for an acute stroke: Theoretical Study*. The Degree Programme of Nursing, Yrkeshögskolan novia, Vaasa, 19-22.
12. Kothari RU, Pancioli A, Liu T, Brott T, Broderick J. (1999) “Cincinnati Prehospital Stroke Scale: reproducibility and validity.” *Ann Emerg Med* Apr;33(4), 373-8
13. Karakurt, P., Kaşıkçı, M. (2008). İnmeli Bir Olgunun Yaşam Modeline Göre İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 11(1), 76-84
14. Küçük, E. Ö., (2018). İnmeli hastalarda disfajinin yönetiminde geliştirilen kanıt dayalı rehberin hasta çıktılarına etkisi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 9-18.
15. Lindley, R., & Bernhardt, J. (2010). *Clinical Guidelines for Stroke Management*. National Stroke Foundation, 1–172.

EK-5. (devam) İnme Eğitim Kitapçığı

16. Lynda Juall Carpenito (2014). *Nursing Care Plans Transitional Patient & Family Centered Care* <https://ebookcentral.proquest.com/lib/gazi-ebooks/reader.action?docID=3418788> sayfasından erişilmiştir.
17. Lynda Juall Carpenito-Moyet(2009). *Nursing Care Plans & Documentation Nursing Diagnoses and Collaborative Problems*. Wolters Kluwer Health, 18-22.
18. Özcan, M. (2012). Üriner inkontinansı olan 65 yaş üstü kadınlara verilen kegel egzersizine ilişkin bilgilendirmenin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 20-23.
19. Ringleb, P. A., Bousser, M. (2008). İskemik İnme ve Geçici İskemik Atağa Yaklaşım Rehberi. (A. Durukan, U. Emre, T. Tatlısumak, Çev.), 66-79.
20. Şahin, N. (2017).Tip II diyabetli hastalarda diyabet belirtileri kontrolü. Yüksek Lisans Tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Muğla, 11-14.
21. Türk kardiyoloji derneği(2019) https://www.tkd.org.tr/hipertansiyon-calisma-grubu/sayfa/toplum_icin_bilgiler sayfasından erişilmiştir.
22. Thomas, L. H., Cross, S., Barrett, J., French, B., Leathley, M., Sutton, C. J., & Watkins, C. (2008). Treatment of urinary incontinence after stroke in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), 8-13.
23. Tseng, C. N., Chen, C. C. H., Wu, S. C., Lin, L. C. (2007). Effects of a range-of-motion exercise programme. *Journal of Advanced Nursing*, 57(2), 181–191.
24. Theofanidis, D., Gibbon, B. (2016). Nursing interventions in stroke care delivery: An evidence-based clinical review. *Journal of Vascular Nursing*, 34(4), 144–151.
25. Verheyden, GSAF., Weerdesteyn, V., Pickering, RM., Kunkel, D., Lennon, S., Geurts, ACH., Ashburn, A. (2018). Interventions for preventing falls in people after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013;Issue 5(5),25-29.
26. Wilkinson, J. M., & Barcus, L. (2018). *Pearson Hemşirelik Tanı El Kitabı*. (S. Kapucu, İ. Akyar, & F. Korkmaz, Çev.). Ankara: Pelikan yayınevi, 35-39, 58-62, 78-81.
27. Williams, J., Perry, L., & Watkins, C. (2010). *Acute Stroke Nursing*. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/gazi-ebooks/reader.action?docID=480431> sayfasından erişilmiştir.

EK-5. (devam) İnme Eğitim Kitapçığı

28. Warlow, C., Gijn, J. van, Dennis, M., Wardlaw, J., Bamford, J., Hankey, G., Sandercock, P., Rinkel, G., Langhorne, P., Sudlow, C., Rothwell, P. (2007). Stroke Practical Management. USA: Blackwell, 115-123.

GÖRSELLERİN KAYNAKLARI

Görseller Google arama motorundan kullanım hakları ticari olarak bile kullanıma, paylaşımına ve değiştirilmeye açık olan görsellerden ve Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., Hall A. M., (2013) Fundamentals Of Nursing. USA: Elsevier kaynağından alınmıştır.



EK-6. Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği Kullanım İzni

Ölçek izni Gelen Kutusu X

DÖNDÜ ERDOĞAN <erdogandonu1@gmail.com>
Alıcı: ayfer.karakakovan

11 Kas 2018 13:02 ★

İyi günler hocam, ben Döndü Erdoğan İnan. Gazi Üniversitesi hemşirelik bölümü Yüksek lisans tez dönemi öğrencisiyim. Tezimde geçerliliğini güvenilirliğini çalıştığınız İNMELİ HASTALARA BAKIM VEREN HASTA YAKINLARININ BAKIMA HAZIR OLUŞLUK ÖLÇEĞİ kullanmak için izninizi istiyorum. Ayrıca ölçeği mail olarak gönderebilirsiniz çok memnun olurum.

Teşekkür ederim hocam iyi günler.

iPhone'umdan gönderildi

ayfer karadakovan <ayfer.karakakovan@ege.edu.tr>
Alıcı: ben

14 Kas 2018 09:40 ★

Sevgili Döndü;
Yüksek lisans öğrencim Sevil Karaman'ın tez çalışması olan "İNMELİ HASTALARA BAKIM VEREN HASTA YAKINLARININ BAKIMA HAZIR OLUŞLUK ÖLÇEĞİNİ" tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Çalışmalarınızda başarılar dilerim.
Prof.Dr. Ayfer Karadakovan

Not:Çalışma sonuçlarınızı bizimle paylaşmanız memnun olurum.

----- Orijinal Mesaj -----

Kimden: "DÖNDÜ ERDOĞAN" <erdogandonu1@gmail.com>
Kime: "ayfer karadakovan" <ayfer.karakakovan@ege.edu.tr>
Gönderilenler: 11 Kasım Pazar 2018 13:02:26
Konu: Ölçek izni

EK-7. Satis-İnme Memnuniyet Anketi Kullanım İzni

ölçek izni Gelen Kutusu X önemli X



DÖNDÜ ERDOĞAN <erdogandonu1@gmail.com>

22 Nisan Pzt 12:30 ★ ↩ ⋮

Alıcı: ozlem.el ▼

İyi günler hocam, ben Döndü Erdoğan İnan. Eşim Bahadır İnan sizinle görüşmüş. Gazi Üniversitesi hemşirelik bölümü Yüksekisans tez dönemi öğrencisiyim. Tezimde geçerliliğini güvenilirliğini geliştirdiğiniz Satis-inme memnuniyet anketini kullanmak için izninizi istiyorum. Ayrıca ölçeği mail olarak gönderebilirsiniz çok memnun olurum.

Teşekkür ederim hocam iyi günler

Özlem El <ozlem.el@deu.edu.tr>

26 Nisan Cum 14:07 ★ ↩ ⋮

Alıcı: ben ▼

Merhaba Döndü hanım,

Bilgisayarın 3 ay kadar önce virüs nedeni ile çöktüğünden pekçok dökümanım kayboldu. Bu nedenle bu anketin yazılı şeklini size göndermekte gecikme oldu. Bir de yurtiçi ve yurt dışı toplantıların yoğun olduğu bir dönemdi.

Anketi kullanabilirsiniz.

Çalışmanızda başarılar diliyorum

Dr.Özlem El



EK-8. Barthel İndeksi Kullanım İzni

Ayşe Küçükdeveci

18 Ara 2018 Sal 10:00

Yurt dışındayım. Yarın dönünce göndereceğim. Ayşe DÖNDÜ ERDOĞAN <erdogandonu1@gmail.com>, 4 Ara 2018 Sal, 14:52 tarihinde şunu yazdı:

Ayşe Küçükdeveci <ayse.kucukdeveci@gmail.com>

20 Ara 2018 Per 09:33 ★ ↩

Alıcı: ben ▾

Sayın Döndü Hanım,

Ekte, tezinizden kullanılmak üzere Modifiye Barthel indeksini pdf ve Word formatında yolluyorum. Ayrıca refere etmeniz için ilgili makalemizi de ekledim.

İyi çalışmalar ve başarılar dilerim.

Ayşe

Prof. Dr. Ayşe A. Küçükdeveci
Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
İbni Sina Hastanesi, Kat 4, Samanpazarı, 06100 Ankara
Tel: +90 312 5082850, 5082822
Faks: +90 312 5083935
e-mail: ayse.kucukdeveci@gmail.com

DÖNDÜ ERDOĞAN <erdogandonu1@gmail.com>, 4 Ara 2018 Sal, 14:52 tarihinde şunu yazdı:



İyi günler hocam, ben Döndü Erdoğan İnan. Gazi Üniversitesi hemşirelik bölümü Yüksek lisans tez dönemi öğrencisiyim. Tezimde geçerliliğini güvenilirliğini geliştirdiğim Modifiye Barthel indeksini kullanmak için izninizi istiyorum. Ayrıca ölçeği mail olarak gönderebilirsiniz çok memnun olurum.

İyi günler hocam





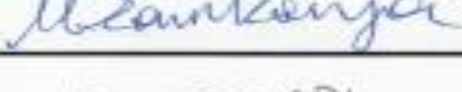



3 Ek



EK-9. Etik Komisyon Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 14/02/2019-E.20560	
	
T.C. GAZİ ÜNİVERSİTESİ Etik Komisyonu	
	
Sayı : 77082166-302.08.01- Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı	
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE	
İlgi : 27/12/2018 tarihli ve 14574941-199- 171353 sayılı yazı.	
İlgi yazınız ile göndermiş olduğunuz, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Döndü ERDOĞAN İNAN 'ın, Doç.Dr.Ülkü POLAT 'ın danışmanlığında yürüttüğü "İnmeİ Hastası ve Bakım Verenlerine Verilen Planlı Taburculuk Eğitiminin Hasta Memnuniyeti ve Bakım Vereninin Bakıma Hazır Oluşuğu Üzerine Etkisi" adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun 12.02.2019 tarih ve 02 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,	
İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.	
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.	
e-İmzalıdır Prof. Dr. Alper CEYLAN Komisyon Başkanı	
Araştırma Kod No: 2019-059	
Ek: 1 Liste	
	
Ankara Tel 0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks0 (312) 202 28 76 İnternet Adresi : http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/	Bilgi için : Ayfer Çakmaz Genel Evrak Sorumlusu Telefon No:202 18 07

EK-9. (devam) Etik Komisyon Onayı

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ	
TOPLANTI TARİHİ : 12.02.2019	TOPLANTI SAYISI : 02
ADI-SOYADI	İMZA
Prof.Dr.Alper CEYLAN BAŞKAN	
Prof.Dr.Mustafa N.İLHAN BAŞKAN YRD.	
Prof.Dr.Rahmi ÜNAL	
Prof.Dr.Mehmet Sayım KARACAN	
Prof.Dr.Mustafa SARIKAYA	
Prof.Dr.İbrahim DOĞAN	KATILMADI
Prof.Dr.C. Haluk BODUR	
Prof.Dr.Mustafa İLBAŞ	
Prof.Dr.Füsun DEMİREL	KATILMADI
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ	
Doç.Dr.Nihan KAFA	KATILMADI
Doç.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA	
Doç.Dr.Latif AYDOS	

EK-10. Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU

KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi, Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan 27/12/2018 tarih / 14574941-199- 171353 sayı ile izin alınan* ve Doç. Dr. Ülkü Polat ve Döndü Erdoğan İnan tarafından yürütülen “İnmeli hasta ve bakım verenlerine verilen planlı taburculuk eğitiminin hasta memnuniyeti ve bakım verenin bakıma hazır oluşluğu üzerine etkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

*Gazi Üniversitesi Etik Komisyon izini alındıktan sonra doldurularak kullanılacaktır.

Araştırmanın Amacı	Ülkemizde inmeli hasta ve bakım verenlerinin yaşadıkları güçlükler ve bunları çözmeye yönelik eğitim gibi girişimsel çalışmalar sınırlı sayıdadır. Bu çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda inmeli hasta ve yakınlarına yönelik bakım planlarına konu ile ilgili eğitim girişimlerinin eklenmesine dikkat çekilebilir ve bu konuda yapılacak çalışmalara veri sağlanabilir. Bu anlayışla çalışmamız, inmeli hasta ve yakınlarına verilen taburculuk eğitiminin hasta memnuniyeti ve bakım verenin bakıma hazır oluşluğu üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır.
Araştırmanın Yöntemi	Literatürde çalışmada kullanılacak anketlerle ilgili araştırma olmamasından dolayı; çalışma esnasında oluşturulacak küçük bir örneklem grubu ile güç analizi kullanılarak örneklem sayısı belirlenecektir. Araştırmanın uygulanabilmesi için çalışmanın yapıldığı kurumdan ve çalışmaya katılan hasta yakınlarından yazılı onam alınacaktır. Araştırmada inmeli hastalara verilecek planlı taburculuk eğitiminin planlanması için her hasta için hemşirelik tanıları belirlenecektir. Bu tanımlar doğrultusunda Kayseri Şehir Hastanesi Nöroloji Kliniğine çalışma döneminde başvuran çalışmayı kabul eden inmeli hastalara ve bakım verenlerinden Bakım veren- hasta tanıtım formu, Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği, Satis-İnme Memnuniyet Anketi'ni doldurmaları istenecektir. Hasta ve bakımverenlerine hastaneden ayrılmadan önce inme ile ilgili taburculuk eğitimi verilecek ve araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı verilecektir. Hasta ve bakım verenlerine verilecek eğitim için hazırlanan eğitim kitapçığı ile ilgili uzman görüşü alınacaktır. Taburculuktan 1 ay sonra da inmeli hasta ve bakım verenlerine rutin hastane kontrollerine geldiklerinde, bakım verenin bakıma ne kadar hazır olduğu ve hasta memnuniyetinin hangi düzeyde olduğu Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği ve Satis-İnme Memnuniyet Anketi ile tekrar değerlendirilecektir.
Araştırmanın Öngörülen Süresi (Başlama ve Bitiş Tarihi)	Şubat2019- Ocak 2020
Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı	Literatürde çalışmada kullanılacak anketlerle ilgili araştırma olmamasından dolayı; çalışma esnasında oluşturulacak küçük bir örneklem grubu ile güç analizi kullanılarak örneklem sayısı belirlenecektir.
Araştırmanın Yapılacağı Yerler	T.C. Sağlık Bakanlığı Kayseri Şehir Hastanesi
Görüntü ve/veya ses kaydı alınacak mı?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>

EK-10. (devam) Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Tablo katılımcıların anlayabileceği biçimde, akademik dil kullanılmadan yazılacaktır.

KATILIMCI BEYANI

Yukarıda amacı ve içeriği belirtilen bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılamayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Araştırma yürütücüsü (Tez çalışmalarında Danışman tarafından imzalanacaktır.)

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		


Katılımcı

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

Velayet veya Vesayet Altındaki Katılımcılar için Veli/Vasi


Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

EK-11. Tez Uygulama İzin Yazısı



T.C.
KAYSERİ VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Kayseri Şehir Hastanesi

KAYSERİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KAYSERİ ŞEHİR HASTANESİ
29/03/2019 14:59 - 76397871 - 799 - E 11222



00090490769

Sayı : 76397871/
Konu : Bilimsel Çalışma Yapma Talebi

Sayın: Hem. Döndü ERDOĞAN İNAN
Nöroloji Kliniği

Yardımcı araştırmacı Dr. Ersin Kasım ULUSOY ile yapmayı planladığınız “İnmeli Hasta ve Bakım Verenlerine Verilen Planlı Taburculuk Eğitiminin Hasta Memnuniyeti ve Bakım Vereninin Bakıma Hazır Oluşluğu Üzerine Etkisi” isimli tez çalışmanızı yapmanız Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulunun 15.03.2019 tarih ve 24 nolu kararı ile uygun görülmüştür.

Prof. Dr. İlhami ÇELİK
Başhekim

Ek: TUEK Kararı

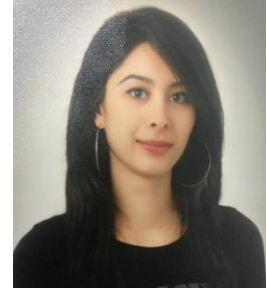
Adres : Şeker Mahallesi, Molu / Kocasinan / Kayseri
Telefon : (0352) 315 77 00- 61062

Bilgi için: Hasan TÜLE
e-Posta: hasan.tule@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 859de819-3a71-41c4-900f-5c33341c1b1d kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ**Kişisel Bilgiler**

Soyadı, adı : ERDOĞAN İNAN, Döndü
Uyruğu : T.C.
Doğum tarihi ve yeri : 20/06/1990 Kırşehir
Medeni hali : Evli
e-mail : erdogandonu1@gmail.com



Eğitim Derecesi	Okul/Program	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi/ Hemşirelik Anabilim Dalı	Devam Ediyor
Lisans	Hacettepe Üniversitesi/ Hemşirelik Fakültesi	2014
Lise	Hacı Fatma Erdemir Anadolu Lisesi	2008

İş Deneyimi, Yıl	Yer	Görev
2016-devam ediyor	Kayseri Şehir Hastanesi/ KAYSERİ	Hemşire
2015-2016	Ortaköy Devlet Hastanesi/ AKSARAY	Hemşire
2014-2015	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi/ ANKARA	Hemşire

Yabancı Dil

İngilizce



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..