TÜRKİYE CUMHURİYETİ

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İNMELİ HASTALARIN BAKIM VERİCİLERİNİN BAKIM VERMEYE HAZIR OLUŞLUĞU VE ALGILADIKLARI STRES

AYŞE AYDIN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi BİLGİ GÜLSEVEN KARABACAK

2021, İSTANBUL

BEYAN

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

AYŞE AYDIN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince tecrübesi, engin bilgi birikimi, şefkati ve değerli kişiliğiyle her daim bana yol gösteren, zamanını, sabrını, sonsuz ilgi ve anlayışını benden esirgemeyen çok değerli tez danışmanım

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca kendisinden farklı deneyimler edindiğim, tezimin başlangıç ve ilerleme aşamasından itibaren değerli katkıları için

Sayın Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR'a,

Tezimin başlangıç aşamasından itibaren bana çok büyük destek olan Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Servisi ve Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi çalışanları

değerli hemşire meslektaşlarıma,

Kişisel ve mesleki gelişimimde her daim destekçim çok değerli arkadaşlarım

Efnan Tuba Kahramanoğlu, Nida Erbay, Seval Cıbır ve Süreyya HASKILIÇ'a,

Tez çalışmamın her aşamasında desteğini hissettiğim sabır, özveri ve yardımı ile hep yanımda olan mentorüm Nurten ARSLAN'a,

Çalışmaya gönüllü olarak katılma nezaketini ve güvenini gösteren

tüm hasta ve bakım vericilere,

Hayatımın her aşamasında koşulsuz sevgi, sonsuz sabır ve destekleriyle yanımda olan, yapmaya çalıştığım iyi ve güzel şeylerin temeli babam Hasan AYDIN, annem Şerife AYDIN, abilerim Hüseyin AYDIN ve Recep AYDIN başta olmak üzere

tüm aileme,

en içten sevgimi ve teşekkürlerimi sunarım.

Ayşe AYDIN

Temmuz 2021, İstanbul

İÇİNDEKİLER

BEYAN

TEŞEKKÜR ..... **i**

İÇİNDEKİLER ..... **ii**

KISALTMALAR ve SİMGELER LİSTESİ ..... **v**

TABLOLAR LİSTESİ ..... **vi**

ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **vii**

EKLER LİSTESİ ..... **viii**

1. ÖZET **1**

2.SUMMARY **2**

3. GİRİŞ ve AMAÇ **3**

3.1. Giriş 3

3.2. Amaç 4

4. GENEL BİLGİLER **5**

4. 1. İnmenin Tanımı 5

4. 1. 1. İnmenin Epidemiyolojisi 5

4. 1. 2. İnmede Risk Faktörleri 6

4. 1. 3. İnme Sınıflandırması 7

4. 1. 3. 1. İskemik inme 7

4. 1. 3. 2. Hemorajik inme 7

4. 1. 4. İnme Komplikasyonları 7

4. 2. İnmede Yeti Yitimi ve Bakım Gereksinimi 9

4. 3. Bakım Verme ve Hazır Oluşluk 12

4. 4. Bakım Verme ve Algılanan Stres 15

4. 5. İnme ve Hemşirelik 17

5. GEREÇ ve YÖNTEM 18

5. 1. Araştırmanın Amacı ve Tipi 18

5. 2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 18

5. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 18

5. 3. 1. Araştırmanın evreni 18

5. 3. 2. Araştırmanının örneklemi 18

5. 3. 3. Araştırmanın örneklem büyüklüğünü hesaplama yöntemi 18

5. 4. Araştırmaya Alınma Kriterleri 19

5. 5. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri 19

5. 6. Araştırma Soruları 19

5. 7. Araştırma Değişkenleri 20

5. 7. 1. Bağımlı değişken 20

5. 7. 2. Bağımsız değişken 20

5. 8. Veri Toplama Araçları 20

5. 8. 1. Katılımcı bilgi formu 20

5. 8. 2. Bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği 20

5. 8. 3. Algılanan stres ölçeği. 21

5. 8. 4. Modifiye barthel indeksi 21

5. 9. Veri Toplama Yöntemi 22

5. 10. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi 22

5. 11. Araştırmanın Etik Yönleri..... 22

5. 12. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükler 23

6. BULGULAR 24

7. TARTIŞMA ve SONUÇ 34

8. KAYNAKLAR 43

9. EKLER..... 52

KISALTMALAR ve SİMGELER LİSTESİ

Günlük Yaşam Aktiviteleri	: GYA
Dünya Sağlık Örgütü	: DSÖ-WHO
Türkiye İstatistik Kurumu	: TÜİK
American Heart Association	: AHA
Türk Dil Kurumu	: TDK
Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği	: BVHOÖ
Algılanan Stres Ölçeği	: ASÖ
Modifiye Barthel İndeksi	: MBI
Derin Ven Trombozu	: DVT
Pulmoner Emboli	: PE

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. İnmede Risk Faktörleri

Tablo 2. Akut Dönem İnme Komplikasyonları

Tablo 3. İnmeli Hastaya İlişkin Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımının İncelenmesi

Tablo 4. Bakım Vericilere İlişkin Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımının İncelenmesi

Tablo 5. Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı İstatistiklerin İncelenmesi

Tablo 6. Hasta ve Bakım Vericiye İlişkin Sosyodemografik Faktörlere Göre BVHOÖ Farklılıklarının İncelenmesi

Tablo 7. Hasta ve Bakım Vericiye İlişkin Sosyodemografik Faktörlere Göre ASÖ Farklılıklarının İncelenmesi

Tablo 8. Hasta ve Bakım Vericiye İlişkin Tanımlayıcı Faktörler ile BVHOÖÖ ve ASÖ Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 9. MBİ, BVHOÖ ve ASÖ Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 10. Hasta ve Bakım Vericiye İlişkin Faktörlerin BVHOÖ'ne Etkisi

Tablo 11. Hasta ve Bakım Vericiye İlişkin Faktörlerin ASÖ'ne Etkisi

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Verbrugge ve Arkadaşlarının Geliştirdiği Yeti Yitimi Süreci Şeması

Şekil 2. Stres Kaynakları

EKLER LİSTESİ

EK 1. Katılımcı Bilgi Formu

EK 2. Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği

EK 3. Algılanan Stres Ölçeği

EK 4. Modifiye Barthel İndeksi

1. ÖZET

İnmeli Hastaların Bakım Vericilerinin Bakım Vermeye Hazır Oluşluğu ve Algıladıkları Stres

Öğrenci Adı: Ayşe AYDIN

Danışman Adı: Dr. Öğr. Üyesi Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK

Amaç: İnmeli bir hastanın bakım vericisinin bakım verme süreci karşısında hissettiği hazır oluşluk ve algıladığı stres düzeyi; bakım vericinin vereceği bakımın kalitesini ve bakım sürecinde hasta ile birlikte kendi biyopsikososyal sağlığını da etkilemektedir. Bu araştırma, inmeli hastaya bakım veren bakım vericilerin bakım vermeye hazır oluşluğunu ve algıladığı stresi incelemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, 01 Ocak-30 Nisan 2020 tarihleri arasında Zonguldak merkezindeki bir devlet hastanesinde tedavi gören 167 inmeli hastanın bakım vericisiyle yapıldı. Veriler; Kişisel Bilgi Formu, Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği (BVHOÖ), Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Modifiye Barthel İndeksi (MBI) ile toplandı.

Bulgular: İnmeli hastaların MBI puanı 42,06±39,30, bakım vericilerin BVHOÖ puanı 19,47±7,40 ve ASÖ puanı 26,07±9,14 bulundu. Hasta yaşı ve tedavi süresi ile BVHOÖ ortalaması arasında negatif yönde istatiksel bir ilişki belirlendi ($p<0,05$). MBI ve BVHOÖ ortalaması arasında pozitif yönde, MBI ve ASÖ ortalaması arasında negatif yönde istatiksel bir ilişki belirlendi ($p<0,05$). BVHOÖ ortalaması ile ASÖ ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$).

Sonuç: Bakım vericinin bakım vermeye hazır oluşluğu ve algıladığı stresin; hastanın fonksiyonel bağımsızlığı, yaşı, yatış yeri ve bakım vericinin hastaya yakınlığı, bakım deneyimi, bakım verme nedenleri gibi birçok faktörden etkilendiği belirlendi. Bakım vericilerin bakıma hazır oluşluğunun arttırılmasına yönelik ailenin diğer bireylerinin de dâhil edildiği hastalığın seyrine, komplikasyonlara ve bakım sürecinin yönetimine dair taburculuk eğitimi önerildi.

Anahtar Kelimeler: İnme, bakım verici, stres

2. SUMMARY

Preparedness of Caregivers Giving Care to Stroke Patients for Caregiving and the Stress They Perceive

Student's Name: Ayşe AYDIN

Name of Supervisor: Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK, Ph.D., Assistant Professor

Objective: The readiness and perceived stress level that the caregiver of a stroke patient feels in the caregiving process affects the quality of care to be given and his/her own and the patient's biopsychosocial health. This study sought to examine the readiness of caregivers of stroke patients for caregiving and the stress they perceive.

Materials and methods: The study was carried out with the caregivers of 167 stroke patients receiving treatment in a state hospital in the city center of Zonguldak between 01 January and 30 April 2020. The data was collected via the Personal Information Form, the Modified Barthel Index (MBI), the Preparedness for Caregiving Scale (PCS) and the Perceived Stress Scale (PSS).

Results: The MBI score of the stroke patients was found to be 42.06±39.30, the PCS score of the caregivers was found to be 19.47±7.40 and the PSS score was found to be 26.07±9.14. The patient's age and treatment time were statistically correlated with the mean PCS score in a negative direction ($p<0.05$). The mean MBI score was statistically correlated with the mean PCS score in a positive direction; while the mean MBI score was statistically correlated with the mean PSS score in a negative direction ($p<0.05$). The mean PCS score was significantly correlated with the mean PSS score in a negative direction ($p<0.05$).

Conclusion: The study determined that a number of variables such as the patient's functional independency, age, place of hospitalization and caregiver's affinity with patient, care experience and reasons for caregiving affect the preparedness of caregivers for caregiving and the stress they perceive. In order to increase the preparedness of caregivers for caregiving, it was recommended to give discharge training including other members of family concerning the course of disease, complications and management of care process.

Keywords: Stroke, caregiver, stress

3. GİRİŞ ve AMAÇ

3. 1. Giriş

İnme, iskemi veya hemoraji kaynaklı beynin kan akımının bozulması sonucu merkezi sinir sistemindeki bilişsel, duyuşsal, motor ve emosyonel bozukluklar ile karakterize nörolojik bir sendromdur (İliçin ve ark., 2017). Dünyada başlıca ölüm nedenleri arasında ikinci sırada görülen inme, disabiliteye neden olan etkenler listesinde üçüncü sırada yer almaktadır (Feigin et al., 2015).

İnme sonrası hastalar; duyusal, görsel, bilişsel ve cinsel işlev bozuklukları denge ve kas koordinasyon bozuklukları, paralizi gibi birçok sorun ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu sorunlara bağlı olarak da fonksiyonel bağımsızlıklarını kaybeden inmeli hastalar; günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede az ya da çok düzeyde değişmek üzere bağımlı duruma gelmekte, uzun süreli bakım ihtiyacı ortaya çıkmaktadır (Karadakovan, 2011; Koç, 2012; Williams and Pryor, 2019).

Uzun dönem bakım gereksinimi duyan inmeli hastaların bakımı aile içi sorumluluk olarak kabul edilmekte ve bakım gereksinimlerinin karşılanması görevi aile bireyleri tarafından üstlenilmektedir. Bu süreçte inmeli hastalar ile birlikte bakım vericilerinin de süreçten etkilendiği göz ardı edilmemelidir (Qıu and Lı, 2008; Hinojasa et al., 2009; Selçuk ve Avcı, 2016).

Bakım verici olma; birey için seçime dayalı/planlanabilir bir durum değildir. Bu nedenle bireyin bu duruma sergileyeceği uyum ancak birey bakım verici pozisyonunu yüklenmek zorunda kaldıktan sonra gerçekleşmektedir (Atagün ve ark., 2011). Bakım vericinin bakım sürecine uyumunun erken dönemde sağlanmasında önemli belirteçlerden biri de bireyin bu sürece ne kadar hazır olduğu ve bu süreçte algıladığı stres düzeyidir.

Bakım vericiler, bakım verme ile birlikte kişisel gelişim, ikili ilişkilerin derinleştirilmesi, doyuma ulaşma, diğer bireylerden sosyal destek görme, özsaygı gibi olumlu kazanımlar elde ederken, bu süreçte olumsuz deneyimler de yaşamaktadır (Toseland et al., 2001; Mollaoğlu ve ark., 2011). Bakım vericilerin

bakım nedeniyle; hazımsızlık, iştahta artış ya da azalma, düzensiz yemek yeme, baş ağrısı gibi somatik yakınmaları mevcuttur. Ayrıca bakım süreci uzadıkça, kronik yorgunluk, kilo kaybı ya da artışı, uyku düzensizliği, kas ağrısı, konsantrasyon bozukluğu, giyim ve kuşamda dağınıklık gibi sorunlara ek olarak bakım vericinin kendi ihtiyaçlarına yeterli zaman ayıramaması nedeniyle sağlığında bozulma görülmektedir (Oelofsen and Richardson, 2006).

Bakım verme rolü; fiziksel bakım ve emosyonel desteğin sağlanmasını, evde bakımın sürekliliğinin sağlanmasını, bakım stresiyle baş edilmesini kapsar. Hazır oluşluk; bakım vericilerin bakım sürecindeki görev ve talepleri gerçekleştirmek için hissettikleri hazırlık algısıdır. Hazır oluşluk bir kriz durumu öncesinde krizin daha iyi yönetilebilmesi amacıyla, potansiyel problemlerin öngörülebilmesi ve olası çözümlerin üretilmesinde yetenek ve yeterlilik halidir (Henriksson and Årestedt, 2013; Henriksson et al., 2015).

Bakım vericilerin hazırlıksız ve aniden karşı karşıya kaldıkları bakım süreci karşısında adaptasyonlarının sağlanması, fiziksel ve sosyal ihtiyaçlarının belirlenmesi, biyopsikolojik sağlıklarının korunma ve sürdürülmesinde multidispliner ekibin bir parçası olan hemşireye büyük görevler düşmektedir. Yapılan çalışma ile elde edilen bulguların bu alandaki çalışmalara temel oluşturacağı ve konunun önemine dikkat çekeceği öngörülmektedir.

3. 2. Amaç

Bakım vericilerin bakım vermeye hazır olma durumları ve algıladığı stres; bakımın olumsuz etkilerinden hasta ve bakım vericinin korunması, bakımın sürekliliğinin sağlanması ve uygun biçimde yürütülmesi açısından önemli değişkenlerdir. Yapılan çalışma bu değişkenleri incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

4. GENEL BİLGİLER

4. 1. İnmenin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ-WHO) inmeyi "serebral fonksiyonların bozulması sonucu fokal veya global düzeyde klinik belirtilerin hızla ortaya çıktığı, 24 saat veya daha uzun süreli bulgularla karakterize, vasküler nedenlerden kaynaklanan, ölümle sonuçlanabilen bir klinik sendrom" şeklinde tanımlamıştır (Akın, 2015; Ünsar, 2015).

İnme, gelişmekte olan ülkelerde ölüm nedenleri arasında iskemik kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada, gelişmiş ülkelerde ise hastalığa bağlı sakatlıklarda üçüncü sırada yer almaktadır (Feigin et al., 2015).

4. 1. 1. İnmenin Epidemiyolojisi

Bireyler için ciddi mortalite ve morbidite riski barındıran, dünyada her yıl 6,2 milyon bireyin ölüm nedeni olarak görülen inmenin 2015 yılı için dünya genelindeki prevalansı 42,4 milyon olarak belirtilmiştir. Ayrıca 2015'te gerçekleşen tüm ölümlerin %11'nden inme sorumlu tutulmuştur (Benjamin et al., 2018).

Amerika'da her yıl 610 bini ilk atak ve 185 bini rekürren atak olmak üzere toplamda 795 bin kişinin inme geçirdiği belirtilmiştir (Benjamin et al., 2018). Mozaffarian et al. (2016) göre, inme insidansında gelişmiş ülkelerde düşüş eğilimi görülürken, gelişmekte olan ülkelerde anlamlı bir değişiklik bulgulanmamıştır. 2010 yılında düşük ve orta gelirli ülkelerdeki inme insidansı; 11.6 milyon iskemik ve 5.3 milyon hemorajik inme olmak üzere 17 milyon olarak belirtilmiştir (Krishnamurthi et al., 2013).

Türkiye'de ise 2017 yılında yapılmış olan Ulusal Hastalık Yükü Çalışması'nın verilerine göre; her yıl yaklaşık 132 bin yeni inme vakasının görüldüğü, hâlihazırda 191 bin kişinin inme ve komplikasyonlarıyla yaşamak zorunda kaldığı bildirilmiştir (Arsava, 2017). Bölgesel yürütülen sınırlı sayıdaki çalışmada, inme prevelansı %0,9 ile %4,1 arasında değişmektedir (Köseoğlu Toksoy ve ark., 2018; Şensöz ve ark., 2018; Türk Börü ve ark., 2018). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018 verilerine

göre; Türkiye'de görülen ölümlerin %38,4'ünün dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklandığı ve bu ölümlerin %22,4'üne serebrovasküler hastalıkların neden olduğu bildirilmiştir (TÜİK, 2018).

4. 1. 2. İnmede Risk Faktörleri

Değiştirilemeyen ve değiştirilebilir olmak üzere başlıca iki gruba ayrılan risk faktörleri inme görülme sıklığını etkilemektedir (Utku, 2007).

Tablo 1. İnmede Risk Faktörleri (Utku, 2007'den değiştirilerek kullanılmıştır)

<table>
<tr><td rowspan="2">I. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri
Yaş
Cinsiyet
Irk
Aile öyküsü/Genetik</td><td>II. Değiştirilebilen Risk Faktörleri
Kesinleşmiş faktörler
Hipertansiyon
Diabetes mellitus
Kalp hastalıkları (Koroner Kalp Hastalığı, Kalp Yetmezliği, Periferik Arter Hastalığı)
Hiperlipidemi
Sigara
Asemptomatik karotis stenozu
Geçirilmiş inme veya Geçici İskemik Atak</td></tr>
<tr><td>Kesinleşmemiş veya Yeni Risk Faktörleri
Ağır alkol kullanımı
Obezite
Beslenme alışkanlıkları
Fiziksel inaktivite
Hiperhomosisteinemi
Hormon kullanımı
Fibrinojen
İnflamasyon
Hiperkoagülabilite
Migren</td></tr>
</table>

4. 1. 3. İnme Sınıflandırması

İnmeye sebep olan nedenler göz önünde bulundurularak yapılan ilk sınıflamada inme; iskemik ve hemorajik olmak üzere iki ana gruba ayrılmıştır. Daha sonraki çalışmalarda lezyonun patolojisi ile birlikte lokalizasyonu ve oluşma mekanizmasına göre de bazı sınıflamalar yapılmıştır (Şahan ve ark., 2010). American Heart Association (AHA) (2014) güncel verilerine göre; tüm inmelerin %87'sini iskemik inme kapsarken, %13'ü hemorajik inmedir (Go et al., 2014) .

4. 1. 3. 1. İskemik İnme

Beyne giden kan akımında bozulma sonucu gerçekleşmektedir, trombolitik ya da embolik nedenlerden kaynaklanabilmektedir (Boehme et al., 2017).

4. 1. 3. 2. Hemorajik İnme

Kraniyal boşluk içindeki herhangi bir yerde bir damarın yırtılması sonucu oluşmaktadır. Kanamanın lokalizasyonuna göre intraserebral ve subaraknoid kanama olmak üzere iki grupta sınıflandırılmaktadır (Sacco, 2008).

4. 1. 4. İnme Komplikasyonları

İnme sonrası hastaların büyük bir çoğunluğunda gelişen komplikasyonlar hastaların klinik seyrinde kötü gidişata neden olabilmektedir. Akut inme sonrası hastaların %63'ünde bir veya daha fazla komplikasyon görülmektedir (Jauch et al., 2013; Güler ve ark., 2015).

Tablo 2. Akut Dönem İnme Koplikasyonları (Karaman ve Tuncer, 2016'dan değiştirilerek kullanılmıştır)

Akut Dönem Komplikasyonları
Derin ven trombozu Pulmoner emboli Pnömoni Disfaji Üriner sistem sorunları (Üriner inkontinans ve enfeksiyonlar) Malnütrisyon Basınç yaraları Ortostatik hipotansiyon Eklem kontraktürleri Ekstremitelerde ödem Üst ekstremite ile ilişkili problemler (Omuz ağrısı, Omuz subluksasyonu)

Derin Ven Trombozu (DVT): DVT hem yaşamı kaybetme riskini barındıran pulmoner emboliye neden olarak hem de inme sonrası iyileşme sürecini geciktirerek inme prognozunu olumsuz etkilemektedir. İmmobilize ve yaşlı hastalarda gelişme riski daha fazladır (Güler ve ark., 2015).

Pulmoner Emboli (PE): PE İnmeli hastaların %1'inde komplikasyon olarak görülmektedir. İnme sonrası ölümlerin %10'undan sorumlu tutulmaktadır (Güler ve ark., 2015).

Pnömoni: İnme sonrası yeterince öksüremeyen immobilize hastalarda daha sık gelişen önemli koplikasyonlarden biri de bakteriyel pnömonidir. Hastanede yatış süresinin uzamasına ve mortalite riskinin artmasına neden olur. Aspirasyona bağlı olarak gelişir (Güler ve ark., 2015).

Disfaji: İnme sonrası sık karşılaşılan diğer durumlardan biri de yutmanın bozulmasıdır. Tek taraflı hemipleji gelişen hastalarda %50'ye varan oranda orofaringeal disfaji görüldüğü ifade edilmiştir (Güler ve ark., 2015).

Üriner Sistem Sorunları: Hastalıkta klinik seyrin gidişatını kötüleştiren ve sepsise yol açabilen üriner enfeksiyon sık görülen komplikasyonlardandır. Üriner sistem sorunlarından bir diğeri olan inkontinans görülme sıklığının %32 ile %79 arasında

değiştiği, bununla birlikte hastalığın seyrinin kronik döneme geçince görülme sıklığının azaldığı ifade edilmiştir (Karaman ve Tuncer, 2016).

Malnütrisyon: Malnütrisyonun iyileşme sürecini ve sonuçları olumsuz yönde etkilediği, rehabilitasyonu geciktirdiği, hastanede yatış süresinin uzamasına sebep olduğu, maliyeti ve mortaliteyi artırdığı belirtilmiştir. İyi beslenmeyen hastaların pnömoniye ve diğer enfeksiyonlara yakalanma riskinin arttığı ve gastrointestinal kanama görülmesinin daha olası olduğu ifade edilmiştir (Güler ve ark., 2015).

Basınç Yaraları: Erkenden hastanın mobilize edilmesi, beslenmeye başlanması bası yaralarının gelişimin önlenmesindeki önemli adımlarından biridir. Bilinci kapalı ve beslenme bozukluğu olan hastalarda daha sık görülmektedir (Işıkay, 2003)

Ortostatik Hipotansiyon: Hastalarda immobilizasyon süresi ile ilişkili olarak görülme sıklığı ve şiddeti artan, hastalığın seyrinin stabilizasyonu sonrası erken mobilizasyon ile gelişimi engellenebilen önemli komplikasyonlardan biri de ortostatik hipotansiyondur (Karaman ve Tuncer, 2016).

Eklem Kontraktürleri; Akut inme sonrası etkilenen paretik taraftaki ayak bileği ve omuz eklemi, eklem hareketlerinde kısıtlanma ve nihayetinde kontraktür gelişimi açısından en riskli alanlardır. Kontraktür gelişiminin engellenmesinde eklem hareket açıklığı ve germe egzersizlerinin planlaması, düzenli olarak yapılması önerilmektedir (Karaman ve Tuncer, 2016).

Üst Ekstremite ile İlgili Problemler: Birçok nedene bağlı olarak ortaya çıkabilen omuz ağrısı inme sonrası motor yetersizliğin şiddeti ile ilişkili olarak görüldüğü ifade edilmektedir. Ayrıca kas paralizisi sonucu omuz subluksasyonu da görülebilmektedir (Karaman ve Tuncer, 2016).

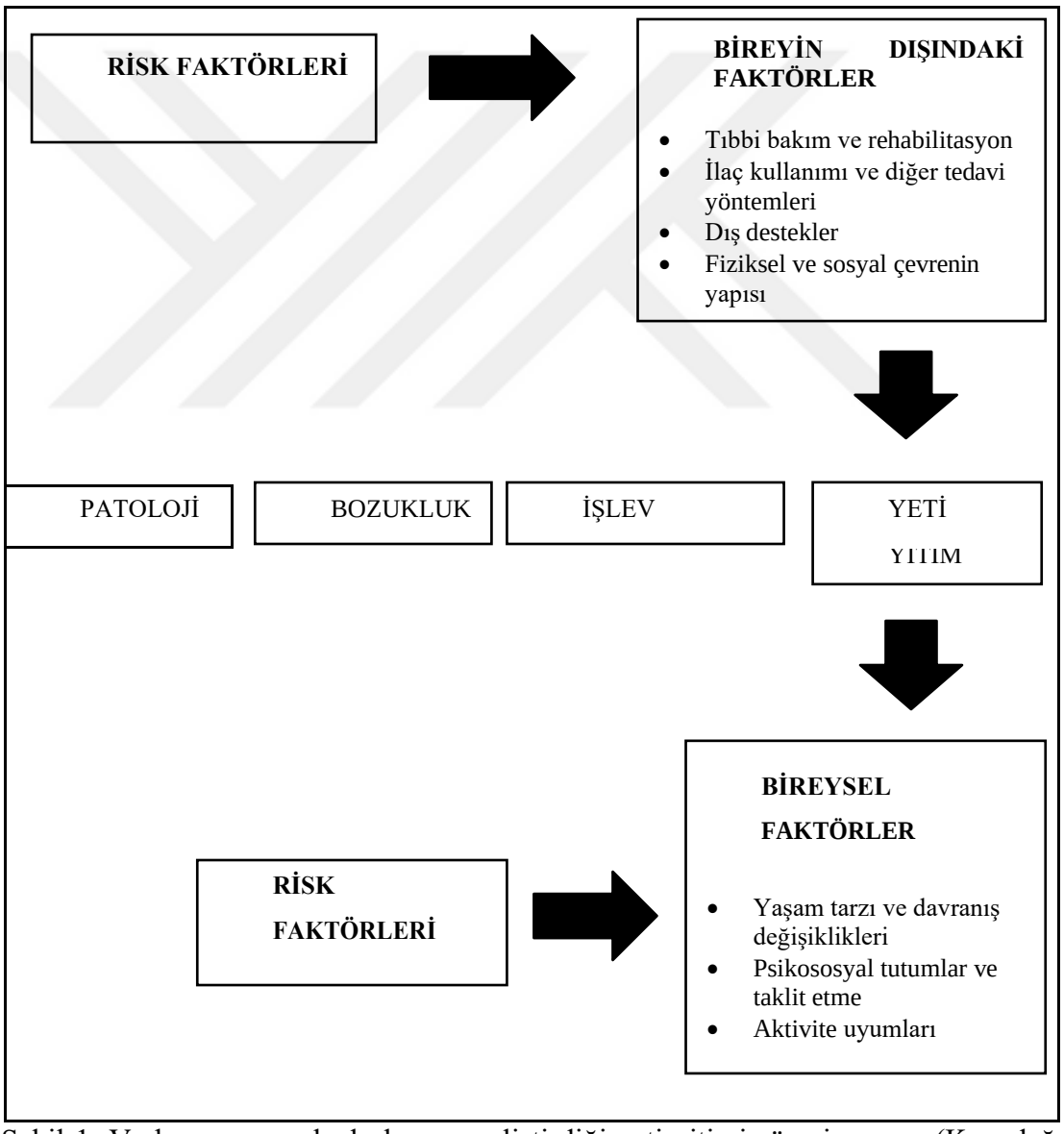
4. 2. İnmede Yeti Yitimi ve Bakım Gereksinimi

Yeti yitimi, kişinin normal kabul edilen sınırlar içerisindeki bir aktivite becerisinde herhangi bir kısıtlama veya sınırlama olarak tanımlanmıştır (Freedman et al., 2006).

Fiziksel yeti yitimi yaşanılan bir hastalık süreci (inme, multipl skleroz, Parkinson hastalığı) veya travma (spinal kesi, ampütasyon gibi) sonrasında ortaya çıkmaktedır.

Kronik veya ani bir hastalık ya da herhangi bir olay sonrası gelişen fiziksel yeti yitimi sonucunda birey psikosomatik, sosyoekonomik ya da mesleki olarak etkilenmekte; yeni ve korkutucu bir süreç ile karşı karşıya kalmaktadır (Livneh and Antonak, 2005; Falvo, 2005).

Verbrugge ve arkadaşları tarafından Yeti Yitimi Süreci Modeli geliştirilmiştir. Modelde yeti yitimi sürecinin; akut ve kronik hastalıklarda günlük yaşam aktivitelerini, temel fiziksel ve ruhsal hareketleri, vücut sistemlerini nasıl etkilediği tanımlanmakta, süreci hızlandıran veya yavaşlatan bireysel ve çevresel faktörler açıklanmaya çalışılmaktadır (Şekil. 1) (Karşıdağ ve ark., 2000).



Şekil 1: Verbrugge ve arkadaşlarının geliştirdiği yeti yitimi süreci şeması (Karşıdağ ve ark., 2000'den değiştirilerek kullanılmıştır)

Birey yaşam döngüsündeki yaşadığı olumlu ve olumsuz değişikliklere bağlı olarak; kişisel algısı ve deneyimlediği duruma takiben uyum ve alışma sürecine girmektedir. Hayatında gelişen değişikler bireyde strese neden olmaktadır. Yaşanılan fiziksel yeti yitimi sonrasında birey hayatında daha sık ve yüksek strese maruz kalmaktadır. Fiziksel yeti yitimi ile ortaya çıkan bağımsızlığın ve otonominin yitirilmesi, ailevi, sosyal ve mesleki rollerin değişimi, geleceğe yönelik hedef, plan ve amaçların değişimi, ekonomik durumun değişmesi önemli stres kaynakları olarak bireyi etkilemektedir (Livneh and Antonak, 2005; Falvo, 2005).

Ani bir şekilde gelişen fiziksel yeti yitimi birey için oldukça travmatize bir olgudur ve etkilenen bireyin yaşamında psikososyal bir krize sebebiyet vermektedir. Yaşanılan kriz sınırlı süreli olsada krizden doğan psikolojik, davranışsal ve sosyal sonuçlar uzun süreçte birey üzerinde etkili olabilmektedir (Telford et al., 2006).

Bireyin fonksiyonel bağımsızlığı üzerinde etkili olan yeti yitimi; bireyin kendisini başkalarına bağımlı işe yaramaz birisi gibi hissetmesine, benlik saygısının düşmesine ve depresyona yol açabilmektedir (Tel ve ark., 2014).

Bireyin kendine yönelik olumsuz duygularına ek olarak çevresel kaynaklı algılanan stigma; bireyin sosyal yaşama katılımını sınırlayan, bireyi zorunlu yalnızlığa iteleyen etken olarak bireyin hayatına dâhil olmaktadır. Sosyo-kültürel yapı içerisinde "yarım-eksik insan" olarak görülmeleri bireylere yönelik ayrımcılık, dışlanma ve baskının yansıması olarak görülmektedir. Etiketlenme-damgalanma ile sosyal konumu-bağlantıları-ilişkileri, öz saygısı zedenlenen birey, maruz kaldığı durumun olumsuz etkilerini (utanç, dışlanmışlık, suçluluk, acı) her an yaşamaktadır (Link et al., 2008).

Akut olarak gelişen yeti yitimini takiben ya da ileri süreçte yeti yitimine neden olabilecek bir tanıya takiben birey kısa süreli bir şok reaksiyonu yaşamaktadır. Şok reaksiyonu bireyin kaybettiği işlev/işlevlerin ardından yaşadığı yas sürecinin erken dönemlerinde yaşanmaktadır. Bireyin yaşadığı yas dönemi; inkar, öfke, hesaplaşma, depresyon ve kabul evresi olmak üzere beş evreden oluşmaktadır (Telford et al., 2006).

Yeti yitimine sebebiyet veren ciddi rahatsızlıklardan biri de inmedir. Geçirilen iskemik veya hemorajik inmeye bağlı olarak hastalığın en belirgin semptomlarının başında hemipleji gelmektedir. Diğer görülen nörolojik bozukluklar ise görme problemleri, duyu-motor bozukluklar, kognitif bozukluk, tonüs bozuklukları, konuşma güçlüğü, koordinasyon bozukluğu ve yutma problemidir. İnme sonrası hastaların yaklaşık olarak %50'sinin fonksiyonel kalıcı kayıplarla yaşamlarını sürdürdükleri ifade edilmektedir. Hastaların farklı derecelerde yaşadıkları yeti yitimi sonucunda da uzun süreli bakım ihtiyacı doğmaktadır (Ingall, 2004; Alankaya, 2019).

4. 3. Bakım Verme ve Hazır Oluşluk

Türk Dil Kurumu'na (TDK) (2018) göre bakım; "bireyin beslenme, giyinme gibi ihtiyaçlarını karşılama, bireyin iyi durumda olması ve iyi gelişmesi için verilen emek" anlamına gelmektedir. Bakım verme; formal ve informal bakım olmak üzere iki grup altında toplanmaktadır. Formal bakım; resmi veya özel kurumlar tarafından, hastanın evinde veya yatılı bir kurumda, profesyonel kişiler tarafından sunulan hizmetler anlamına gelmektedir. İnformal bakım ise hastanın yakın çevresi tarafından (eş, çocuk, dost ve akraba), herhangi bir ücret talep edilmeden evde karşılanan hizmetlerin tümüdür (Soner, 2017).

Sağlık kuruluşlarında inmeli hastaların akut tedavi ve bakımı sağlandıktan sonra, hastaların daha sonraki tedavi ve bakım süreci evde devam ettirilmektedir. Hastanın ailesine ve ailesinin sağlayacağı desteğe olan gereksinimi bu süreçte artmaktadır (van den Heuvel et al., 2001).

Toseland ve arkadaşlarına göre bakım verme nedenleri;

1-Duygusal yakınlık veya bağlılık, empati kurma, sevme gibi başkalarını düşünmeyi gerektiren nedenler,

2-Bir şey yapmadığında yaşayabileceği suçluluk duygusunu önleme isteği,

3-"Ailenin yaşadıklarına karşı duyarlı olunmasına" ilişkin değer yargısı,

4-Şimdi bağımlı olan bireyin geçmişte yaptıklarına karşılık, borçlu olma duygusu veya yardım ve destek sağlayarak borcunu ödeme isteği,

5-Bireyin "hasta rolünde" olması nedeniyle gereksinimlerini karşılayamayacağı inancı,

6-"Aile dayanışması" "evlat olma sorumluluğu" gibi toplumsal değerler olarak tanımlanmıştır (Toseland et al., 2001).

Bakım vericiler bakım sorumluluğunu; yetenekli, duygusal olarak güçlü veya hastanın gereksinim duyduğu bakımı sağlayacak en uygun birey oldukları için değil de genellikle duygusal ve ekonomik nedenlerden almaktadırlar (Erdem, 2005). Ülkemizde hasta bireyin bakımı genellikle kendi ailesi tarafından karşılanmakta ve hastanın bakımı aile içi sorumluluk olarak kabul görmektedir (Bilgili, 2000).

Toseland et al. (2001) bakım vermeyi; tek bir yardım çeşidi ile sınırlandırılamayan emosyonel destek, fiziksel ya da maddi destek vermeyi de kapsayan hizmetler olarak ifade etmişlerdir. Yardım çeşitleri; sağlık bakımının ve alınan sosyal hizmetlerin koordinasyonu, rutin sağlık bakımı, yemek-içmek-boşaltım gibi günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesi, ulaşım, alışveriş, ev işlerinin yönetimi, para yönetimi, maddi yardım gibi yaşamın idame ettirilmesini sağlayan işleri kapsamaktadır (Toseland et al., 2001; İnci ve Erdem, 2008).

Bakım vericiler bakım rolü için hazırlanamamakta, bu rolü hemen kabullenmek zorunda kalmaktadır. Çünkü inme hızlı seyreden bir olgudur ve hastada oluşan çok yönlü fonksiyonel bozukluk bakım vericiye ihtiyacı ortaya çıkarmıştır. Bakım vericilerin beklentisi hastanın tamamen iyileşmesi yönündeyken hastalık semptomlarının aylarca ya da yaşam boyu devam edebileceği gerçeğiyle karşı karşıya kalmakta, hastaların çoğunun yeti kaybı yaşamasıyla ortaya çıkan fiziksel bakım yüküne hazırlıksız yakalanmaktadır. Tedavi ve bakım sürecinin uzaması ile birlikte bakım vericiler fiziksel, psikolojik ve sosyal problemlerle karşı karşıya kalmaktadır (Kapucu ve ark., 2009; Mollaoğlu ve ark., 2011; Aşiret ve Kapucu, 2012).

Bakım sürecinin bakım vericiler üzerindeki olumsuz etkileri; bakım vericinin fiziksel sağlığının bozulması, bakım vericinin ruhsal sağlığının bozulması, bakım verici-bakım alıcı ilişkisinin bozulması ve yaşam tarzının ihlali şeklinde dört grupta katagorize edilmektedir (Çapan, 2016).

Bakım vericilerin yaşadığı fiziksel güçlükler irdelendiğinde sırt ağrısı, bağışıklık fonksiyonunun değişmesi, hiperinsülinemi, hipertansiyon, uykusuzluk, kronik yorgunluk, iştahta dalgalanmalar, kilo alımı veya kilo kaybı karşımıza çıkmaktadır (Aranda ve Hayan, 2001).

Bakımın süreğenliginden kaynaklanan fiziksel bitkinlik ve bakım vericinin sağlığının kötüleşmesi, bireyde depresyon ve anksiyetede artışa yol açmaktadır. Depresyon ve anksiyetedeki artış, bakım vericinin unuttuğu eski çatışmalarını, hayal kırıklıklarını hatırlamasına ve dolaylı olarak ruhsal sıkıntıların belirmesine sebep olabilmektedir (Toseland ve ark., 2001).

Duygusal bağ, toplumsal yaklaşımlar, çaresizlik temelli yaklaşımlar sonucu bakım verici bakım görevini idame ettirmeye mecbur kılınmaktadır. Bakım sürecinde; bakım vericiler üzerindeki fiziksel, ruhsal, sosyal, ekonomik etkilerin ve bu süreçte karşılaşılabilecek olası sorunların bakım vericileri de potansiyel bakım ihtiyacı olan kişiler haline getirmesi durumu söz konusu olabilmektedir. Bu durum bakım alıcının mıknatıs etkisi adı altında açıklanmaya çalışılmıştır (Özkurt, 2019). Bakım verme ve bakım alma ilişkisi; bakım sorumlulukları arttıkça, bakım vericinin yaşamını sıkıntıya sokan, tek taraflı, bağımlı, yoğun ve uzun soluklu bir mecburiyet olarak algılanabilmektedir (Atagün ve ark., 2011).

Bakım verme, günlük yaşam aktivitelerinin düzenlenmesi, ev içi ve dışı aktivitelerin planlanması, yerine getirilmesi gibi çok boyutlu rolleri kapsamaktadır. Bakım vericiler bu rollerin devamlılığının yürütülmesini sağlarken kişisel bakım, üretkenlik, serbest zaman yaratma gibi alanlarda bakım dolayısıyla sorunlar yaşamaktadırler (Akyar ve Akdemir, 2006).

Hasta ve ailesi için yaşamın tüm alanlarında birçok zorluk içeren inme, aniden ve beklenmedik şekilde ortaya çıktığı için ailenin, bakım rolüne hazırlanması zor

olmaktadır (Brereton ve Nolan, 2002; Brereton ve ark., 2007). İnme sonrası bireylerde günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesinde bağımlılığa neden olan hemipleji, afazi, disfaji, üriner inkontinans gibi sorunlarla sık karşılaşılabilmektedir. Bu sorunların yönetiminde hasta bireyin bakımını karşılayacak bakım vericilerin yeterlilik kazanması önemli bir kriterdir. Bakım vericiler bu sürecin yönetimine dair desteklenerek ve baş etme stratejileri kazandırılarak, bakım verme yeterlilikleri ilerletilebilinir (Avcı ve ark., 2016).

4. 4. Bakım Verme ve Algılanan Stres

Stres, organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi, zorlanması ile ortaya çıkan, bireyin fiziksel ve ruhsal dengesini tehdit eden bir durum olarak tanımlanmaktadır. İnsanların hayatlarını geniş ölçüde etkileyebilecek olaylar strese neden olabilirken, önemli hayat değişiklikleri veya günlük yaşam olayları da stres unsuru olarak karşımıza çıkabilmektedir. Stresle başa çıkma ya da diğer bir ifadeyle stres yönetimi; stres yaşantısının birey üzerindeki etkilerini olumlu düzeyde tutabilmek amacıyla stresin olumsuz etkilerini azaltmak ya da tamamen ortadan kaldırmak için harcanan çabalar olarak tanımlanabilmektedir (Engin, 2014)

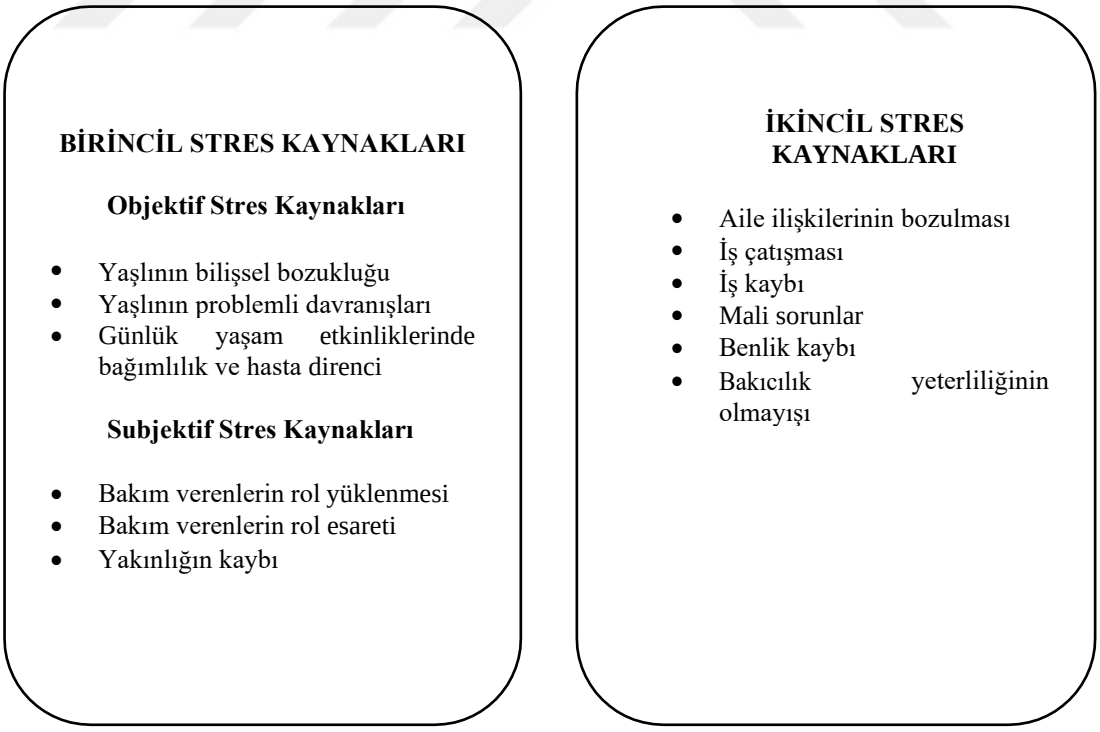
Güncel zamanda yaşam süresinin uzadığı ve bu sürede bireye uzun dönem bakım ve takip gerektiren kronik hastalıkların da eşlik ettiği belirtilmiştir. Bu sebeple hasta ile birlikte yakınlarının da kronik hastalığa ve beraberinde stres faktörlerine uzun süre maruz kalma riski artmaktadır (Yeşil ve ark., 2016).

Bakım vericilerin yaşadığı stres çoğunlukla göz ardı edilmekte ve önemsenmemektedir. Oysa ki hastalardan daha fazla düzeyde anksiyete, depresyon, stres, yorgunluk, rol çatışması, sosyal izolasyon yaşadıkları ve fiziksel rahatsızlıklara (uyku problemleri, bel ağrısı vb.) yakalanma risklerinin arttığı belirtilmiştir (Blanes et al., 2007).

Ailede kronik hastalığa sahip sürekli bakım gereksinimi olan hasta bireyin bulunması ailenin işlevlerinde bozulmalara neden olmakta ve aile üyeleri bakım yükü ile karşı karşıya kalmaktadır. Yük, bakım dolayısıyla bakım vericilerin yaşadığı psikolojik sıkıntı, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik ve sosyal problemler, aile ilişkilerinin

bozulması ve kontrol kaybı hissi gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlar olarak ifade edilmektedir (İnci ve Erdem, 2008; Özlü ve ark., 2009; Küçükgüçlü ve ark., 2009). Bakım yükünün sürekli devam etmesiyle birlikte bakım vericinin psikolojisi bozulmakta, kendine zaman ayıramamaktadır. Sonuç olarak bakım vericinin yaşam kalitesi düşmekte, mutsuzluk, anksiyete, huzursuzluk gibi psikolojik problemler yaşamakta ve yaşam doyumu olumsuz olarak etkilenmektedir (Işık, 2013)

Çapan (2016) yaşlı bireylerin bakım vericilerinin yaşadıkları stres faktörleri ve başa çıkma modelleri üzerine yaptığı çalışmasında, stres kaynaklarını birincil ve ikincil stres kaynakları olmak üzere iki grup altında toplamıştır. Çapan'ın aktardığına göre bir durumun stresli olarak algılanması; bu durumun beraberinde getirdiği özel koşullar kadar, bu koşulların bireyin bilişsel sürecinden geçerek algısal değerlendirmesi ile de belirlenmektedir. Aşağıdaki şemada stres kaynakları incelendiğinde birincil stres kaynaklarını koşullara yönelik değerlendirmeler, ikincil stres kaynaklarını ise koşulların algılanması ile ilgili değerlendirmeler oluşturmaktadır (Çapan, 2016).



Şekil 2. Stres kaynakları (Çapan, 2016'dan değiştirilerek kullanılmıştır)

Birincil stres kaynakları objektif ve subjektif stres kaynakları olmak üzere iki alt başlığa ayrılmaktadır. Bakım alan yaşlı bireyin bilişsel, mizaç ve bakım gereksinimleri objektif stres kaynaklarını oluştururken; bakım koşullarını bakım vericinin değerlendirme şekli subjektif stres kaynaklarını oluşturmaktadır. İkincil stres kaynakları ise bakım vericilerin sahip olduğu çoklu rol yaşantıları ve rollere yeterince zaman ayıramamasından kaynaklanmaktadır (Çapan, 2016).

İnmeli hastanın evde aile üyeleri tarafından yürütülen bakım süreci hem hasta hem de bakım vericiler için oldukça uzun ve zorlayıcı bir dönemdir (Visser-Meily et al., 2005). Bakım vericilerin bakımla ilişkili olarak fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlar yaşadığı ifade edilmektedir (Yıldız ve ark., 2016)).

4. 5. İnme ve Hemşirelik

İnmeli hastaların bakımında hasta ve ailesi bir bütün olarak ele alınmalı ve bakım multidisipliner yaklaşımla planlanmalıdır. Multidisipliner yaklaşımın bir parçası olarak aktif rolde olan hemşire hastalığın tanı, tedavisi ve gerek hastanede gerek ise evde olmak üzere hastanın bakımında hasta ve ailenin en büyük destekçisi ve yardımcısıdır. Hemşire hastalık, bakım ve tedavi konusunda aileye eğitimlerin yapılmasında, destek hizmetlerinin verilmesinde yol gösterici olmalıdır. Yeti yitimi nedeniyle bakım vericisine bağımlı duruma düşen bireyin en üst düzeyde bağımsızlığını kazanabilmesi, fiziksel ve ruhsal ihtiyaçlarının karşılanmasında aktif rol almalıdır. Bütüncül yaklaşım sergileyerek bakım vericilerin hazırlıksız ve aniden karşı karşıya kaldıkları bu durum kaşısında da adaptasyonlarının sağlanması, fiziksel ve sosyal ihtiyaçlarının belirlenmesi, biyopsikolojik sağlıklarının korunma ve sürdürülmesinde hemşireye büyük görevler düşmektedir. İnmeli hastanın bakım vericilerinin bakıma hazır oluşluk durumlarının ve algıladıkları stresin belirlenmesi, yetersizliklerin saptanması ve hemşirelik uygulamalarında yol göstermesi açısından önemlidir.

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5. 1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, inmeli hastaların bakım vericilerinin bakım vermeye hazır oluşluğunu ve algıladıkları stresi değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışma olarak yapıldı.

5. 2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, 01.01.2020-30.04.2020 tarihleri arasında Zonguldak ilinin bir devlet hastanesinde nöroloji kliniği ve nöroloji yoğun bakım ünitesinde tedavi görmekte olan inmeli hastaların bakım vericileri ile yapıldı.

5. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

5. 3. 1. Araştırmanın Evreni

Belirlenen tarihler arasında, araştırmanın yürütüldüğü hastanedeki nöroloji kliniği ile nöroloji yoğun bakım ünitesinde tedavi görmekte olan 296 inmeli hastanın bakım vericisi araştırmanın evrenini oluşturdu.

5. 3. 2 Araştırmanın Örneklemi

Power analizi sonucu örneklem sayısı 167 kişi olarak belirlendi. Araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 167 inmeli hastanın bakım vericisi örnekleme dâhil edildi.

5. 3. 3 Araştırmanın Örneklem Büyüklüğünü Hesaplama Yöntemi

Evreni oluşturan birim sayısı bilindiğinde örnek hacmi hesaplanırken aşağıda belirtilen formülden faydalanılmaktadır.

$$n = \frac{N.t^2(p.q)}{d^2.(N) + t^2.(p.q)}$$

N: Evren birim sayısı,

n: Örneklem büyüklüğü

p: Evrendeki araştırılan olaya ilişkin gözlenme oranı,

q: Evrendeki araştırılan olaya ilişkin gözlenmeme oranı (1-p), p ve q değerlerine ilişkin literatürde kabul görmüş öncül bir bilgi yoksa p=0,5, q=0,5 alınarak hesaplamalara dahil edilir.

t: ∃ 0.05 güven düzeyinde elde edilen tablo değeridir. 1,96 alınmıştır.

d= Örneklem hata payı (duyarlılık düzeyi)

296 birimden oluşan evrende 0,5 görülme sıklığı baz alınarak, %95 güven düzeyinde, ±0,05 hata payı ile nihai olarak 167 kişi ile görüşülmesi gerektiği sonucu elde edilmiştir.

5. 4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

• İlk defa inme tanısı almış hastanın bakım vericisi olmak

• 18 yaş ve üzerinde olmak

• Türkçe biliyor olmak

• Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

5. 5. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

• Çalışmayı yarıda bırakma ve ayrılmak istemek.

5. 6. Araştırma Soruları

- Bakım vericilerin bakım vermeye hazır oluşluk düzeyini etkileyen hasta ve bakım vericiye ilişkin faktörler nelerdir?
- Bakım vericilerin algıladıkları stresi etkileyen hasta ve bakım vericiye ilişkin faktörler nelerdir?

- Bakım vericilerin algıladıkları stres ve bakım vermeye hazır oluşluğu arasında ilişki var mıdır?

5. 7. Araştırma Değişkenleri

5. 7. 1. Bağımlı Değişken

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; bakım vericilerin bakım vermeye hazır oluşluğu ve algıladıkları strestir.

5. 7. 2. Bağımsız değişken

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; inmeli hastanın fonksiyonel bağımsızlık düzeyi, inmeli hastanın ve bakım vericinin sosyodemografik özellikleridir.

5. 8. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan Katılımcı Bilgi Formu, Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği ve Modifiye Barthel İndeksi kullanıldı.

5. 8. 1. Katılımcı Bilgi Formu (EK1):

Literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan Katılımcı Bilgi Formu; Bakım Verici Tanıtıcı Formu ve Hasta Tanıtıcı Formu olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Bakım Verici Tanıtıcı Formu'nda; bakım verici bireyin sosyodemografik özellikleri ve bakıma dair bilgiler olmak üzere iki bölüm ve toplam 15 soru, Hasta Tanıtıcı Formu'nda toplam 4 soru yer almaktadır.

5. 8. 2. Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği (BVHOÖ) (EK2):

Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği, Archbold and Stewart tarafından (1986) inmeli hastalara bakım veren bireylerin bakım vermeye hazır oluşluk düzeylerini saptamak amacıyla geliştirilmiştir. Karaman tarafından (2015) Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçekte 8 madde ve ek olarak bakım vericilere özel daha iyi hazır olmak istedikleri alanı sorgulayan bir madde daha vardır. Ölçekten 0-32 arasında puan alınmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar bakım vericilerin bakım vermeye

daha çok hazır hissettiklerini, düşük puanlar daha az hazır hissettiklerini gösterir. Uyarlama çalışmasında güvenilirlik katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur (Karaman ve Karadakovan, 2015). Bu çalışmadaki örneklem grubunda ölçeğin Cronbach's Alpha değerine bakıldı ve Cronbach's Alpha değeri 0,972 olarak bulundu. Bu çalışma için BVHOÖ geçerli ve güvenilirdir.

5. 8. 3. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) (EK3)

Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) Cohen, Kamarck ve Mermelste tarafından (1983) geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlilik çalışması Eskin ve arkadaşları (2013) tarafından yapılmıştır. Toplam 14 maddeden oluşan ASÖ kişinin hayatındaki birtakım durumların ne derece stresli algılandığını ölçmek için tasarlanmıştır. Yetersiz öz yeterlik algısı ve Stres/rahatsızlık algısı olmak üzere iki alt boyutu mevcuttur. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-56 arasındadır. Toplam puanın yüksek olması algılanan stres düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. İç tutarlılık katsayısı ASÖ-14 için 0.84 olarak bulunmuştur (Eskin ve ark., 2013). Bu çalışmadaki örneklem grubunda ölçeğin Cronbach's Alpha değerine bakıldı ve Cronbach's Alpha değeri 0,905 olarak bulundu. Bu çalışma için ASÖ geçerli ve güvenilirdir.

5. 8. 4. Modifiye Barthel İndeksi (MBI) (EK4)

Barthel İndeksi, hastaların aktivitelerindeki bağımsızlık düzeylerini belirlemek amacıyla kullanılmakta olup, 1965 yılında Barthel ve Mahoney tarafından geliştirilmiş, 1989 yılında Shah ve arkadaşları tarafından modifiye edilmiştir. Duyu ve motor kayıplarını değerlendirme amacıyla tüm hastalarda kullanılmaktadır. Modifiye edilmiş şekliyle fonksiyonel bağımsızlığın ölçülmesinde daha spesifik hale gelmiştir. Küçükdeveci ve ark. (2000) tarafından Türk hastalarda uyarlama çalışması yapılmıştır. İndeks ile transfer, hareket, merdiven çıkma, beslenme, giyinme, kişisel bakım, banyo ve tuvalet, idrar-gaita inkontinansı gibi toplam 10 fonksiyonel durumla ilgili bağımsızlık düzeyleri değerlendirilmektedir. Puanlama toplam 0-100 arasındadır. 0 puan tam bağımlılığı, 100 puan bağımsızlığı ifade etmektedir (Küçükdeveci ve ark., 2000). Bu çalışmadaki örneklem grubunda MBI Cronbach's

Alpha değerine bakıldı ve Cronbach's Alpha değeri 0,977 olarak bulundu. Bu çalışma için MBI geçerli ve güvenilirdir.

5. 9. Veri Toplama Yöntemi

Veriler taburculuktan 24-48 saat önce yüz yüze görüşme ve anket yoluyla toplandı. Görüşme öncesi bakım vericilerin sorulara çekinmeden ve doğru yanıtlar verebilmesi için araştırmanın ne amaçla yapıldığı ve değerlendirmenin bireysel yapılmayacağı anlatıldı. Görüşme hastanın bakımını ve tedavisini aksatmayacak zamanlarda, sakin ve sessiz bir ortamda gerçekleştirildi. Görüşmeler yaklaşık olarak 35-40 dakika sürdü.

5. 10. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Çalışma 167 denek üzerinden gerçekleştirilmiştir Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS Statistics 23 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) verilmiştir. İki grup arasında fark olup olmadığına bağımsız örneklem t testiyle, ikiden fazla grup arasında fark olup olmadığına tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) ile bakılmıştır. Varyans homojenliğini sağlayan değişkenlerde gruplar arasındaki fark incelemesi için Bonferroni, varyans homojenliğini sağlamayan değişkenlerde gruplar arasında fark incelemesi için Tamhane's T2 testine bakılmıştır. İki sayısal değişken arasındaki ilişkinin incelenmesinde pearson korelasyon analizinden, Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği üzerindeki etkileri incelemek için çoklu doğrusal regresyon analizinden yararlanılmıştır.

5. 11. Araştırmanın Etik Yönleri

• Araştırmaya başlamadan önce Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan onay alındı (EK-5).

• Araştırmanın yapılabilmesi için Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni alındı (EK-6).

• Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği için Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapan Seçil KARAMAN'dan (EK-7), Algılanan Stres Ölçeği için Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Mehmet ESKİN'den (EK-8), Modifiye Barthel İndeksi için Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Ayşe KÜÇÜKDEVECİ'den (EK-9) kullanım izni alındı.

• Örnekleme alınan bakım vericilere, araştırmanın amacı ve kendilerinden ne beklendiği araştırmacı tarafından açıklandı. Bakım vericilere araştırmaya katılmaya karar vermede özgür oldukları, istedikleri zaman araştırmadan çıkabilecekleri ve elde edilen bilgilerin sonuçlarının kimlik bilgileri gizli tutularak yayınlanabileceği açıklandı. Gönüllülük ilkesi gereği araştırmaya katılmayı kabul eden bakım vericilerden yazılı onam alındı (EK-10).

• Araştırma sürecinde etik ilkelere bağlı kalındı.

5. 12. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükler

 Araştırma tek merkezli çalışıldığı için genel popülasyona genellenemez.

 Araştırma sırasında Covid-19 pandemi sürecinden dolayı örneklem sayısına ulaşmada güçlük yaşanmıştır.

6. BULGULAR

İnmeli hastaların bakım vericilerinin bakım vermeye hazır oluşluğu ve algıladıkları stresi belirlemek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular tablolar eşliğinde sunuldu. Araştırmanın bulguları;

6. 1. Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

6. 2. MBİ, BVHOÖ ve ASÖ'ne İlişkin Bulgular

6. 3. Tanımlayıcı Özelliklere Göre BVHOÖ, ASÖ ve MBİ Farklılıklarına İlişkin Bulgular

6. 4. MBİ, BVHOÖ ve ASÖ Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

6. 1. Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

Tablo 3. İnmeli Hastaya İlişkin Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımının İncelenmesi (n=167)

İnmeli Hasta Sosyodemografik Özellikler		**n**	**%**
Yatış yeri	Servis	133	79,6
	Yoğun bakım	34	20,4
Hasta yaş (yıl) ort±ss (min-maks)		72,45±12,76 (36-98)	
Hasta cinsiyet	Kadın	90	53,9
	Erkek	77	46,1
İnme tedavi süresi (gün) ort±ss (min-maks)		21,04±17,75 (6-88)	

Tablo 3'te çalışmaya alınan inmeli hastalara ilişkin sosyodemografik özelliklerin dağılımı verildi. İnmeli hastaların %79,6'sı serviste, %20,4'ü yoğun bakımda tedavi görmektedir. Hastaların %53,9'u kadın olup, yaş ortalamaları 72,45±12,76 yıl, inme tedavi süresi ortalamaları 21,04±17,75 gündür ve hastaların tamamı sosyal güvenceye sahiptir.

Tablo 4. Bakım Vericilere İlişkin Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımının İncelenmesi (n=167)

Bakım Verici Sosyodemografik Özellikler		n	%
Yakınlık derecesi	Eş	33	19,8
	Çocuk	89	53,2
	Ebeveyn	1	0,6
	Kardeş	5	3,0
	Akraba	30	18,0
	Diğer (komşu, arkadaş)	9	5,4
Cinsiyet	Kadın	107	64,1
	Erkek	60	35,9
Yaş (yıl) ort±ss (min-maks)		48,37±12,27 (19-86)	
Medeni durum	Evli	136	81,4
	Bekâr/ Boşanmış	31	18,6
Çocuk sahibi	Evet	139	83,2
	Hayır	28	16,8
Sosyal güvence	Var	150	89,8
	Yok	17	10,2
Eğitim	Okuryazar	14	8,4
	İlköğretim	105	62,9
	Lise	31	18,6
	Lisans/ Lisansüstü	17	10,2
Kiminle yaşıyor	Eş	49	29,3
	Eş ve çocuklar	86	51,5
	Çocuk	7	4,2
	Yalnız	8	4,8
	Diğer	17	10,2
Çalışma durumu	Evet	39	23,4
	Hayır	128	76,6
Gelir	Gelir giderden az	65	38,9
	Gelir gidere denk	92	55,1
	Gelir giderden fazla	10	6,0
Gelir yeterlilik	Yeterli	102	61,1
	Yetersiz	65	38,9
Hastayla birlikte yaşama durumu	Evet	81	48,5
	Hayır	86	51,5
Bakım deneyimi durumu	Var	55	32,9
	Yok	112	67,1
Destek/yardımcı durumu	Evet	67	40,1
	Hayır	100	59,9
Bakım Verme Nedenleri*	Ailevi sorumluluk	130	77,8
	Hastaya duyulan sevgi	103	61,7
	Başka bakım verici olmaması	67	40,1
	Evde bakım hizmetleri olmaması	3	1,8
	Ekonomik katkısı olması	8	4,8

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4'te çalışmaya alınan bakım vericilere ilişkin sosyodemografik özelliklerin dağılımı ve bakıma ilişkin bilgiler verildi. Bakım vericilerin %53,3'ü hastanın kendi çocuğu, %64,1'i kadın, yaş ortalamaları 48,37±12,27 yıldır. Ayrıca bakım vericilerin %81,4'ü evli ve %83,2'sinin çocuğu ve %89,8'inin sosyal güvencesi bulunmakta, %62,9'u ilköğretim mezunu, %51,5'i eşi ve çocukları ile birlikte yaşamaktadır. Bakım vericilerin %48,5'i hasta ile birlikte yaşamakta, %32,9'u bakım konusunda deneyimli, %40,1'inin hastanın bakımında destek/yardımcısı bulunmaktadır.

6. 2. MBİ, BVHOÖ ve ASÖ'ne İlişkin Bulgular

Tablo 5. Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı İstatistiklerin İncelenmesi

	Soru Sayısı	Puan Aralığı	Ort.	Std. Sapma	Min.	Maks.	Cronbach's alpha
Modifiye Barthel İndeksi	10	0-100	42,06	39,30	0	100	0,977
Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği	8	0-32	19,47	7,40	3,00	32,00	0,972
Algılanan Stres Ölçeği	14	0-56	26,07	9,14	0,00	46,00	0,905

Tablo 5'de hastanın MBI ve bakım vericinin BVHOÖ-ASÖ puan ortalamasına ilişkin tanımlayıcı istatistikler verildi. Buna göre; çalışmamızda inmeli hastaların Modifiye Barthel İndeksi puanı 42,06±39,30 bulunmuştur. Bakım vericilerin BVHOÖ puanı 19,47±7,40; ASÖ puanı 26,07±9,14 bulunmuştur.

6. 3. Tanımlayıcı Özelliklere Göre BVHOÖ, ASÖ ve MBİ Farklılıklarına Ait Bulgular

Tablo 6. Hasta ve Bakım Vericiye İlişkin Sosyodemografik Faktörlere Göre BVHOÖ Farklılıklarının İncelenmesi (n=167)

			Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği			İstatistiksel Anlamlılık	
			n	Ort.	S.S.	Test	p
Hastaya İlişkin Sosyodemografik Özellikler							
Yatış yeri		Servis	133	20,90	6,82	5,354^{t}	**0,000*** **
		Yoğun bakım	34	13,85	6,98		
Hasta cinsiyeti		Kadın	90	18,92	7,47	-1,029^{t}	0,305
		Erkek	77	20,10	7,32		
Bakım Vericiye İlişkin Sosyodemografik Özellikler							
Yakınlık derecesi		Eş	33	21,45	6,43	3,406^{F}	**0,019***
		Çocuk	89	**17,97**	**7,54**		
		Akraba	36	20,22	7,64		
		Diğer	9	24,00	4,80		
Cinsiyet		Kadın	107	19,41	7,42	-0,130^{t}	0,897
		Erkek	60	19,57	7,43		
Medeni durum		Evli	136	19,46	7,30	-0,014^{t}	0,989
		Bekâr/Boşanmış	31	19,48	7,95		
Çocuk sahibi		Var	139	19,19	7,40	-1,090^{t}	0,277
		Yok	28	20,86	7,39		
Sosyal güvence		Var	150	19,61	7,21	0,723^{t}	0,471
		Yok	17	18,24	9,08		
Eğitim		Okuryazar	14	16,36	6,88	1,289^{F}	0,280
		İlköğretim	105	19,71	7,23		
		Lise	31	20,68	7,79		
		Lisans/Lisansüstü	17	18,29	7,95		
Çalışma durumu		Evet	39	20,00	7,48	0,513^{t}	0,609
		Hayır	128	19,30	7,40		
Gelir durumu		Az	65	18,71	7,77	0,560^{F}	0,573
		Denk	92	19,93	6,88		
		Fazla	10	20,10	9,81		
Gelir yeterlilik		Yeterli	102	19,95	7,15	1,059^{t}	0,291
		Yetersiz	65	18,71	7,77		
Hastayla birlikte yaşama durumu		Evet	81	21,15	7,13	2,912^{t}	**0,004** **
		Hayır	86	17,88	7,34		
Bakım deneyimi durumu		Var	55	22,29	6,92	-3,576^{t}	**0,000*** **
		Yok	112	18,08	7,26		
Destek/yardımcı durumu		Evet	67	20,07	8,26	-0,835^{t}	0,405
		Hayır	100	19,06	6,78		
Bakım verme nedenleri*	Ailevi sorumluluk	Evet	130	19,45	7,43	-0,068^{t}	0,946
		Hayır	37	19,54	7,39		
	Hastaya duyulan sevgi	Evet	103	19,23	7,22	-0,517^{t}	0,606
		Hayır	64	19,84	7,73		
	Başka bakım verici olmaması	Evet	67	16,88	6,32	-3,989^{t}	**0,000*** **
		Hayır	100	21,20	7,59		
	Ekonomik katkı olması	Evet	8	23,50	7,15	1,587^{t}	0,114
		Hayır	159	19,26	7,38		

A:One-way ANOVA testi, t:Bağımsız örneklem t testi *:p<0,05, **:p<0,01, ***:p<0,001
*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 6'da inmeli hasta ve bakım vericiye ilişkin tanımlayıcı özellikler ile BVHOÖ karşılaştırmaları verildi. Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda; hastanın cinsiyeti, bakım vericinin cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sahibi olma, sosyal güvence, çalışma durumu, gelir yeterliliği, destek/yardımcı varlığı, ailevi sorumluluk, hastaya duyulan sevgi, ekonomik katkı nedeniyle bakım verme değişkenlerine göre BVHOÖ ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Hasta yatış yeri, bakım vericinin hastayla birlikte yaşama, bakım deneyimi durumu ve bakım verme nedenlerinden başka bakım verici olmaması değişkenlerine göre BVHOÖ ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre, serviste tedavi gören hastaların bakım vericilerinin BVHOÖ ortalaması, yoğun bakımda tedavi gören hastaların bakım vericilerine göre; hasta ile birlikte yaşayan bakım vericilerin BVHOÖ ortalaması, hasta ile birlikte yaşamayan bakım vericilere göre daha yüksektir. Ayrıca deneyimli olan bakım vericilerin BVHOÖ ortalaması, daha önce bakım deneyimi olmayanlara göre; hastanın kendisinden başka bakım vericisi olmamasını bakım verme nedeni olarak düşünmeyen bakım vericilerin BVHOÖ ortalaması, bu nedenle bakım verenlere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Uygulanan One-way ANOVA testi sonucunda bakım vericinin eğitim ve gelir durumlarına göre BVHOÖ ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken; bakım vericinin hastaya yakınlık derecesine göre BVHOÖ ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık mevcuttur ($p<0,05$). Buna göre, hastanın arkadaşı-komşusu olan bakım vericilerin BVHOÖ ortalaması, hastanın çocuğu olan bakım vericilere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Tablo 7. Hasta ve Bakım Vericiye İlişkin Sosyodemografik Faktörlere Göre ASÖ Farklılıklarının İncelenmesi (n=167)

		Algılanan Stres Ölçeği			İstatistiksel Anlamlılık	
		n	**Ort.**	**S.S.**	**Test**	**p**
Hastaya dair Sosyodemografik Özellikler						
Yatış yeri	Servis	133	24,60	9,31	-5,806	**0,000*** **
	Yoğun bakım	34	31,82	5,52		
Hasta cinsiyeti	Kadın	90	26,99	9,22	1,407	0,161
	Erkek	77	25,00	8,98		
Bakım vericiye dair sosyodemografik özellikler						
Yakınlık derecesi	Eş	33	26,79	7,77	10,224	**0,000*** **
	Çocuk	89	27,65	7,86		
	Akraba	36	25,17	9,63		
	Diğer	9	**11,44**	**11,40**		
Cinsiyet	Kadın	107	26,66	9,52	1,119	0,265
	Erkek	60	25,02	8,38		
Medeni durum	Evli	136	26,36	9,03	0,854	0,394
	Bekâr/Boşanmış	31	24,81	9,64		
Çocuk sahibi	Evet	139	26,12	9,56	0,136	0,892
	Hayır	28	25,86	6,76		
Sosyal güvence	Var	150	25,87	9,17	-0,861	0,390
	Yok	17	27,88	8,87		
Eğitim	Okuryazar	14	27,36	8,73	0,527	0,665
	İlköğretim	105	26,39	9,54		
	Lise	31	24,29	8,48		
	Lisans/Lisansüstü	17	26,29	8,30		
Çalışma durumu	Evet	39	23,49	10,48	-2,037	0,043
	Hayır	128	26,86	8,58		
Gelir	Az	65	25,95	11,23	0,022	0,978
	Denk	92	26,20	7,70		
	Az	10	25,70	6,60		
Gelir yeterlilik	Yeterli	102	26,15	7,57	0,122	0,903
	Yetersiz	65	25,95	11,23		
Hastayla birlikte yaşama durumu	Evet	81	26,81	8,28	1,020	0,309
	Hayır	86	25,37	9,87		
Bakım deneyimi durumu	Var	55	23,55	10,75	2,305	**0,024***
	Yok	112	27,31	7,99		
Destek/yardımcı durumu	Evet	67	25,63	9,15	0,514	0,608
	Hayır	100	26,37	9,16		
Bakım verme nedenleri*	Ailevi sorumluluk	Evet	130	27,10	8,51	2,781	**0,006** **
		Hayır	37	22,46	10,39		
	Hastaya duyulan sevgi	Evet	103	27,23	8,07	1,985	**0,050***
		Hayır	64	24,20	10,42		
	Başka bakım verici olmaması	Evet	67	27,49	8,98	1,653	0,100
		Hayır	100	25,12	9,16		
	Ekonomik katkı olması	Evet	8	15,13	15,89	-2,033	0,080
		Hayır	159	26,62	8,37		

A:One-way ANOVA testi, t:Bağımsız örneklem t testi *:p<0,05, **:p<0,01, ***:p<0,001

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 7'de inmeli hasta ve bakım vericiye ilişkin sosyodemografik özellikler ile ASÖ karşılaştırmaları verildi. Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda; hastanın cinsiyeti, bakım vericinin cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sahibi olma, sosyal güvence, çalışma durumu, gelir yeterliliği, bakım vericinin hastayla birlikte yaşama durumu, destek/yardımcı varlığı, bakım verecek başka kimse olmaması, ekonomik katkısı olması nedeniyle bakım verme değişkenlerine göre bakım vericilerin ASÖ ortalaması arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Hasta yatış yeri, bakım vericinin bakım deneyimi, bakım verme sebeplerinden ailevi sorumluluk ve hastaya duyulan sevgi nedeniyle bakım verme değişkenlerine göre bakım vericilerin ASÖ ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık mevcuttur ($p<0,05$). Buna göre; yoğun bakımda tedavi gören hastaların bakım vericilerinin ASÖ ortalaması, serviste tedavi gören hastaların bakım vericilerine göre; bakım deneyimi olmayan bakım vericilerin ASÖ ortalaması, bakım konusunda deneyimli olan bakım vericilere göre daha yüksektir. Ayrıca ailevi sorumluluk ve hastaya duyulan sevgi nedeniyle bakım veren bakım vericilerin ASÖ ortalaması, bu nedenlerden ötürü bakım vermeyen bakım vericilere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Uygulanan One-way ANOVA testi sonucunda, eğitim ve gelir durumları faktörlerine göre ASÖ ortalaması arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken; bakım vericilerin hastaya yakınlık derecesine göre ASÖ ortalaması arasında anlamlı bir farklılık mevcuttur ($p<0,05$). Buna göre; hastanın eşi, çocuğu ve akrabası olan bakım vericilerin ASÖ ortalaması, diğer bakım vericilere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Tablo 8. Hasta ve Bakım Vericiye İlişkin Tanımlayıcı Özellikler ile BVHOÖ ve ASÖ Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=167)

		Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği	Algılanan Stres Ölçeği
Hastaya Ait Sosyodemografik Özellikler			
Hasta yaşı	R	**-0,158**	0,059
	P	**0,042***	0,450
İnme tedavi süresi	R	**-0,266**	0,101
	P	**0,001****	0,195
Bakım Vericiye Ait Sosyodemografik Özellikler			
Yaş	R	-0,123	0,096
	P	0,113	0,216

r:Pearson korelasyon katsayısı *:p<0,05, **:p<0,01, ***:p<0,001

Tablo 8'de inmeli hasta ve bakım vericiye ilişkin tanımlayıcı özellikler ile BVHOÖ ve ASÖ karşılaştırmaları verildi. Uygulanan pearson korelasyon analizi sonucunda, hasta yaşı ve tedavi süreleri ile BVHOÖ ortalamaları arasında negatif yönde istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0,05). Çalışmamızda ulaşılan sonuçlara göre; hasta yaşı arttıkça ve/veya tedavi süresi uzadıkça bakım vericinin hazır oluşluğu azalmaktadır.

6. 4. MBİ ve BVHOÖ ile ASÖ Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Tablo 9. MBİ, BVHOÖ ve ASÖ Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=167)

		Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği	Algılanan Stres Ölçeği
Modifiye Barthel İndeksi	r	**0,323**	**-0,223**
	p	**0,000*****	**0,004****
Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği	r	1	**-0,506**
	p		**0,000*****
Algılanan Stres Ölçeği	r		1
	p		

r:Pearson korelasyon katsayısı *:p<0,05, **:p<0,01, ***:p<0,001

Tablo 9'da MBİ, ASÖ ve BVHOÖ arasındaki ilişkiye ait istatistikler verilmiştir. Uygulanan pearson korelasyon analizi sonucunda; MBI ile BVHOÖ arasında pozitif

yönde ve MBI ile ASÖ arasında negatif yönde istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0,05). Bu sonuçlara göre hastanın fonksiyonel bağımsızlığı arttıkça; bakım vericinin hazır oluşluğu artmakta ve algıladığı stresi azalmaktadır. Ayrıca BVHOÖ ortalaması ile ASÖ ortalaması arasında negatif yönde istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0,05). Bakım vericinin hazır oluşluğu arttıkça, algıladığı stresin azaldığı sonucuna ulaşılmaktadır.

Tablo 10. Hasta ve Bakım Vericiye İlişkin Faktörlerin BVHOÖ'ne Etkisi (n=167)

	Unstandardized Coefficients		**Standardized Coefficients**	**t**	**p**	**95,0% CI**	
	B	**Std. Hata**	**Beta**			**Alt sınır**	**Üst sınır**
Constant	20,248	3,353		6,038	**0,000*** **	13,626	26,870
Yatış yeri	-5,325	1,279	-0,291	-4,163	**0,000*** **	-7,850	-2,799
Hastayla birlikte yaşama durumu	-2,554	1,013	-0,173	-2,522	**0,013***	-4,555	-0,554
Bakım deneyimi durumu	3,412	1,081	0,217	3,156	**0,002****	1,277	5,546
Bakım verecek başka kimse olmaması	3,104	1,037	0,206	2,994	**0,003****	1,056	5,151
p<0,000 R^2=0,267							

:p<0,05, **:p<0,01, ***:p<0,001

Hasta ve bakım vericiye ait sosyodemografik faktörlerin BVHOÖ üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizinden yararlanılmıştır. Tablo 10'a göre; yatış yeri, hastayla birlikte yaşama, bakım deneyimi ve başka bakım verici olmaması nedeniyle bakım verme değişkenleri BVHOÖ toplam varyansının %26,7'sini açıklamaktadır. Model %99 güven seviyesinde p<0.001 olarak anlamlı bulunmuştur (**p<0,001; R^2=0,267).** Modelde dört değişken ß katsayılarına göre değerlendirildiğinde; yatış yeri, bakım deneyimi ve başka bakım verici olmaması nedeniyle bakım verme değişkenlerinin modele en güçlü katkıyı (sırasıyla -5,325, 3,412 ve 3,104) sağlayan değişkenler olduğu görülmüştür. Diğer değişken olan

hastayla birlikte yaşama durumunun modele daha az katkı (-2,554) sağladığı görülmüştür.

Tablo 11. Hasta ve Bakım Vericiye Ait Faktörlerin ASÖ'ne Etkisi (n=167)

	Unstandardized Coefficients		**Standardized Coefficients**	**t**	**p**	**95,0% CI**	
	B	**Std. Hata**	**Beta**			**Alt sınır**	**Üst sınır**
(Constant)	26,859	3,237		8,297	**0,000**	20,467	33,252
Yatış yeri	7,481	1,610	0,331	4,647	**0,000**	4,302	10,661
Ailevi sorumluluk	-4,845	1,563	-0,221	-3,099	**0,002**	-7,932	-1,758
Hastaya duyulan sevgi	-2,801	1,334	-0,149	-2,100	**0,037**	-5,434	-0,167
			p<0,000 R^2=0,177				

:p<0,05, **:p<0,01, ***:p<0,001

Hasta ve bakım vericiye ait sosyodemografik faktörlerin ASÖ üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizinden yararlanılmıştır. Tablo 11'e göre; hasta yatış yeri, bakım verme nedenlerinden ailevi sorumluluk ve hastaya duyulan sevgi değişkenleri birlikte incelendiğinde ASÖ toplam varyansının %17,7'sini açıklamaktadır. Model %99 güven seviyesinde p<0.001 olarak anlamlı bulunmuştur (**p<0,001; R^2=0,177).** Modelde üç değişken ß katsayılarına göre değerlendirildiğinde; yatış yeri, ailevi sorumluluk nedeniyle bakım verme değişkenlerinin modele en güçlü katkıyı sağlayan değişkenler olduğu görülürken (sırasıyla 7,481, -4,845), hastaya duyulan sevgi nedeniyle bakım verme değişkeninin modele daha az katkı (-2,801) sağladığı görülmüştür.

7. TARTIŞMA ve SONUÇ

Ortalama insan ömrünün uzaması ve tıp dünyasında yaşanan gelişmelere paralel olarak hastalıkların mortalite oranının düşmesi ile birlikte bakım gereksinimi duyan bireylerin sayısında belirgin derecede artış görülmüştür. Ortaya çıkan bakım ihtiyacı sonucunda da bakım veren kişi kavramının değer kazandığını gösteren/ifade eden çalışmalar mevcuttur (Özlü ve ark., 2009; Atagün ve ark., 2011).

Bakım vermeye hazır oluşluk içeren çalışmalar arasında inmeli hastaların yakınları (Uslu, 2019), kronik hastalık tanısı almış çocukların anneleri (Mecek, 2019), palyatif bakım hastalarının bakım vericileri (Henriksson and Årestedt, 2013), onkoloji hastalarının bakım vericileri (Scherbring, 2002) mevcuttur.

7. 1. Tanımlayıcı Bulguların Değerlendirilmesi

7. 1. 1. Hastaya Ait Bulguların Değerlendirilmesi

Bu çalışmada inmeli hastaların yaş ortalaması 72,45±12,76 yıl şeklinde bulunmuştur (Tablo 3). Yapılan çalışmalarda inmeli hastaların yaş ortalamaları 62,0±14,0 yıl (Ytterberg et al., 2017) ve 60,8±13,6 yıl (Harris et al., 2016) şeklinde görülmüştür. İnme riski yaşla orantılı olarak arttığı ve 55 yaşından sonra her on yılda bu riskin 2 kat yükseldiği belirtilmiştir (Midi ve Afşar, 2010). İnme geçiren hastaların %75–80'inin 65 yaş üzerinde olduğu belirtilmiştir (Russo et al., 2011).

Bu çalışmada hastaların yatış süreleri ortalama 21,04±17,75 gün şeklinde bulunmuş olup (Tablo 3); Laurent et al. (2011) inmeli hastalar ile yaptıkları çalışmada hastaların hastanede yatış süresi ortalamaları 14,0±14,7 gün olmak üzere benzer sonuçlar bulunmuştur.

7. 1. 2. Bakım Vericiye Ait Bulguların Değerlendirilmesi

Bu çalışma da bakım vericilerin yaş ortalamaları 48,37±12,27 yıl bulunmuştur (Tablo 4). Fertelli ve Tuncay (2019), inmeli hastaların bakım vericileriyle yaptığı çalışmasında bakım vericilerin yaş ortalamalarını 41,8±12,11 yıl; Metin ve Helvacı

(2019) kalp yetersizliği olan hastaların bakım vericileri ile yaptığı çalışmasında bakım vericilerin yaş ortalamalarını 50,74±12,68 yıl olarak saptamıştır.

Çalışmamıza katılan bakım vericilerin çoğunluğunun evli olması, sosyal güvencesinin bulunması, ilköğretim mezunu olması, eşi ve çocukları ile yaşaması ve gelirinin yeterli olması; Tuna ve Olgun'nun (2010) inmeli hastaların bakım vericileri ile yaptığı çalışmanın bulgularıyla benzerdir (Tablo 4).

Bu çalışmada bakım vericilerin %64,1'i kadın ve %53,3'ü hastanın çocuğudur (Tablo 4). Bahadır ve Ata'nın (2017) nörolojik rahatsızlığı olan hastaların bakım vericileri ile yaptığı çalışmada bakım vericilerin %68,7'si kadın ve %48,4'ü hastanın çocuğudur. Eğilli ve Sunal'ın (2017) demanslı hastaya bakım veren bakım vericiler ile yaptığı çalışmada bakım vericilerin %68,8'i kadın ve %51,1'i hastanın çocuğudur. Can'ın (2010) nörolojik rahatsızlığı olan hastaların bakım vericileri ile yaptığı çalışmada bakımın kadınların sorumluluğu olarak kabul edildiği, geleneksel anlayış içerisinde bu rolün kadınların günlük hayatlarındaki görev ve sorumluluklarının devamı olarak görüldüğü bildirilmiştir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde bakım vericilerin çoğunluğunun kadın olduğu belirtilmiştir (Akyar ve Akdemir, 2009; Yıldırım ve ark., 2013; Skalla et al., 2013). İnmeli hastanın bakımı genellikle aile üyeleri tarafından karşılanmakta, aile üye ve yakınları bakım verici grubunu oluşturmaktadır (Limpawattana et al., 2013; Selçuk ve Avcı, 2016). Rinaldi et al. (2005) yaptıkları çalışmada hastaların bakım vericilerinin çoğunluğunun kendi çocukları olduğunu, daha sonraki sırayı ise eşlerinin devraldığını ifade etmiştir.

Bu çalışmada bakım vericilerin %48,5'inin hasta ile birlikte yaşadığı, %32,9'unun daha önce bakım deneyiminin bulunduğu, %40,1'inin hastanın bakımında destek/yardımcısının mevcut olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Koçak (2011), 110 inmeli hasta ve bakım vericisiyle yaptığı çalışmada bakım vericilerin %88,9'unun hasta ile birlikte yaşadığı, %45,8'inin hastanın bakımında yardım almadığı, %41,7'sinin bakım konusunda deneyimli olduğunu saptamıştır. Kalınkara ve Kalaycı (2017), yaşlı bireylerin bakım vericileri ile bakım yükü tükenmişlik ve yaşam doyumu üzerine yaptığı çalışmada bakım vericilerin %70,8'inin hasta ile beraber yaşadığı, %56'sının hastanın bakımında başka bir kişiden yardım aldığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalar bakım vericilerin çoğunluğunun hasta ile birlikte yaşadığını

belirtmekte, bu durum bakım vericilerin hastanın çocuğu ya da eşi olmasına bağlanmaktadır (Özmen, 2015). Bakım vericilerin kişisel tercihlerine, sosyokültürel çevre ve aile stresörlerine bağlı olarak bu durum bu çalışmada olduğu gibi değişebilmektedir.

Çalışmamızda bakım vericilerin %77,8'inin bakımı ailevi sorumluluk olarak gördüğü, %61,7'sinin hastayı sevdiği, %40,1'inin bakım verecek başka kimse olmadığı, %1,8'inin evde bakım hizmetleri olmadığı için ve %4,8'inin bakım vermeden sağladığı kazanç diğer tabirle bakımın ekonomik katkısı nedeniyle bakım hizmeti verdiği bulgulanmıştır (Tablo 4). Koçak (2011) çalışmasında bakım vericilerin büyük çoğunluğunun bakımı ailevi sorumluluk olarak gördüğü ve hastayı sevdiği için bakım verdiğini; Kalınkara ve Kalaycı çalışmasında bakım vericilerin %90,9'unun bakımı ailevi sorumluluk olarak gördüğünü belirtmiştir (Koçak, 2011; Kalınkara ve Kalaycı, 2017). Türk kültüründe hasta ve yaşlı bireyin bakımı; hastanın aile üyeleri ve yakın akrabaları tarafından üstlenilmesi gereken görev ve sorumluluk olarak görülmekte, kültürel bir norm olarak içselleştirilmektedir (Yıldırım ve ark., 2013). Yaşlı ve hasta bireylerin aile üyeleri tarafından evde bakımının karşılanması kültürel özelliğimiz olarak görülmektedir (Özmen, 2013; Öztop ve ark., 2008).

7. 2. Tanımlayıcı Özelliklere Göre BVHOÖ, ASÖ ve MBI Farklılıklarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Bakım vermeye hazır oluşluk; fiziksel bakım ve duygusal destek sağlama, evde bakım ortamını oluşturma ve koordinasyonunu yönetme, bakım verme stresiyle başa çıkma gibi bakım verme rolünün boyutlarını yönetmek için algılanan bir hazır oluşu kapsamaktadır (Henriksson et al., 2012). Yapılan çalışmalar, nörolojik rahatsızlığı olan hastaların bakım vericilerinin yüksek düzeyde duygusal stres yaşadığını belirtmektedir (Wartella et al., 2009; Shaffer et al., 2016). Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin, bakımın olumsuz etkilerinden hasta ve bakım vericiyi korumak için, ani ve hazırlıksız olarak karşı karşıya kaldıkları bu yeni rolde bakım vericilerin hazır oluşluklarını değerlendirmeleri önemlidir (Henriksson and Årestedt, 2013; Pucciarelli et al., 2014).

Bu çalışmada; hasta yatış yeri, bakım vericinin bakım deneyimi durumu, bakım verme nedenleri, bakım vericinin hastaya yakınlık derecesi faktörlerine göre BVHOÖ (Tablo 6) ve ASÖ ortalamaları arasında istatistiksel farklılık belirlenmiştir (Tablo 7).

Hasta yatış yeri değişkeni incelendiğinde, serviste tedavi gören hastaların bakım vericilerinin BVHOÖ ortalaması yoğun bakımda tedavi gören hastaların bakım vericilerine göre daha yüksek (Tablo 6); ASÖ ortalaması daha düşük bulunmuştur (Tablo 7). Yoğun bakım ünitesi, planlanmamış ve ani gelişen bir olay sonrasında hastaların tedavi sürecinin sürdürüldüğü özellikli bir birimdir. Tedavisi yoğun bakımda sürdürülen hasta yakınları; ani gelişen ve hastanın yaşamını tehdit eden durum karşısında, sevdiği kişiyi kaybetme korkusu, şaşkınlık, öfke gibi yoğun strese neden olacak duygu durum içerisindedirler (Yardan ve ark., 2008). Yoğun bakım kavramı hem hasta hem de ailesi için önemli bir stresördür. Bu ünitelerin kapalı olması, monitörler infüzyon pompaları ventilatörler gibi karmaşık teknolojik cihazlarla donatılmış olması, ziyaretlerin sınırlı ya da tamamen yasak olması hasta ve aile üyelerinde strese neden olan çevresel faktörlerdendir (Gürkan, 2009; Özgürsoy ve Akyol, 2008). Ayrıca tedavisi tamamlanan hastaların yoğun bakımdan taburculuk ya da servise transfer süreci, hasta ve ailesinde yoğun bakım tedavi süreci kadar anksiyeteye yol açmaktadır. Ailelerin birçoğu yoğun bakımdan ayrılma sürecini olumlu değerlendirememekte, hasta bakımının ve izleminin aksayacağını düşünmekte, yeni ortamın güvenilirliği hakkında kaygılanmaktadır (Tel ve Tel., 2009). Buna göre; çalışmadan elde edilen bulguların literatür ile paralellik gösterdiği düşünülebilir.

Bakım vericinin bakım deneyimi durumu değişkeni incelendiğinde, bakım deneyimi olan bakım vericilerin; BVHOÖ ortalaması, deneyimi olmayan bakım vericilere göre daha yüksek (Tablo 6), ASÖ ortalaması daha düşüktür (Tablo 7). Malak ve Dicle (2008) beyin tümörlü hastaların bakım vericileri ve (2006) kanserli hastaların bakım vericileri ile yaptığı çalışmada, bakım vericilerin bakım deneyimi ve bakım yükü arasında anlamlı farklılık belirtmiştir. Bakım tecrübesi olan bakım vericilerin bakım yükünün daha az olması, bakım sürecine adaptasyonlarının daha iyi olduğunu göstermektedir (Mackenzie and Greenwood, 2012; Ghazzawi et al., 2016).

Bakım vericilerin hastaya yakınlık derecelerine göre BVHOÖ-ASÖ ortalamaları karşılaştırıldığında; inmeli hastaya bakım veren komşusu-arkadaşı olan bakım vericilerin BVHOÖ ortalaması, inmeli hastanın bakımını sağlayan diğer bakım vericilere göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 6). Hastanın kendi eşi, çocuğu ve akrabası olan bakım vericilerin ASÖ ortalaması, hastanın bakımını sağlayan diğer bakım vericilere göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 7). Örneklem grubu incelendiğinde, bakım vericilerin %64,1'i kadın ve %53,3'ü hastanın kendi çocuğudur (Tablo 4). Evde bakım hizmetleri; özel hemşireler ve evde hasta bakan hasta bakıcılar ile formal olarak ya da aile bireyleri tarafından informal olarak sürdürülmektedir. (Taşdelen ve Ateş, 2012). Hasta birey ve ailesi için birçok zorluk içeren inme, ani ve beklenmedik gerçekleştiği için aile, bakım rolüne hazırlanmakta zorlanmaktadır (Brereton et al., 2007). Aile yakınına bakım verme süreci bakım verici açısından oldukça stresli, psikiyatrik ve fiziksel hastalıklara yol açabilecek bir süreçtir ve bu süreçte bakım vericilerin kaygı düzeyleri yüksektir (Schulz and Martire, 2004). İnmeli hastaya bakım veren aile üyelerinin algılan stres ölçek ortalamasının yüksek (Tablo 7), bakım vermeye hazır oluşluk düzeyinin daha düşük bulunması literatüre uyumludur (Tablo 6). Bu çalışma ile aile dışındaki diğer bakım vericilerin bakım vermeye hazır oluşluk düzeyi, informal bakım vericilere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6).

Bakım verme nedenleri ve BVHOÖ-ASÖ arasında ilişki incelendiğinde, hastanın başka bakım vericisinin olmamasını bakım verme nedeni olarak düşünmeyen bakım vericilerin BVHOÖ ortalaması, bu nedenden dolayı bakım verenlere göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 6/Tablo 10). Ailevi sorumluluk ve hastaya duyulan sevgi nedeniyle bakım veren bakım vericilerin ASÖ ortalaması, bu nedenlerle bakım vermeyen bakım vericilere göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 7/Tablo 11). Bakım verme zorunluluğu hazır oluşluğu olumsuz etkilerken, hastaya duyulan sevgi yakınının endişelerini ve stresini arttırmaktadır. Alpteker (2008) 65 yaş üstü bireylerin bakım vericileri ile yaptığı çalışmasında; bakım vericilerin yaşlı bireye bakım verme nedenlerini sevgi, bakım verecek başka kimse olmaması ve kültürel normlar kaynaklı ailevi sorumluluk olarak belirtmiştir. Bakım verici statüsündeki aile bireylerinin anksiyetesinin yüksek olduğu bu sonuçla da desteklenmektedir.

Çalışmanın bir diğer sonucuna göre; hasta ile birlikte yaşayan bakım vericilerin bakım vermeye hazır oluşluk ölçek ortalaması, hasta ile birlikte yaşamayan bakım vericilere göre daha yüksektir (Tablo 6). Koçak (2011) 110 inmeli hasta ve bakım vericisiyle yaptığı çalışmada bakım vericilerin %88,9'unun hasta ile birlikte yaşadığını, Kalınkara ve Kalaycı (2017), yaşlı bireylerin bakım vericileri ile bakım yükü tükenmişlik ve yaşam doyumu üzerine yaptığı çalışmada bakım vericilerin %70,8'inin hasta ile beraber yaşadığını saptamıştır. Yapılan çalışmalar bakım vericilerin çoğunluğunun hasta ile birlikte yaşadığını belirtmekte, bu durum bakım vericilerin hastanın çocuğu ya da eşi olmasına bağlanmaktadır (Özmen, 2015). Henriksson ve Årestedt (2013) çalışmasında hasta ile birlikte yaşamanın hazır oluşluğu pozitif yönde etkilediğini belirtmiştir. Bu durum bakım vericinin bakım yükünün yanısıra yaşam çevresini değiştirmenin getireceği ilave güçlüklere bağlanabilir.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, hasta yaşı ve tedavi süreleri ile MBI ve BVHOÖ ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı ilişki mevcuttur (Tablo 8). İnme ile ilgili değiştirilemeyen en önemli risk faktörü yaştır. İnme riski 55 yaşından sonra her on yılda hem erkek hem de kadınlar için iki kattan daha fazla artmaktadır (Midi ve Afşar, 2010). Eskiyurt ve ark. (2005), Lin et al. (2000) çalışmalarında; inmeli hastaların fonksiyonel bağımlılığının ilerleyen yaşla birlikte arttığını bulgulamıştır. Ayrıca inme sonrası hastada görülen nörolojik ve fonksiyonel kayıplar sebebiyle hastaların hastanede yatış süreleri uzamaktadır (Nichols-Larsen et al., 2005).

7. 3. MBİ, BVHOÖ ve ASÖ Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Değerlendirilmesi

Bu çalışmada MBI ile BVHOÖ ortalaması arasında pozitif yönde; MBI ile ASÖ ortalaması arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur (Tablo 9). Bu sonuçlara göre; inmeli hastanın fonksiyonel bağımsızlık düzeyi arttıkça, bakım vericinin bakım vermeye hazır oluşluk düzeyi artmakta, stres düzeyi azalmaktadır. Uğur ve Çatıker (2017) evde bakım hastalarının bakım vericileri, Ateş ve Bilgili (2013) omurilik yaralanmalı hastaların bakım vericileriyle yaptığı çalışmada bağımlılık düzeyinin bakım stresini etkilediğini bulgulamıştır. Schumacher et al. (2008) çalışmalarında

bakım vericilerin bakım vermeye hazır oluşluk durumları ve hastaların bağımlılık düzeyleri arasında negatif yönde ilişki belirtmiştir.

Çalışmamızda BVHOÖ ortalaması ile ASÖ ortalaması arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur (Tablo 9). Bakım vericilerin hasta bakımının beraberinde getirdiği sorumlulukları yerine getirmeye çalışırken bakım verme konusunda kendilerini genellikle hazır hissetmedikleri belirtilmektedir (Schumacher et al., 2006; Zwicker, 2010). Hazır oluşluk duygusunun ve özgüven seviyesinin düşük olması, bakım vericinin stresini artırarak vereceği bakımın kalitesini ve sonuçlarını olumsuz olarak etkilemektedir (Given and Sherwood, 2006; Hendrix et al., 2016). King et al. (2010) yaptığı çalışmada, akut dönemde inmeli bireylerin bakım vericilerinin düşük düzey bakım verme hazırlığı ile artmış anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki belirtmiştir. Çalışmamız literatürle uyumludur.

7. 4. Sonuç

İnmeli hastaların bakım vericilerinin bakım vermeye hazır oluşluğu ve algıladıkları stresin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda; hastanın fonksiyonel bağımsızlığının, bakım vericinin bakım vermeye hazır oluşluluğu ve algıladığı stresi etkilediği ve bakım vericinin bakım vermeye hazır oluşluğu arttıkça, algıladığı stresin azaldığı görülmektedir.

Çalışma sonuçlarına göre, hasta yaşı ve tedavi süresi ile bakım vericinin BVHOÖ ve hastanın MBI puanı arasında negatif yönde ilişki bulundu. Buna göre; ileri yaşta olan ve hastanede kalış süresi fazla olan inmeli hastaların MBI puanın daha düşük/ bağımlılığının fazla olduğu ve bakım vericilerinin BVHOÖ'i puanının daha düşük/ bakım vermeye yeterince hazır olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Hasta yatış yeri, bakım vericilerin bakım deneyimi durumu, hastaya yakınlık dereceleri, bakım verme nedenleri ile BVHOÖ-ASÖ ortalaması arasında anlamlı ilişkiye varılmıştır. Bu sonuca göre; hastası yoğun bakımda yatan, bakım deneyimi olmayan, ailevi sorumluluk ve sevgi nedeniyle bakım veren, hastanın kendi çocuğu ya da eşi olan bakım vericilerin algıladığı stresi daha yüksek, bakım vermeye hazır oluşluğu daha düşüktür.

7. 5. Öneriler

İnmeli hastaların bakım vericilerinin bakım sürecine hazır hissetmesini sağlamak ve algıladığı stres seviyesini hayatında olumlu düzeyde tutabilmek için, hasta-bakım verici-aile üyeleri etkileşimini artıran ortamların oluşturulması konusunda bakım vericinin desteklenmesi ve ailenin diğer bireylerinin de dâhil edildiği hastalığın seyrine, komplikasyonlara ve bakım sürecinin yönetimine dair eğitim seansları düzenlenmesi önerilebilir. Eğitim seanslarının içeriği; hastanın fonksiyonel bağımsızlığının ilerletilmesi, ihtiyaç duyduğu fiziki destek yanısıra sosyal ve ruhsal desteğin belirlenmesi ve karşılanması, hastayla birlikte bakım vericinin de desteklenmesine dair girişimlerin belirlenmesi şeklinde düzenlenebilir.

Eğitim seansları ile birlikte bakım vericinin sürece adaptasyonunun daha hızlı sağlanması, hem hasta hem de bakım verici için iki taraflı pozitif kazanım

sağlanması beklenilmektedir. İnmeli hastanın bakım vericisinin bakım sürecine hazır oluşluğunun artırılması ile birlikte hastanın taburculuk sonrası inme komplikasyonlarına (aspirasyon pnömonisi, basınç yaraları, enfeksiyon vb.) bağlı olarak yeniden hastaneye yatış oranlarında azalma görülmesi beklenen yararlar arasındadır.

Bakım vericilerin bakım sürecine ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade edebilmesi, bu sürece dair olumlu-olumsuz deneyimlerini paylaşabilmesi, diğer bakım vericiler ile birlikte vakit geçirmelerinin sağlanması için kuruma grup toplantıları düzenlenmesi önerilebilir. Grup toplantılarının bakım vericilerin birbirleri ile etkileşiminin artırılmasına, dolaylı olarak sürecin yönetimine dair kişisel tecrübelerinin aktarılmasına olanak sağlayacağı düşünülmektedir.

İnmeli hasta ve bakım vericisinin taburculuk planlamasına, hastanın hastaneye yattığı ilk andan itibaren başlanması; taburculuk planına bakım vericinin maksimum düzeyde katılımı önerilmektedir. Taburculuk planı; bakım konusunda bakım vericinin endişelerinin giderilmesini, ihtiyaç duyduğu bilginin her an erişilebilir olmasını, hastanın rehabilitasyonunun planlanması ve sürdürülmesini içermelidir. Bakım vericiye bu konuda sağlık personeli tarafından danışmanlık sağlanmalıdır. Bakım vericinin hazır oluşluk ve stres düzeyinin ölçülmesi bakım sürecinde hem hasta hem de bakım verici için iyilik halinin sağlanmasında ve sürdürülmesinde önemli bir kriter ve gösterge olarak kullanılabilir.

8. KAYNAKLAR

Akın S. İnmede sekonder korunma. Türkiye Klinikleri İç Hastalıkları Hemşireliği-Özel Konular. 2015;1(1):1-12.

Akyar İ, Akdemir N. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2009;16(3):32-49.

Alankaya N. İnme sonrası yeti yitimi ve rehabilitasyonda hemşirenin rolü. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2019;23(3):195-201

Alpteker H. 65 yaş ve üstü bireylere evde bakım verenlerin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, Bolu (Danışman: Prof. Dr. F Gökdoğan).

Aranda S, Hayan WK. Home care givers of the person with advanced cancer: an australian perspective. Cancer Nursing. 2001;24(4): 300-305

Arsava M. Beyin damar hastalıkları ve demans. Ulusal hastalık yükü çalışması sonuçları ve çözüm önerileri. Hacettepe Üniversitesi, 2017, Ankara. http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal_program.pdf

Aşiret GD, Kapucu S. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. Turkish Journal Of Research & Development İn Nursing. 2012;14(2).

Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011;3(3):513-552.

Ateş E, Bilgili N. Omurilik yaralanmalı bireye bakım verenlerde stresle baş etme ve sosyal destek. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2013;15(3):1-12.

Avcı YD, Gözüm S, Özer Z. İnmeli hastaların ailelerinin, bakım verme yeterliliğini geliştirmek için yapılan girişimler: Sistematik derleme. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2016;10(3).

Bahadır Yılmaz E, Ata EE. Nörolojik hastalığı olan bireylerin bakım vericilerinin bakım veren yükü ile stresle başa çıkma biçimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Journal of Psychiatric Nursing. 2017;8(3).

Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW, Chamberlain AM, Chang AR, Cheng S, et al. Heart disease and stroke statistics—2018 update: A report from the American Heart Association. Circulation. 2018.

Bilgili N. Yaşlı bireye bakım veren ailelerin karşılaştıkları sorunların belirlenmesi. Hacettepe Universitesi, Doktora Tezi, 2000, Ankara (Danışman: Prof. Dr. G Kubilay).

Blanes L, Carmagnani MIS, Ferreira LM. Health-related quality of life of primary caregivers of persons with paraplegia. Spinal Cord. 2007;45(6):399-403.

Boehme AK, Esenwa C, Elkind MS. Stroke risk factors, genetics, and prevention. Circulation Research. 2017;120(3):472-495.

Brereton L, Carroll C, Barnston S. Interventions for adult family carers of people who have had a stroke: A systematic review. Clinical rehabilitation. 2007;21(10):867-884.

Brereton L, Nolan M. 'Seeking': A key activity for new family carers of stroke survivors. Journal of J Clin Nurs 2002;11(1):22-31.

Can T. Bakas Caregiving Outcomes Scale'in (Bakas Bakım verme Etki Ölçeği) Türkçe uyarlaması geçerlilik ve güvenirliliği. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2010, Denizli (Danışman: Prof. Dr. U Cavlak).

Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behavior. 1983;24:385-396.

Çapan BE. Yaşlı ile birlikte yaşamak: Stres ve başa çıkma. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2016; 9(2), 33-47.

Eğilli CS, Sunal N. Demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi. 2017;3(2):83-91.

Engin E. Anksiyete bozuklukları. İçinde: Çam O, Engin E, editörler. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2014. syf. 277-331.

Erdem M. Yaşlıya bakım verme. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005;8(3):101-106.

Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç. Algılanan Stres Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması güvenirlik ve geçerlik analizi. New Symposium Journal. 2013;51(3):132-140.

Eskiyurt N, Yalıman A, Vural M, Kızıltaş H, Bölükbaş N, Çeşme F, et al. İnmeli olguların özellikleri ve fonksiyonel durum sonuçları. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi. 2005;68(3):71-77.

Falvo D. Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability. 3rd ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers; 2005. pp. 1-24.

Feigin VL, Krishnamurthi RV, Parmar P, Norrving B, Mensah GA, Bennett DA, et al. Update on the global burden of ischemic and hemorrhagic stroke in 1990-2013: The GBD 2013 study. Neuroepidemiology. 2015;45(3):161-176.

Fertelli TK, Tuncay FÖ. İnmeli bireye bakım verenlerde bakım yükü, sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. Journal of Academic Research in Nursing. 2019. DOI:10.5222/jaren.2019.52386

Freedman VA, Hodgson N, Lynn J, Spillman BC, Waidmann T, Wilkinson AM, et al. Promoting declines in the prevalence of late-life disability: comparisons of three potentially high-impact interventions. The Milbank Quarterly. 2006;84(3):493-520.

Ghazzawi A, Kuziemsky C, O'Sullivan T. Using a complex adaptive system lens to understand family caregiving experiences navigating the stroke rehabilitation system. BMC Health Services Research. 2016;16(1):538.

Given B, Sherwood PR. Family care for the older person with cancer. Seminars in Oncology Nursing, WB Saunders. 2006;22(1):43-50.

Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Franco S, et al. Heart disease and stroke statistics—2014 update: A report from the American Heart Association. Circulation. 2014;129(3):28-290.

Güler A, Turgut N, Topaktas S, Topçuoglu MA, Sirin H, Kocaman AS, Uzuner N. Komplikasyonlarin tedavisi ve yoğun bakım: Türk beyin damar hastalıkları derneği inme tanı ve tedavi kılavuzu. Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi. 2015; 21(3): 153-160.

Gürkan A. Bütüncül yaklaşım: Yoğun bakımda hastası olan aile üyeleri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2009;13(1):1-5.

Harris GM, Collins-Mcneil J, Yang Q, Nguyen QC, Hirsch MA, Rhoads CF, et al. Depression and functional status among african american stroke survivors in ınpatient rehabilitation. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases. 2016;26(1):116-124.

Hendrix CC, Bailey DE, Steinhauser KE, Olsen MK, Stechuchak KM, Lowman SG, et al. Effects of enhanced caregiver training program on cancer caregiver's self-efficacy, preparedness, and psychological well-being. Supportive Care in Cancer. 2016;24(1):327-336.

Henriksson A, Andershed B, Benzein E, Årestedt K. Adaptation and psychometric evaluation of the Preparedness for Caregiving Scale, Caregiver Competence Scale and Rewards of Caregiving Scale in a sample of Swedish family members of patients with life-threatening illness. Palliative medicine. 2012;26(7): 930-938.

Henriksson A, Årestedt K. 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. 2013;27(7):639-646.

Henriksson A, Hudson P, Öhlen J, Thomas K, Holm M, Carlander I, et al. Use of the preparedness for caregiving scale in palliative care: A rasch evaluation study. Journal of Pain and Symptom Management. 2015;50(4):533-541.

Hinojosa MS, Rittman M, Hinojosa R, Rodriguez W. Racial/ethnic variation in recovery of motor function in stroke survivors: Role of informal caregivers. Journal of Rehabilitation Research & Development. 2009;46(2):223-232

Ingall T. Stroke-ıncidence, mortality, morbidity and risk. Journal of Insurance Medicine 2004;36:143-52

Işıkay CT. Akut inmeye yaklaşım. Yoğun Bakım Dergisi. 2003;3(4):225-235

Işık K. Yaşlı hastaya evde bakım verenlerin yaşam doyumları ile bakım yükleri arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, Malatya (Danışman: Prof. Dr. B Erci).

İliçin G, Biberoğlu K, Süleymanlar G, Ünal S, Sönmez HM. İç hastalıkları: Özet Kitabı. İstanbul: Güneş Kitabevi; 2017. syf.1030-1090.

İnci FH, Erdem M. Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008;11(4):85-95.

Jauch EC, Saver JL, Adams HP, Bruno A, Connors JJ, Demaerschalk BM, et al. 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. 2013; 44(3): 870-947.

Kalınkara V, Kalaycı I. Yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2017;10(2): 19-39.

Kapucu S, Turkan SK, Fesci H. Family caregivers' difficulties in caring for bedridden stroke patients. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal. 2009;16(3):17-31.

Karadakovan A. Sinir Sistemi Hastalıkları. In: Karadakovan A, Eti Aslan F, editors. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım 2nd ed. Adana: Nobel Kitabevi; 2011. p.1191-1207.

Karaman NS, TUNCER T. Akut dönemde inme rehabilitasyonu. Turkiye Klinikleri Journal of Physical Medicine Rehabilitation Special Topics. 2016; *9*(1), 53-62.

Karaman S, Karadakovan A. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2015;31(1):1-10.

Karşıdağ Ç, Taktak Ş, Alpay N. Yetiyitimi kavramı ve ruhsal hastalıklarda rehabilitasyon. Düşünen Adam Dergisi. 2000;13(4):225-230.

King RB, Hartke RJ, Houle TT. Patterns of relationships between background characteristics, coping, and stroke caregiver outcomes. Topics in Stroke Rehabilitation. 2010;17(4):308-317.

Koç A. İnme'de günlük yaşam aktiviteleri. Gulhane Medical Journal. 2012;54(3).

Koçak G. İnmeli hastalarda bakım vericinin yükü. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Z Tülek).

Köseoğlu Toksoy C, Bölük C, Türk Börü Ü, Akın S, Yılmaz AY, Coşkun Duman S, et al. Stroke prevalence in a coastal town on the Black Sea Coast in Turkey: community based study. Neurology Research International. 2018. https://doi.org/10.1155/2018/8246123

Krishnamurthi RV, Feigin VL, Forouzanfar MH, Mensah GA, Connor M, Bennett DA, et al. 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. 2013;1(5):259-281.

Küçükdeveci AA, Yavuzer G, Tennant A, Süldür N, Sonel B, Arasil T. Adaptation of the modified Barthel Index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. Scandinavian Journal Of Rehabilitation Medicine. 2000;32(2):87-92.

Küçükgüçlü Ö, Esen A, Yener G. Bakım Verenlerin Yükü Envanteri'nin Türk toplumu için geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi. Journal of Neurological Sciences. 2009;26(1):15-24.

Laurent K, De Seze MP, Delleci C, Kolleck M, Dehail P, Orgogozo JM, et al. Assessment of quality of life in stroke patients with hemiplegia. Annals Of Physical And Rehabilitation Medicine. 2011;54(6):376-390.

Limpawattana P, Theeranut A, Chindaprasirt J, Sawanyawisuth K, Pimporm J. Caregivers burden of older adults with chronic illnesses in the community: A cross-sectional study. Journal of Community Health. 2013;38(1):40-45.

Lin JH, Hsiao SF, Chang CM, Huang MH, Liu CK, Lin YT. Factors influencing functional independence outcome in stroke patients after rehabilitation. The Kaohsiung Journal of Medical Sciences. 2000;16(7):351-359.

Link BJ, Phalen JC, Dovidio JF. Stigma and prejudice: One animal or two? Soc Sci Med 2008;67:358-67.

Livneh H, Antonak RF. Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A primer for counselors. Journal of Counseling & Development. 2005;83(1):12-20.

Mackenzie A, Greenwood N. Positive experiences of caregiving in stroke: A systematic review. Disability and Rehabilitation. 2012;34(17):1413-1422.

Malak AT, Dicle A. Burden of caregivers for patients with brain tumors and affecting factors. Turkish Neurosurgery. 2008;18(2):118-121.

Mecek F. Yeni kronik hastalık tanısı almış çocukların annelerinin bakım vermeye hazır oluşluklarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yeditepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2019, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. F Arslan).

Metin ZG, Helvacı A. Kalp yetersizliği hastalarına bakım veren aile üyelerinde algılanan bakım yükü ve etkileyen faktörler. Turkish Journal of Cardiovascular Nursing. 2019;10(22):59-66. DOI: 10.5543/khd.2019.59454

Midi İ, Afşar N. İnme risk faktörleri. Klinik Gelişim. 2010;10(1):1-14.

Mollaoğlu M, Özkan Tuncay F, Kars Fertelli T. İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2011;4(3):125-130.

Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, et al. Cushman M. Heart disease and stroke statistics-2016 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation. 2016;133(4):38-360.

Nichols-Larsen DS, Clark PC, Zeringue A, Greenspan A, Blanton S. Factors influencing stroke survivors' quality of life during subacute recovery. Stroke. 2005;36(7):1480-1484.

Oelofsen N, Richardson P. Sense of coherence and parenting stress in mothers and fathers of preschool children with developmental disability. Journal of Intellectual and Developmental Disability. 2006;31(1):1-12.

Özgürsoy BN, Akyol AD. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların ailelerinin gereksinimleri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2008;12(1):33-38.

Özkurt V. Bakım verenlerin bakım ihtiyacı riski: bakım alan kişinin mıknatıs etkisi. Senex: Yaşlılık Çalışmaları Dergisi. 2019;*3*(3), 4-18.

Özlü A, Yıldız M., Aker T. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği'nin şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Noropsikiatri Arsivi. 2009;46(1):38-42.

Özmen S. Multiple sklerozlu hastalara bakım verenlerin bakım yükleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Erzurum (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A Yurttaş).

Özmen ŞY. Türk kültüründe yaşlının yeri ve medyayla yaşlılığın değişen konumu. Milli Folklor. 2013;25(100):110- 119.

Öztop H, Şener A, Güven S. Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri yönleri. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2008;1:39-49.

Pucciarelli G, Savini S, Byun E, Simeone S, Barbaranelli C, Vela RJ, et al. Psychometric properties of the Caregiver Preparedness Scale in caregivers of stroke survivors. Heart & Lung. 2014;43(6):555-560.

Qiu Y, Li S. Stroke: coping strategies and depression among Chinese caregivers of survivors during hospitalisation. Journal of Clinical Nursing. 2008;17(12):1563-1573.

Rinaldi P, Spazzafumo L, Mastriforti R, Mattioli P, Marvardi M, Polidori MC. et al. Predictors of high level of burden and distress in caregivers of demented patients: results of an Italian multicenter study. International Journal of Geriatric Psychiatry: A Journal of the Psychiatry of Late Life and Allied Sciences. 2005;20(2):168-174.

Russo T, Felzani G, Marini C. Stroke in the very old: a systematic review of studies on incidence, outcome, and resource use. Journal of Aging Research. 2011.

Sacco RL. Vasküler Hastalıklar. In: Rowland LP, editör. Baslo B, Gürses C. Çeviri editörleri. Merritt's Neurology. 11. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri; 2008. syf. 273-346.

Scherbring M. Effect of caregiver perception of preparedness on burden in an oncology population. In Oncology Nursing Forum. 2002;29(6).

Schulz R, Martire LM. Family caregiving of persons with dementia: Prevalence, health effects, and support strategies. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2004;12(3):240-249.

Schumacher K, Beck CA, Marren JM. Famıly caregivers: Caring for older adults, working with their families. The American Journal of Nursing. 2006;106(8):40-49.

Schumacher KL, Stewart BJ, Archbold PG, Caparro M, Mutale F, Agrawal S. Effects of caregiving demand, mutuality, and preparedness on family caregiver outcomes during cancer treatment. In Oncology Nursing Forum. 2008;35 (1).

Selçuk KT, Avcı D. Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. SDÜ Saglik Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2016;7(1):1-9.

Shaffer KM, Riklin E, Jacobs JM, Rosand J, Vranceanu AM. Psychosocial resiliency is associated with lower emotional distress among dyads of patients and their informal caregivers in the neuroscience intensive care unit. Journal of Critical Care. 2016;36:154-159.

Skalla KA, Smith EML, Li Z, Gates C. Multidimensional needs of caregivers for patients with cancer. Clinical Journal of Oncology Nursing. 2013;17(5):500-506. DOI: 10.1188/13.CJON.17-05AP

Soner S. Alzheimer hastalık sürecinde bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları güçlükler ve sosyal hizmet. Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2017;3(2):375-387.

Şahan M, Satar S, Koç AF, Sebe A. İskemik inme ve akut faz reaktanları. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2010;19(2):85-140.

Şensöz NP, Börü ÜT, Bölük C, Bilgiç A, Çakmak ÖÖ, Duman A, et al. Stroke epidemiology in Karabük city Turkey: Community based study. Eneurologicalsci. 2018;10:12-15. https://doi.org/10.1016/j.ensci.2017.12.003

Taşdelen P, Ateş M. Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2012;9(3):22-29.

Tel H, Tay BN, Canbay M, Akaya İ, Yalçınkaya S. Kronik fiziksel hastalıklı yaşlılarda yeti yitimi ve depresyon. Florence Nightingale Hemşireliği Dergisi. 2014;22(2), 69-75.

Telford K, Kralik D, Koch T. J Adv Nurs 2006;55(4):457-64)

Toseland RW, Smith G, Mccallion P. Handbook of social work practice with vulnerable and resilient populations. Family Caregivers of the Frail Elderly, Columbia University Pres, US. 2001.

Tuna M, Olgun N. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda algılanan sosyal desteğin rolü. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2010;17(1):41-52.

Türk Börü Ü, Kulualp AŞ, Tarhan ÖF, Bölük C, Duman A, Zeytin Demiral G, et al. Stroke prevalence among the Turkish population in a rural area of Istanbul: A community-based study. SAGE open medicine. 2018;3(6).

Türk Dil Kurumu. Türk dil kurumu sözlükleri. 2018. Erişim Adresi: https://sozluk.gov.tr.

Tel H, Tel H. Transfer anksiyetesi; yoğun bakım hastası ve ailesinin ortak duygusal deneyimi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2009;13(1):24-29.

Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri. 2018. ([Http://Www.Tuik.Gov.Tr/Prehaberbültenleri=30626]).

Uğur Ö. Onkoloji hastalarına evde bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2006, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Ç Fadıloğlu).

Uğur HG, Çatıker A. Evde bakım hastalarının bakım vericilerindeki stres düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2017;35(3):115-122.

Uslu M. İnmeli hasta yakınlarına verilen eğitimin bakım vermeye hazır oluşluğa etkisinin incelenmesi. İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ö Yazıcı).

Utku U. İnme tanımı, etyolojisi, sınıflandırma ve risk faktörleri. Turkiye Fiziksel Tip ve Rehabilitasyon Dergisi. 2007; 53(Özel Sayı, 1):1-3.

Ünsar, S. İnmeli bireylerde cilt bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesine yönelik bakım uygulamaları. Türkiye Klinikleri İç Hastalıkları Hemşireliği-Özel Konular. 2015;1(1):31-35.

van den Heuvel ET, Witte LPD, Schure LM, Sanderman R, Jong BMD. Risk factors for burn-out in caregivers of stroke patients, and possibilities for intervention. Clinical Rehabilitation. 2001;15(6):669-677.

Visser-Meily A, van Heugten C, Post M, Schepers V, Lindeman E. Intervention studies for caregivers of stroke survivors: a critical review. Patient Education and Counseling. 2005;56(3):257-267.

Wartella JE, Auerbach SM, Ward KR. Emotional distress, coping and adjustment in family members of neuroscience intensive care unit patients. Journal of Psychosomatic Research. 2009;66(6):503-509.

Williams J, Pryor J. Rehabilitation and recovery processes. Acute Stroke Nursing. Williams J, Perry L, Watkins C (Eds.). Chapter 11, Blackwell Publishing, 2019;241-258.

Yardan T, Eden AO, Baydın A, Genç S, Gönüllü H. Acil serviste hasta yakınları ile iletişim. Eurasian Journal of Emergency Medicine. 2008;7(4):9-13.

Yeşil T, Uslusoy EÇ, Korkmaz M. Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;5(4), 54-66.

Yıldırım S, Engin E, Başkaya VA. İnmeli hastalara bakım verenlerin yükü ve yükü etkileyen faktörler. Nöropsikiyatri Arşivi. 2013;50(2):169-174.

Yıldız E, Dedeli Ö, Pakyüz SÇ. Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2016;13(3):216-225.

Yttberg C, Dyback M, Bergstrom A, Guidetti S, Eriksson G. Perceived impact of stroke six years after onset, and changes in impact between one and six years. Journal Of Rehabilitation Medicine. 2017; 49(8):637–643.

Zwicker D. Preparedness for caregiving scale. Movement Disorders. 2010;56(28):1-2.

9. EKLER

EK 1. Katılımcı Bilgi Formu

BAKIM VERİCİ TANITICI FORMU

Görüşme Tarihi;

A) Sosyodemografik Özellikler

1.Hasta ile yakınlık dereceniz nedir? (Ben hastanın .....'yım)

a)Eş b)Çocuk c) Anne/baba d) Kardeş e) Akraba f) Diğer (Komşu/arkadaş)

2.Cinsiyetiniz nedir?

a) Kadın b)Erkek

3. Yaşınız.....

4.Medeni durumunuz nedir?

a) Evli b) Bekâr/Boşanmış

5.Çocuk sahibi olma durumunuz..

a) Var b) Yok

6. Sosyal Güvenceniz..

a) Var b) Yok

7.Eğitim durumunuz nedir?

a) Okuryazar b) İlköğretim c) Lise d) Lisans e) Lisansüstü

8.Kiminle yaşıyorsunuz?

a) Eş b)Eş ve Çocukları c) Çocukları d) Yalnız e) Diğer…

9. Bir işte çalışıyor musunuz?

a) Evet b)Hayır

10. Gelir Durumunuz Nedir?

a) Gelir giderden fazla

b) Gelir gidere denk

c) Gelir giderden az

11. Gelirinizi yeterli buluyor musunuz?

a) Yeterli b)Yetersiz

B) Bakıma İlişkin Bilgiler

12. Hastayla birlikte yaşama durumunuz...

a) Hastayla birlikte yaşıyorum b) Hastayla birlikte yaşamıyorum

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 ve nasıl belirtiniz)……..

15. Hastaya bakım verme nedeniniz nedir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

a) Ailevi sorumluluk

b) Hastayı sevdiğim için

c) Bakım verecek başka kimse olmadığı için

d) Evde bakım hizmetleri olmadığı için

e) Ekonomik katkısı olduğu için

HASTA TANITICI FORMU

1. Hastanın Yaşı .....

2. Hastanın Cinsiyeti .....

3. İnme Tanısını Aldığı Süre.....

4. Sosyal Güvencesi...

a) Var b) Yok

EK 2. Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği

Aşağıda hastanıza bakım vermeye hazır oluşluk durumunuzu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla sorulmuş sorular ve her bir sorunun karşısında ne derecede hazır olduğunuzu gösteren "hiç hazır değilim", yeterince hazır değilim", kısmen hazırım", oldukça hazırım" ve tamamen hazırım" şeklinde ifadeler bulunmaktadır. Her bir soruyu dikkatli bir şekilde okuyarak sizin durumunuzu en iyi tanımlayan hazır olma düzeyinin altındaki boşluğa X işareti koyunuz. Son soruya bakım verme konusunda daha iyi hazırlanmak istediğiniz özel konuları kendiniz yazınız. Katkınız için teşekkür ederim.

	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. Algılanan Stres Ölçeği

Aşağıdaki sorular son bir ay içindeki düşünceleriniz ve duygularınızla ilgilidir. Her bir soruda sizden bu düşünceyi ya da duyguyu ne sıklıkta yaşadığınızı belirtmeniz istenmektedir. Bazı sorular birbirine benzer gibi görünse de aralarında farklılıklar vardır ve her soruyu ayrı bir soru olarak değerlendirmeniz gerekmektedir. Soruları okuduktan sonra size en uygun gelen seçeneği işaretlemeniz gerekmektedir. Katkınız için teşekkür ederim.

	Hiçbir Zaman	Neredeyse Hiçbir Zaman	Bazen	Oldukça Sık	Çok sık
1. Geçen ay, beklenmedik bir şeylerin olması nedeniyle ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?					
2. Geçen ay, hayatınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi ne sıklıkta hissettiniz?					
3.Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta, gergin ve stresli hissettiniz?					
4.Geçen ay, ne sıklıkta gündelik zorlukların üstesinden başarıyla geldiniz?					
5. Geçen ay, hayatınızda ortaya çıkan önemli değişikliklerle etkili bir şekilde başa çıktığınızı ne sıklıkta hissettiniz?					
6. Geçen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğinize ne sıklıkta güven duydunuz?					
7. Geçen ay, her şeyin yolunda gittiğini ne sıklıkta hissettiniz?					
8. Geçen ay, ne sıklıkta yapmanız gereken şeylerle başa çıkamadığınızı fark ettiniz?					
9. Geçen ay, hayatınızdaki zorlukları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
10. Geçen ay, ne sıklıkta her şeyin üstesinden geldiğinizi hissettiniz?					
11. Geçen ay, ne sıklıkta kontrolünüz dışında gelişen olaylar yüzünden öfkelendiniz?					
12. Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta, başarmak zorunda olduğunuz şeyleri düşünürken buldunuz?					
13. Geçen ay, ne sıklıkla zamanınızı nasıl kullanacağınızı kontrol edebildiniz?					
14. Geçen ay, ne sıklıkta problemlerin üstesinden gelemeyeceğiniz kadar biriktiğini hissettiniz?					

EK 4. Modifiye Barthel İndeksi

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

Modifiye Barthel indeksi kodlarının açıklanması:

I: İş yapmak için yetersizdir.

II: Çok bağımlıdır, iş yapmayı dener fakat emniyetsizdir.

III: Orta derecede yardıma gereksinimi vardır.

IV: Minimal yardıma gereksinimi vardır.

V: Tamamen bağımsızdır.

A-TRANSFER

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

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

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

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

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

B-AMBULASYON

0: Ambulasyonda bağımlıdır.

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

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

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

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

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

0: Tekerlekli iskemle ile ambulasyonda bağımlıdır.

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

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

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

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

C-MERDİVEN İNİP ÇIKMA

0: Hasta merdivenleri çıkamaz.

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

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

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

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

D-BESLENME

0: Tüm aşamalarda bağımlıdır, beslenmeleri gerekir.

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

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

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

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

E-GİYİNME

0: Hasta giyinmenin tüm aşamalarında bağımlıdır. Aktivitelere katılamaz.

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

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

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

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

F-KİŞİSEL BAKIM

0: Kişisel bakımın yapamaz, tüm aşamalarda bağımlıdır.

1: Tüm aşamalarda yardım gereklidir.

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

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

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

G-BANYO YAPMA

0: Banyo yapmada tam bağımlıdır.

1: Banyonun tüm aşamalarında yardım gereklidir.

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

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

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

H-TUVALET KULLANIMI

0: Tuvalet kullanımında tam bağımlıdır.

2: Tuvalet kullanımında yardım gereklidir.

5: El yıkama transferler veya giysilerini giyme çıkarmada yardım gereklidir

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

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

I-İDRAR İNKONTİNANSI

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

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

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

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

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

J-GAİTA İNKONTİNANSI

0: Hasta inkontinandır.

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

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

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

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