

T.C.

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

**İNME Lİ HASTALARA BAKIM VERENLERİN BAKIM
YÜKÜ VE BAKIMA HAZIR OLUŞLUKLARININ
HASTALARIN DUYGU DURUMLARINA VE
KONFORUNA ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kevser ÇAKMAK

İstanbul

Temmuz-2025

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

İNME Lİ HASTALARA BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜKÜ VE
BAKIMA HAZIR OLUŞLUKLARININ HASTALARIN DUYGU
DURUMLARINA VE KONFORUNA ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kevser ÇAKMAK

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER

İstanbul

Temmuz -2025

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Doç.Dr. Zülfünaz ÖZER

Üye Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Üye Doç. Dr. Berna DİNCER

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Enstitü Müdürü
Prof. Dr. Erhan İÇENER

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “ **İnmeli Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yüğü Ve Bakıma Hazır Oluşluklarının Hastaların Duygu Durumlarına Ve Konforuna Etkisi**” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmam da doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Kevser ÇAKMAK

ÖN SÖZ

Tez çalışmam süresince; engin bilgi ve tecrübeleriyle yoluma ışık tutan saygı değer Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK' e, anlayış ve desteğini esirgemeyen, eğitim ve meslek hayatımda örnek aldığım ve öğrencisi olmaktan mutluluk duyduğum saygıdeğer danışmanım Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER'e, Tez savunmamdaki katkılarından dolayı saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK ve Doç. Dr. Berna DİNCER' e, çalışmamın yürütüldüğü kurumda beni destekleyen Prof. Dr. Serkan DEMİR'e, eğitim hayatımı destekleyen sorumlu hemşireme, veri toplama sürecinde vakit geçirdiğim servislerdeki tüm meslektaş arkadaşlarıma, süreç içerisinde bana desteği ve emeği çok olan arkadaşım Derin ŞENLİK' e, çalışmaya katılan inmeli bireylere, hasta yakınlarına, yaşamım boyunca sonsuz destek ve sevgilerini hep hissettiğim çok değerli anneme, babama, kardeşlerime ve dostlarıma, teşekkürlerimi sunarım.

Kevser ÇAKMAK

İstanbul- 2025

ÖZET
İNME Lİ HASTALARA BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜKÜ
VE BAKIMA HAZIR OLUŞLUKLARININ HASTALARIN
DUYGU DURUMLARINA VE KONFORUNA ETKİSİ

KEVSER ÇAKMAK

Yüksek Lisans, İç Hastalıkları Hemşireliği

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER

Temmuz, 2025- 109 sayfa

Bu çalışmada inme hastalarına bakım verenlerin bakım yükü ve bakıma hazır oluşluklarının hastaların duygu durumlarına ve konforuna etkisi incelendi. Araştırma Eylül 2024-Mayıs 2025 tarihleri arasında inme tanısı konan hasta 100 hasta ve hasta yakını ile yapıldı. Verilerin toplanmasında, Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu, Bakım Bağımlılığı Ölçeği, Depresyon Stres Anksiyete Ölçeği, Genel Konfor Ölçeği- Kısa Formu, Bakım Veren Tanıtıcı Bilgi Formu, Bakım Yükü Ölçeği, Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği kullanıldı. Bakım verenlerin; Bakım Verme Yükü Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalaması $23,33 \pm 12,57$, Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalaması ise $24,18 \pm 5,56$ olarak saptanmıştır. Hastaların Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalaması $54,86 \pm 20,66$, Depresyon puan ortalaması 3.64 ± 3.54 , Stres puan ortalaması $3,02 \pm 2,99$ ve Anksiyete puan ortalaması ise $6,00 \pm 3,39$, Genel Konfor Ölçeği puan ortalaması ise $4,12 \pm 0,60$ 'dır. Yol analizi sonuçlarına göre, bakım verenlerin bakım verme yüklerinin hastaların bakım bağımlılığı ve genel konfor düzeyleri üzerinde negatif ve anlamlı bir etkiye; bakım vermeye hazır oluşluk düzeylerinin hastaların genel konfor düzeyleri üzerinde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır. Bakım veren bireylerin orta düzeyde bakım yükü yaşadığı; bakıma hazıroluşluk seviyelerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Hastaların depresyon ve stres düzeyi düşük, anksiyete düzeyinin yüksek ve konfor düzeylerinin de yüksek olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin bakım verme yüklerinin hastaların bakım bağımlılığı ve genel konfor düzeyleri üzerinde olumsuz bir etkiye; bakım vermeye hazır oluşluk düzeylerinin de hastaların genel konfor düzeyleri üzerine olumlu bir etkisi olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: İnme, bakım yükü, bakıma hazıroлуşluk, duygu durum, hemşirelik, konfor.



ABSTRACT

THE EFFECT OF CARE BURDEN AND CARE READINESS OF CAREGIVERS OF STROKE PATIENTS ON PATIENTS' EMOTIONAL STATES AND COMFORT

KEVSER ÇAKMAK

Master, Internal Medicine Nursing

Thesis Advisor: Assoc. Prof. Dr. Zülfünaz ÖZER

July, 2025- 109 Pages

In this study, the effects of caregivers' caregiving burden and readiness for caregiving on the emotional state and comfort levels of stroke patients were examined. The research was conducted between September 2024 and May 2025 with 100 patients diagnosed with stroke and their caregivers. Data were collected using the Patient Information Form, Care Dependency Scale, Depression Anxiety Stress Scale, General Comfort Questionnaire–Short Form, Caregiver Information Form, Caregiver Burden Scale, and Readiness for Caregiving Scale. The caregivers' mean total score on the Caregiver Burden Scale was 23.33 ± 12.57 , and their mean total score on the Readiness for Caregiving Scale was 24.18 ± 5.56 . The patients' mean score on the Care Dependency Scale was 54.86 ± 20.66 ; mean depression score 3.64 ± 3.54 ; mean stress score 3.02 ± 2.99 ; mean anxiety score 6.00 ± 3.39 ; and mean score on the General Comfort Questionnaire was 4.12 ± 0.60 . According to the path analysis results, caregivers' caregiving burden had a negative and statistically significant effect on patients' care dependency and overall comfort levels, whereas caregivers' readiness for caregiving had a positive and statistically significant effect on patients' overall comfort levels. It was determined that caregivers experienced a moderate level of caregiving burden and had a high level of caregiving readiness. The patients exhibited low levels of depression and stress, high levels of anxiety, and high levels of comfort. Overall, caregiving burden was found to negatively affect patients' care dependency and comfort levels, while readiness for caregiving positively influenced patients' comfort levels.

Keywords: Stroke, care burden, readiness to provide care, mood, nursing, comfort.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ.....	ii
ÖN SÖZ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
KISALTMALAR	xii
BİRİNCİ BÖLÜM	1
GİRİŞ	1
İKİNCİ BÖLÜM.....	6
GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. İnme Tanımı	6
2.2. İnme Epidemiyolojisi.....	7
2.3. İnme Risk Faktörleri	9
2.4. İnme Sınıflaması	9
2.5. İnmeli Hasta Tedavisi ve Bakımı	11
2.6. Bakım Verme	14
2.6.1. Bakım Vermenin Bakım Vericiler Üzerindeki Olumsuz Etkileri.....	16
2.7. Bakım Yüğü	18
2.8. Bakıma Hazıroluşluk	20
2.9. Duygu Durum Kavramı	22
2.9.1. Depresyon	23

2.9.2. Stres	24
2.9.3. Anksiyete	25
2.10. Konfor Kavramı	26
2.11. İnme ve Hemşirelik.....	28
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	31
GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	31
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	31
3.2.1. Dahil Edilme Kriterleri	31
3.3. Araştırmanın Değişkenleri	32
3.4. Veri Toplama Araçları	32
3.4.1. Hasta Tanıtıcı Formu	32
3.4.2. Bakım Bağımlılığı Ölçeği (BBÖ)	32
3.4.3. Depresyon, Stres, Anksiyete Ölçeği (DASS 21)	33
3.4.4. Genel Konfor Ölçeği- Kısa Formu (GKÖ-KF)	33
3.4.5. Bakım Veren Tanıtıcı Formu	34
3.4.6. Bakım Yüğü Ölçeği	34
3.4.7. Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği	35
3.5. Verilerin Toplanması.....	35
3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	35
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	36
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....	1
BULGULAR.....	1
BEŞİNCİ BÖLÜM.....	24
TARTIŞMA	24
ALTINCI BÖLÜM	34

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	34
KAYNAKÇA	37
EKLER	46
ÖZGEÇMİŞ	61



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 4.1: Bakım verenlerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	1
Tablo 4.2: Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı ve Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları.....	4
Tablo 4.3: Bakım verenlerin Demografik Özelliklerine Göre Bakım Verme Yüğü Ölçeğı ve Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeğı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	4
Tablo 4.4: Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	9
Tablo 4.5: Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı	10
Tablo 4.6: İnmeli Hastaların Bakım Bağımlılığı Ölçeğı, Depresyon, Stres, Anksiyete Ölçeğı ve Genel Konfor Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları.....	11
Tablo 4.7: İnmeli Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Bakım Bağımlılığı Ölçeğı, Depresyon, Stres, Anksiyete Ölçeğı ve Genel Konfor Ölçeğı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	12
Tablo 4.8: İnmeli Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Bakım Bağımlılığı Ölçeğı, Depresyon, Stres, Anksiyete Ölçeğı ve Genel Konfor Ölçeğı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	17
Tablo 4.9: Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yüğülerinin Hastaların Bakım Bağımlılığı, Depresyon, Anksiyete, Stres ve Genel Konforlarını Yordamasına İlişkin Yol Analizi Sonuçları.....	21
Tablo 4.10: Bakım Verenlerin Bakım Vermeye Hazır Oluşlarının Hastaların Bakım Bağımlılığı, Depresyon, Anksiyete, Stres ve Genel Konforlarını Yordamasına İlişkin Yol Analizi Sonuçları.....	23

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1. Bakım verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Hastaların Bakım Bağımlılığı, Depresyon, Anksiyete, Stres ve Genel Konforlarını Yordamasına İlişkin Yol Analizi	21
Şekil 4.2. Bakım verenlerin Bakım Vermeye Hazır Oluşlarının Hastaların Bakım Bağımlılığı, Depresyon, Anksiyete, Stres ve Genel Konforlarını Yordamasına İlişkin Yol Analizi	22



KISALTMALAR

AHA	: American Heart Association (Amerikan Kalp Derneği)
ASA	: American Stroke Association (Amerikan Anesteziyoloji Derneği)
DALY	: Disability Adjusted Life Year (Engellilik Ayarlı Yaşam Yılı)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DSM	:The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ESO	: European Stroke Organization (Avrupa İnme Organizasyonu)
GKS	: Glaskow Koma Skalası
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
NIHSS	: National Institutes of Health Stroke Scale (İnme Ölçeği)
SVH	: Serebrovasküler Hastalık
SVO	: Serebrovasküler Olay
TBDHD	:Türk Beyin ve Damar Hastalıkları Derneği
TDK	: Türk Dil Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

İnme; yaşamını devam ettiren kişilerde ciddi psikolojik ve fizyolojik engelle yol açan bir halk sağlığı sorunudur. İnme sonrası meydana gelen sekellere bağlı olarak hastaların fonksiyonel durumu etkilenmekte ve hastaların birçoğu bağımlı hale gelebilmektedir. Bu hastalar genellikle yakın çevresindeki insanlar olmak üzere farklı kişiler tarafından bakım desteğine ihtiyaç duymaktadırlar. İnme ani gelişen bir olgudur, hasta ve hasta yakınları için hayat koşulları bir anda değişmektedir. Hastalar günlük yaşamlarında bağımlılığı artarken, hasta yakınları da bakım kavramı ile tanışmaktadırlar. İnme geçiren hastaların bakım verenleri bakıma hazır olma durumları bakımın devamlılığı açısından önemlidir. İlk müdahaleyi sağlık kuruluşunda aldıktan sonra bireylerin tedavisi ve bakımı evde devam etmektedir (Yıldırım ve ark., 2013).

İnme, bireylerin yaşamını sürdürmelerine rağmen kalıcı zihinsel ve bedensel yetersizliklere yol açan, küresel ölçekte ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. İnme sonrası gelişen nörolojik hasarlar yalnızca bireyin yaşam kalitesini değil, aynı zamanda toplumun ekonomik yapısını da olumsuz etkilemektedir. Nitekim inmeye bağlı sakatlıkların, üretken nüfusta iş gücü kaybına ve dolayısıyla ülke ekonomisinde belirgin maddi zararlara neden olduğu belirtilmektedir (Ay ve ark., 2009). Araştırmalar, inme geçiren bireylerin yaklaşık yarısında günlük yaşam aktivitelerini bağımsız şekilde sürdürebilmeyi zorlaştıran fonksiyonel yetersizliklerin ortaya çıktığını göstermektedir. Bununla birlikte hastaların yaklaşık beşte biri, fiziksel bağımsızlığını tamamen yitirerek tam bakıma muhtaç hale gelmektedir. Akut dönemde hastane koşullarında gerçekleştirilen tıbbi tedavi ve bakım uygulamaları tamamlandıktan sonra, bireylerin rehabilitasyon ve destekleyici bakım süreçleri genellikle ev ortamında sürdürülmektedir (Yıldırım ve ark., 2013). Bu durum, evde bakımın sürekliliğini ve aile bireylerinin bakım sürecindeki rolünü ön plana çıkarmaktadır.

İnme tanısı alan bireylerde, fiziksel hareketliliğin azalmasıyla birlikte yaşam konforunda gözle görülür bir düşüş meydana gelmektedir. Fiziksel kısıtlılıkların yanı sıra depresyon, anksiyete ve sürekli yorgunluk gibi psikolojik ve sosyal etkiler, bireyin genel iyilik hâlini olumsuz yönde etkilemektedir (Karadakovan ve Çalışkan, 2020; Loubinoux ve ark., 2012). Bu kapsamda, konfor yalnızca fizyolojik rahatlıkla sınırlı kalmayan; ruhsal, sosyal ve çevresel faktörlerin dengeli biçimde sağlandığı bir bütünlük olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelik bakımında ise konfor, bireyin gereksinimlerine uygun biçimde düzenlenmiş çevresel koşullar altında yürütülen girişimlerin sonucunda elde edilmesi hedeflenen temel bir kavramdır. Başka bir deyişle, uygun bakım stratejileriyle desteklenen bir ortam, bireyin fiziksel iyileşmesinin yanı sıra psikososyal dengesini de güçlendirmekte ve bakımın etkinliğini artırmaktadır. Konfor terimi, kökenini Latince “confortare” sözcüğünden almakta olup “güçlendirmek, dayanıklılığı artırmak” anlamlarını taşımaktadır. Kavram, literatürde yalnızca fiziksel rahatlıkla değil, aynı zamanda bütüncül iyilik hâliyle ilişkilendirilmektedir. Sözlük tanımlarında; fizyolojik gereksinimlerin karşılanması, ağrı ve rahatsızlık hissinden kurtularak huzurlu olma, ruhsal sıkıntıların giderilmesi, desteklenme, teselli bulma, yatışma, güç kazanma, cesaretlenme, yardım görme ve yaşamın kolaylaşması gibi çok boyutlu ifadelerle açıklanmaktadır. Dolayısıyla konfor, bireyin yalnızca bedensel değil, duygusal ve sosyal yönleriyle de iç içe geçmiş bir denge hâlini ifade eder. Bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi alanlarda yeterli destek görmesi; kendini değerli hissetmesi, gereksinimlerinin karşılanması, tedaviye uyum sağlaması ve yaşam kalitesinin artması gibi unsurlar konfor düzeyinin yükselmesine katkı sağlamaktadır (Güleşen ve Üstün, 2020). Özellikle inme sonrası bireylerin büyük çoğunluğu, günlük aktivitelerini sürdürebilmek için başkalarının yardımına ihtiyaç duymaktadır. Bu süreçte bakım veren kişiler, hastaların akut tedavi aşamasından rehabilitasyon dönemine ve topluma yeniden uyum sağlama sürecine kadar hem bilişsel hem de fiziksel düzeyde kapsamlı bir destek sunmaktadır (Şirzai ve ark., 2015). Bakım verenlerin bu çok yönlü desteği, hem hastaların iyileşme sürecini kolaylaştırmakta hem de onların yaşam konforunu önemli ölçüde artırmaktadır.

Bakım, bireyin temel gereksinimlerini karşılama ve iyi olma hâlinin sürdürülmesine yönelik tüm çabaları kapsayan bir kavramdır. Türk Dil Kurumu (2024), bakımı; bireyin beslenme, giyinme ve benzeri ihtiyaçlarının giderilmesi ile onun sağlıklı gelişimine katkı sağlayan emek biçiminde tanımlamaktadır.

Bakım hizmetleri genel olarak formal ve informal olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Formal bakım, belirli bir ücret karşılığında profesyonel sağlık personeli tarafından yürütülen planlı hizmetleri ifade ederken; informal bakım, aile bireyleri, akrabalar ya da yakın çevredeki kişilerin gönüllü olarak sunduğu resmî olmayan destek biçimlerini kapsamaktadır (Özütürker ve Özütürker, 2023).

Çoğu durumda bakım veren kişiler, bireyin yakın akrabaları veya sık sık destek sağlayan dostları olmaktadır. Bakım süreci, bu kişilerin yaşamlarında önemli değişikliklere neden olmakta ve onları yeni sorumluluklarla karşı karşıya bırakmaktadır. Bakım veren birey, önceden deneyimlemediği birçok günlük yaşam etkinliğini üstlenmek durumunda kalmakta; bu da fiziksel yorgunluk, duygusal tükenmişlik ve sosyal yaşamda kısıtlanma gibi sonuçlara yol açabilmektedir. Dolayısıyla, bakım süreci yalnızca bakım alıcısını değil, bakım vericinin yaşam kalitesini ve ruhsal durumunu da doğrudan etkilemektedir.

Bakım rolünün getirdiği bu yük, bakım verenlerin hem bedensel hem de psikolojik sağlıklarının olumsuz yönde etkilenmesine, sosyal ilişkilerinin zayıflamasına ve yaşam biçimlerinde önemli değişikliklere neden olabilmektedir. Çapan (2016), bakım sürecinin olumsuz etkilerini dört başlıkta sınıflandırmıştır: bakım verenin fiziksel sağlığında bozulma, ruhsal sağlığında yıpranma, bakım alanla ilişkilerde gerilim yaşanması ve genel yaşam düzeninin bozulması. Ayrıca, bakım yükünün artması bireyleri, kendi sağlıklarını tehdit eden fiziksel ve metabolik rahatsızlıklara karşı daha hassas hale getirmektedir (Özütürker ve Özütürker, 2023).

Bakıma hazır olma kavramı, kronik hastalıkların akut alevlenmesi veya nüks etmesi, yaşlı bireyler, yatağa bağımlı hastalar, bakımın farklı bir boyutuna geçiş veya evde bakımdan önce kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakıma hazır olma durumlarının gözlemlenmesidir. Hastaya bakım verenlerin bakıma hazır oluşluk durumlarının belirlenmesi, taburcu olmadan ihtiyacı olan konularda eğitiminin desteklenmesi önemlidir (Karaman, 2014). Türk toplum yapısında aile, hastaların evde bakımında birincil sorumluluğu üstlenen temel unsurdur. Aile bireylerinin bu görevleri yerine getirirken hastalık süreci hakkında doğru bilgiye ulaşmaları ve gerekli desteği almaları, yaşadıkları kaygıyı azaltarak hem kendi uyum süreçlerini hem de hastanın iyileşme sürecini kolaylaştırmaktadır.

Ancak hasta yakınlarının evde bakım konusunda yeterli bilgiye ve uygulama becerisine sahip olmamaları, ağrı kontrolü, hastanın hareket ettirilmesi, günlük ihtiyaçların karşılanması, sağlık personeliyle iletişimin sürdürülmesi, ilaç tedavisinin uygulanması, semptom yönetimi ve hastanın duygusal tepkilerinin düzenlenmesi gibi alanlarda önemli güçlükler doğurmaktadır. Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin özellikle hemşirelerin, hastayı bütüncül biçimde değerlendirmesi; tedavi planlarını hasta ve ailesiyle birlikte gözden geçirmesi; evde bakım sürecine hazırlık konusunda danışmanlık sağlaması, bakımın sürekliliği açısından büyük önem taşımaktadır (Karaman ve Karadakovan, 2015).

Son yıllarda ortalama yaşam süresinin uzaması, bireylerin kronik hastalıklarla yaşadıkları süreyi de uzatmıştır (Yeşil ve ark., 2016). İnme, en sık rastlanan nörolojik acil durumlar arasında yer almakta olup erken müdahale edildiğinde önlenabilir bir sağlık problemidir. Gelişmiş ülkelerde ölüm nedenleri arasında kalp hastalıkları ve kanserin ardından üçüncü sırada, kalıcı sakatlıklara yol açan nedenler arasında ise ilk sırada bulunmaktadır. İnmeye maruz kalan bireyler, yalnızca fiziksel değil; psikolojik ve sosyal boyutlarda da yaşam kalitesini düşüren çeşitli zorluklarla karşı karşıya kalmakta ve bu durum artan bir bakım gereksinimini beraberinde getirmektedir (Molu, 2017).

Bakım verme süreci çoğu zaman fiziksel yorgunluk ve duygusal tükenmişlik gibi olumsuz sonuçlar doğurmakla birlikte, bazı durumlarda bireylerde anlam duygusu, kişisel gelişim ve olgunlaşma gibi pozitif kazanımlar da yaratabilmektedir. Alan yazında deneyimli bakım verenlerin, bir insana destek olmanın verdiği manevi doyumdan söz ettikleri ve bu süreci yaşamlarına anlam katan bir deneyim olarak gördükleri bildirilmektedir. Bununla birlikte, bakım yükünün artması; bireyin özsaygısında azalma, depresif belirtiler, uykusuzluk, sosyal geri çekilme gibi duygusal etkiler; boş zaman etkinliklerine katılımın azalması ve kendine bakım rollerinin zayıflaması gibi sosyal etkiler; gelir kaybı ve ek masraflar gibi ekonomik etkiler yaratmaktadır. Bu faktörlerin bir araya gelmesi, bakım veren bireylerin genel “iyi olma hâlini” ve yaşam kalitesini belirgin biçimde düşürmektedir (Yeşil ve ark., 2016). İnme geçirdikten sonra hemipleji gelişen bireylerde tedavi süreci oldukça uzun, zorlu ve çok yönlü bir bakım yaklaşımı gerektirmektedir.

Bu durum yalnızca hastayı değil, aynı zamanda ailesini de fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve manevi yönlerden derinden etkilemektedir. Bu nedenle hemşirelerin, inme sonrası dönemde hemiplejik hastaya ve ailesine yönelik bakım süreçlerini bütüncül bir yaklaşımla planlamaları büyük önem taşımaktadır (Molu, 2017).

Bütüncül yaklaşım, yalnızca bireyin hastalığını tedavi etmeye odaklanmakla kalmayıp, aynı zamanda kişinin hastalığa verdiği fiziksel, duygusal ve bilişsel tepkileri de göz önünde bulunduran kapsamlı bir bakım anlayışını temsil etmektedir. Bu yaklaşım doğrultusunda sunulan bakım, bireyin yaşam deneyiminde anlamlı ve olumlu değişiklikler oluşturur. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinde yaşanan yapısal ve işlevsel sorunlar, bakım uygulamalarının sıklıkla fiziksel gereksinimlerin karşılanması ve tedavi prosedürleriyle sınırlı kalmasına neden olmaktadır. Bu durum, bakımın rutinleşmesine, görev odaklı bir anlayışın hâkim olmasına ve hastaların psikolojik, sosyal ile spiritüel gereksinimlerinin göz ardı edilmesine yol açabilmektedir. Oysa bakım kavramının özünde, bireyin psiko-sosyal bütünlüğünü destekleyen profesyonel iletişim ve empati becerileri yer almaktadır (Aydemir ve Çetin, 2019).

Bütüncül sağlık hizmeti anlayışında, inme geçiren bireyler yalnızca fiziksel belirtileriyle değil, aile üyeleriyle birlikte sosyal bir bütün olarak ele alınmalıdır. İnme sonrası dönemde hastanın yaşam tarzında meydana gelen değişiklikler, bakım veren yakınlarının yaşam biçimlerini de doğrudan etkilemekte; bu durum hem bireysel hem de ailevi uyum süreçlerini yeniden şekillendirmektedir (Tuna ve Olgun, 2010).

Hemşirelik bakımında ise hemşirelerin sağladıkları destek, yardım ve iyileştirici girişimler, konforun sağlanması ve sürdürülmesi aracılığıyla somutlaşmaktadır. Konfor, bireyin yalnızca fizyolojik rahatlığıyla sınırlı olmayan; duygusal, sosyal ve ruhsal bileşenleri kapsayan karmaşık bir kavramdır. Kronik hastalıkların çoğunda, bireyin konfor düzeyi çeşitli yönlerden etkilenmekte; bu nedenle konforun güçlendirilmesi, hem hastanın sağlık sonuçlarının iyileşmesine hem de sağlığı geliştirme davranışlarının kalıcılığına katkı sağlamaktadır. Artan konfor düzeyi aynı zamanda bakımın kalitesini, hem hemşirenin hem de bireyin bakım sürecinden aldığı doyumunu yükseltmektedir (Çıtlık Sarıtaş ve ark., 2018).

Bu bağlamda gerçekleştirilen çalışmada, inme tanısı almış bireylere bakım sağlayan kişilerin bakım yükü ve bakıma hazır oluşluk düzeylerinin, hastaların duygu durumları ve konfor algıları üzerindeki etkisi kapsamlı biçimde incelenmiştir.

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. İnme Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization – WHO) inmeyi; ani başlangıç gösteren, yirmi dört saatten daha uzun sürebilen ya da ölümle sonuçlanabilen, damarsal kökenli, fokal veya yaygın serebral fonksiyon bozukluklarına yol açan klinik bir tablo olarak tanımlamaktadır. Bu tanıma; travma, enfeksiyon, tümör gibi nedenlerle gelişen beyin kanamaları veya infarktlar ile serebral iskemik sonucu ortaya çıkan geçici iskemik ataklar dâhil edilmemektedir (WHO, 2006). Literatürde bu hastalık, “felç”, “stroke”, “serebrovasküler hastalık (SVH)”, “beyin krizi” ve “apopleksi” gibi farklı terimlerle de adlandırılmaktadır (Avcı ve ark., 2016).

İnme yetişkinlerde görülen uzun süreli bağımlılığın en önemli nedenidir. Hastalık; bireyin yaşamında birçok fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik zorluklara yol açabilen çok yönlü bir sağlık sorunudur. Küresel bakış açısıyla toplumların yaşlanmasına paralel olarak inme giderek artan bir sağlık sorunudur (Karadakovan, 2017). Dolayısıyla serebrovasküler hastalıklarla mücadele hem önleme hem de tedavi süreçleri açısından, toplumsal düzeyde ele alınması gerekmektedir. Ölüm nedenlerinin araştırıldığı çalışmaların dünya prevelansına bakıldığında en çok ölüme sebep olan ikinci hastalık olarak tanımlanan inme, en fazla yaşam kalitesini etkileyen ve en fazla fonksiyon kaybına neden olan serebrovasküler hastalıktır (TÜİK, 2020).

İnme, beyni etkilediği bölgeye göre, geçirilme şiddetine değişiklik göstermekte olup konuşma, görme, bilinç düzeyi, el ayak koordinasyonu, bağırsak hareketlerinde bozulma gibi durumlarla birlikte aynı zamanda bireyde kalıcı sekeller oluşturabilmektedir. İnme beklenmedik ve hızlı gelişen bir durumdur. Birey bu hasarlarla karşılaştığında durumu yönetmekte zorlanabileceğinden hem maddi hem de manevi dünyası, çevre ilişkilerinin de etkilenmemesi kaçınılmazdır (Kunt ve Püllüm, 2021). ASA (American Stroke Association), FAST şeklinde kodladığı (Face, Arms, Speech, Time) belirtilerin hızlıca kontrol edilmesinin önemli olacağını vurgulamaktadır (ASA, 2022).

2.2. İnme Epidemiyolojisi

Erişkin dönemde görülen nörolojik hastalıklar arasında serebrovasküler hastalıklar (SVH), hem sıklığı hem de seyrinin ciddiyeti bakımından en önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir. Bu hastalık grubu içerisinde yer alan inme, yalnızca yüksek ölüm oranlarıyla değil, aynı zamanda sağ kalan bireylerde kalıcı nörolojik bozukluklara yol açmasıyla da öne çıkmaktadır. Bu nedenle inme, erişkin nüfusta engelliliğe neden olan hastalıklar arasında ilk sırada yer almakta; sağlık sistemleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sosyal bakım kaynakları üzerinde ciddi bir yük oluşturmaktadır (Ay ve ark., 2009).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verileri, inme geçiren bireylerin yaklaşık yarısının kalıcı nörolojik kayıplarla yaşamlarını sürdürdüklerini ve bu grubun önemli bir kısmının uzun süreli rehabilitasyon hizmetlerine gereksinim duyduğunu göstermektedir. Ayrıca, küresel ölçekte tüm ölümlerin yaklaşık %11,8'inin inme kaynaklı olduğu bildirilmektedir (WHO, 2018). Türkiye verileri de bu tabloyu desteklemektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nin en güncel raporuna göre; ülkemizde gerçekleşen ölümlerin %38,4'ü dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle meydana gelmekte, bu oranın %22,4'ü ise serebrovasküler hastalıklardan kaynaklanmaktadır (TÜİK, 2020). Bu veriler, inmenin hem bireysel hem de toplumsal düzeyde ne denli ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğunu açıkça ortaya koymaktadır.

Toplum genelinde yapılan epidemiyolojik araştırmalarda, iskemik inmelerin görülme sıklığının hemorajik inmelerden belirgin biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Verilere göre inmelerin yaklaşık %85–90'ı iskemik, %10–15'i ise hemorajik kökenlidir. Ancak, hemorajik inmelerin seyri çoğunlukla daha ağır olmakta; bu olgularda nörolojik defisitlerin daha derin, mortalite oranlarının ise daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Fırat ve ark., 2021). Güncel uluslararası kılavuzlarda, tüm inmelerin ortalama %87'sinin iskemik, %10'unun intraserebral hemoraji ve %3'ünün subaraknoid kanama kaynaklı olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte, subaraknoid kanamalar ayrı değerlendirildiğinde oranlar yaklaşık olarak %90 iskemik ve %10 hemorajik inme şeklinde yeniden dağılım göstermektedir (Virani ve ark., 2018).

İnme, dünya çapında mortalite ve morbidite nedenleri arasında üçüncü sırada yer almakta; yıllık ölümlerin yaklaşık 5,5 milyon kadarı bu hastalıkla ilişkilendirilmektedir.

Bunun yanında, 44 milyon engelliliğe göre ayarlanmış yaşam yılı (Disability Adjusted Life Year – DALY) kaybı meydana gelmektedir (Mukherjee ve Patil, 2021). DALY göstergesi, bireylerin sağlıklı yaşamdan yitirdikleri yılları ve toplum üzerindeki toplam hastalık yükünü yansıtan önemli bir halk sağlığı ölçütüdür (Kablan, 2018). Türkiye özelinde yapılan analizlerde ise, DALY açısından inmenin tüm hastalıklar arasında %5,9 oranıyla üçüncü sırada yer aldığı bildirilmektedir (Öztürk, 2014). Bu oran, yalnızca klinik açıdan değil, ekonomik ve sosyal maliyetler bakımından da inmenin ülkemizde ciddi bir yük oluşturduğunu göstermektedir.

Ülkemizde her yıl yaklaşık 132.000 yeni inme vakasının ortaya çıktığı, ayrıca inmenin neden olduğu komplikasyonlarla yaşamını sürdüren yaklaşık 191.000 bireyin bulunduğu ifade edilmektedir (Arsava, 2017). Bu rakamlar, sağlık sisteminin rehabilitasyon ve uzun dönem bakım gereksinimlerini karşılama konusunda sürekli bir iyileştirme sürecine ihtiyaç duyduğunu göstermektedir.

Avrupa’da durum benzer biçimde endişe vericidir. Avrupa İnme Derneği (European Stroke Organisation) ve Avrupa İnme Birliği (European Stroke Alliance) tarafından geliştirilen Avrupa İnme Eylem Planı (European Stroke Action Plan), inme sıklığındaki artışa dikkat çekmiş ve 2030 yılına kadar mutlak inme oranlarında %10’luk bir azalma hedefi ortaya koymuştur (Norrving ve ark., 2019). Ancak, mevcut eğilimler bu hedefin ulaşılabilir olabilmesi için etkili birincil korunma stratejilerine, toplum temelli eğitim programlarına ve sağlık sistemlerinde erken tanı–tedavi kapasitesinin artırılmasına ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Türkiye’de Küresel Hastalık Yüğü (Global Burden of Disease) kapsamında yapılan en güncel araştırmada, son otuz yıl içerisinde inme insidansında %117 oranında artış olduğu ve bu değerin 57,650 kişiden 125,350 kişiye yükseldiği belirlenmiştir (Tekin, 2023). Bu artış, yaşam süresinin uzaması, kronik hastalıkların yaygınlaşması, sedanter yaşam tarzı, hipertansiyon ve diyabet gibi risk faktörlerinin kontrolsüz seyri ile yakından ilişkilendirilmektedir. inme hem küresel ölçekte hem de Türkiye’de, mortalite ve morbidite açısından öncelikli sağlık sorunlarından biri olmaya devam etmektedir. Hastalığın görülme sıklığı ve yarattığı kalıcı etkiler, sadece sağlık sistemine değil; aynı zamanda ekonomik, sosyal ve psikolojik alanlara da geniş çaplı bir yük getirmektedir. Bu nedenle, inmenin önlenmesi, erken tanısı, etkin tedavisi ve rehabilitasyonu çok boyutlu, disiplinler arası bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır.

2.3. İnme Risk Faktörleri

İnme risk faktörleri genel olarak değiştirilemeyen ve değiştirilebilen olmak üzere iki grupta değerlendirilmektedir. Değiştirilemeyen faktörler; yaş, cinsiyet, etnik köken ve genetik özelliklerdir. Araştırmalara göre, tüm inmelerin yaklaşık %15'i, ileri yaşta görülen inmelerin ise %33'ü atriyal fibrilasyon (AF) ile ilişkilidir.

Majör risk faktörlerinin yanında; sigara ve alkol kullanımı, fiziksel hareketsizlik, obezite, kötü beslenme, uyku apnesi, hiperhomosisteinemi, hormon tedavileri, oral kontraseptif kullanımı, patent foramen ovale (PFO), antifosfolipid sendromu (APS) ve orak hücre hastalığı da inme gelişiminde etkili olmaktadır. Toplum düzeyinde inme sıklığının azaltılmasında, değiştirilebilir risk faktörlerinin tanımlanması ve kontrol edilmesi büyük önem taşır. Özellikle yüksek kan basıncının düzenlenmesi, tekrarlayan inme riskini belirgin ölçüde düşürmektedir (Fırat ve ark., 2021).

Hem iskemik hem de hemorajik inme açısından en temel risk etmeni hipertansiyondur. Yapılan çalışmalarda kan basıncının düşürülmesinin inme riskini anlamlı şekilde azalttığı bildirilmiştir (Şahan ve ark., 2010). Ayrıca yüksek kolesterol düzeyleri, karotis arter darlığı ve atriyal fibrilasyonun iskemik inme ile doğrudan ilişkili olduğu, bu durumların tedavisinin inme sıklığını azalttığı belirlenmiştir (Hankey, 2006).

Sistolik hipertansiyonu olan bireylerde gerçekleştirilen bir başka çalışmada ise, kan basıncının etkin şekilde kontrol altına alınmasının inme insidansında anlamlı bir azalma sağladığı gösterilmiştir. İnme risk faktörleri arasında en önemlilerinden biri de yaştır. Yapılan prevelans çalışmalarından elde edilen sonuçlarda yaş arttıkça inme riski de artmaktadır. İnme geçiren bireylerin yarısından fazlası 65 yaş üzerinde görülmektedir. Literatürde ileri yaş olan bireylerde tedavi sonrası inme riskinin azaldığı bildirilmiştir (Kunt ve Püllüm, 2021).

ASA, FAST şeklinde kodladığı belirtilerin hızlıca kontrolünün sağlanması, risk faktörlerinin farkına varılması inme tedavisine erken başlanması kalıcı sekellerin oluşmasını önlemek bireyin ileri yaşamını önemli derecede etkilemektedir (ASA, 2022).

2.4. İnme Sınıflaması

İnme etiyolojisine ilişkin yapılan ilk sınıflamalar, temelde lezyonun patolojik özellikleri dikkate alınarak oluşturulmuş ve bu doğrultuda inmeler iskemik ve hemorajik olmak üzere iki ana grupta değerlendirilmiştir.

Bu ayırım, inme nedenlerinin genel çerçevesini ortaya koymakla birlikte, hastalığın klinik seyrini açıklamada yetersiz kalmıştır. Zaman içinde görüntüleme teknikleri ve tanısal laboratuvar yöntemlerindeki gelişmeler, sınıflama sistemlerinin daha kapsamlı bir hale gelmesine olanak sağlamıştır. Özellikle nöroradyolojik, kardiyolojik, hematolojik ve biyokimyasal tetkiklerin klinik tanıya dâhil edilmesiyle, lezyonun yalnızca tipi değil, aynı zamanda yerleşim yeri, dolaşım mekanizması ve oluş şekli de değerlendirmeye alınmıştır.

Bu gelişmeler sonucunda, inmelerin nedenlerini daha ayrıntılı biçimde açıklayan yeni sınıflandırma yaklaşımları geliştirilmiştir. Bunlar arasında yer alan NINDS (National Institute of Neurological Disorders and Stroke) sınıflaması, inmeleri yalnızca patolojik bulgulara göre değil, aynı zamanda klinik özelliklerine ve semptom dağılımına göre tanımlayan en yaygın sistemlerden biridir. Bu sınıflama sayesinde, hastalığın prognozunu değerlendirmek, uygun tedavi planını belirlemek ve rehabilitasyon sürecini yönlendirmek kolaylaşmıştır. Ayrıca, etiyolojik temelli bu ayırımların yapılması, epidemiyolojik araştırmalarda inme alt tiplerinin dağılımını incelemeyi ve önleyici stratejilerin geliştirilmesini de mümkün kılmaktadır (Utku ve Çelik, 2009).

İnme, gelişim mekanizmasına göre iki ana gruba ayrılır: iskemik inme ve hemorajik inme. İskemik inme, genellikle beyin damarlarında meydana gelen tıkanıklık ya da ciddi daralmaya bağlı olarak yeterli kan akışının oluşamaması sonucu ortaya çıkar. Buna karşılık, hemorajik inme, beyin damarlarının yırtılması sonucu kanın beyin dokusuna sızmasıyla oluşur; bu durum çoğunlukla anevrizma rüptürü, kafa travması ya da bazı durumlarda kendiliğinden gelişen damar yırtılmaları neticesinde meydana gelir (Fırat ve ark. 2021). SVH' lar hastanede tedavi gerektiren nörolojik bir hastalıktır. En sık görülen inme iskemik inmedir. Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde serebrovasküler hastalık çeşitlerinde iskemik inme hemorajik inmeye göre daha fazla görüldüğü saptanmıştır. İskemik inme tedavisinde amaç, nörolojik hasarı azaltmak, gelişebilecek ciddi darlık ve tıkanmanın getirebileceği hasarları önlemek, hastanın yaşamsal iyiliğini kolaylaştırabilecek önlemleri almak olmalıdır (Şahan ve ark., 2010).

2.5. İnmeli Hasta Tedavisi ve Bakımı

İnme şüphesiyle sağlık kuruluşlarına başvuran bireylerde en sık rastlanan klinik belirtiler arasında konuşma yetisinde bozulma ve vücudun bir yarısında gelişen kısmi güçsüzlük yer almaktadır. Bu bulgular genellikle hastalığın erken evresinde gözlemlenmekte olup, sağlık ekibine tanısal süreçte yön gösterici olmaktadır. Hastadan alınan ayrıntılı anamnez, bireyin geçmiş tıbbi öyküsünü, olası risk faktörlerini ve belirtilerin başlangıç zamanını ortaya koyarak inme olasılığını değerlendirmede önemli bir rol üstlenir. Bununla birlikte, tanının doğrulanmasında fizik muayene bulguları ile görüntüleme yöntemleri birlikte değerlendirilir ve klinik tablo bu veriler ışığında şekillendirilir (Uluturhan, 2023).

Hastane öncesi acil müdahale aşamasında, inme şüphesini hızlı biçimde değerlendirmek amacıyla FAST testi (Face, Arm, Speech, Time) uygulanır. Bu testte yüz asimetrisi, kol gücü kaybı ve konuşma bozukluğu gibi bulgular gözlemlenerek hızlı bir ön tanı oluşturulur. Ardından hastane ortamında gerçekleştirilen laboratuvar analizleri, radyolojik görüntüleme ve ayırıcı tanı testleri ile tanı kesinleştirilir (Çetinkaya, 2021). Klinik uygulamalarda en sık tercih edilen yöntem, hızlı sonuç alınabilmesi, kolay erişilebilir olması ve acil durumlarda pratik kullanım sağlaması nedeniyle bilgisayarlı tomografi (BT)'dir. Bunun yanı sıra, elektrokardiyografi (EKG) de kardiyak kaynaklı embolik olayların belirlenmesinde tamamlayıcı bir tanı aracı olarak kullanılmaktadır.

İnme tedavisinde yaklaşım, hastalığın tipine, şiddetine ve klinik bulguların süresine göre planlanır. Tanı konulduktan sonraki ilk adım, hastanın hemodinamik stabilizasyonunun sağlanması ve tedaviye uygun merkeze en kısa sürede ulaştırılmasıdır. Bu süreçte 112 acil sağlık personeli, hastayı olay yerinden güvenli biçimde nakletmek, solunum ve dolaşım kontrolünü sağlamak ve gerekli acil girişimleri başlatmakla görevlidir (Çetinkaya, 2021). Literatürde belirtildiği üzere, semptom başlangıcından sonraki ilk 4,5 saat, trombolitik tedavinin uygulanması açısından kritik bir zaman dilimidir. Bu süre içinde uygun merkeze ulaştırılan hastalarda damar tıkanıklığının erken açılması, beyin dokusunda kalıcı hasarın önlenmesini ve iyileşme olasılığının artmasını sağlar (Uluturhan, 2023).

İnmenin tanı ve tedavi yaklaşımlarını kapsayan uluslararası kılavuzlar, yalnızca akut tedavi önerilerini değil; aynı zamanda bilinen risk faktörlerinin yönetimi ve sekonder korunma stratejilerini de içermektedir. Kılavuzlardaki tedavi önerileri, farklı kanıt düzeylerine göre sınıflandırılmış olup, bu düzeylerin belirlenmesinde genellikle randomize kontrollü klinik çalışmaların sonuçları esas alınmaktadır (Fırat ve ark., 2021). Tüm rehberlerde ortak olarak vurgulanan husus, kan basıncının etkin biçimde kontrol edilmesinin, inmenin hem birincil hem de ikincil önlenmesinde büyük önem taşıdığıdır. Bu kapsamda, klinik rehberlerin büyük çoğunluğunda hedef kan basıncı değerinin 140/90 mmHg'nin altında tutulması önerilmektedir.

İnme sonrası bakım ve korunma yaklaşımlarında, kan basıncının kontrol altına alınması temel hedeflerden biridir. Bu konuda hazırlanan kılavuzların tamamında, yaşam tarzı değişikliklerinin ve farmakolojik tedavi uygulamalarının birlikte yürütülmesinin önemi vurgulanmaktadır. Düzenli egzersiz yapılması, tuz ve doymuş yağ alımının azaltılması, vücut ağırlığının dengede tutulması ve sigara-alkol tüketiminden kaçınılması, ilaç tedavisinin etkinliğini destekleyen önemli yaşam tarzı unsurlarıdır. Bu yaklaşımlar hem birincil inme riskini azaltmakta hem de tekrarlayan olayların önüne geçilmesine katkı sağlamaktadır.

Aterosklerotik kökenli iskemik inme ya da geçici iskemik atak (GİA) öyküsü bulunan bireylerde, hastalığın yinelenmesini önlemek amacıyla tüm klinik rehberlerde statin tedavisi önerilmektedir. Statinlerin, lipid düzeylerini düşürmenin yanı sıra damar duvarındaki inflamasyonu azaltarak endotel fonksiyonunu iyileştirdiği ve böylece serebral dolaşımın korunmasına yardımcı olduğu bildirilmektedir. Bu tedaviye ek olarak, hastalığın ilerlemesini önlemeye yönelik yaşam tarzı değişikliklerinin de tedavi planına dâhil edilmesi gerektiği ifade edilmektedir (Uzuner ve ark., 2015).

AHA/ASA (American Heart Association / American Stroke Association) kılavuzuna göre, aspirin ve antikoagülan tedavilerin birbirine üstün olmadığı; her iki tedavi seçeneğinin de hasta özelliklerine göre değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bununla birlikte, Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği (TBDHD) rehberi dışındaki diğer uluslararası kılavuzlarda, özellikle kardiyoembolik inmelerde antikoagülan ya da antiplatelet tedavilerin tercih edilmesi önerilmektedir (Kernan ve ark., 2014).

Kapsamlı bir inceleme yapıldığında, AHA/ASA kılavuzunun, tanımladığı risk faktörlerinin çeşitliliği, belirlediği tedavi hedeflerinin açıklığı ve ilaç seçiminde sunduğu ayrıntılı yönlendirmeler açısından diğer kılavuzlardan daha kapsamlı olduğu görülmektedir. Diğer uluslararası rehberler, bazı risk faktörlerini açık biçimde tanımlamasa da genel yaklaşım bakımından AHA/ASA önerileriyle büyük oranda örtüşmektedir.

Kılavuzlar arasındaki karşılaştırmalarda dikkat çekici farklar da bulunmaktadır. Örneğin, Çin İnme Kılavuzu'nda yaşam tarzı düzenlemelerine ilişkin önerilerin sınırlı olduğu; Kanada ve Avrupa İnme Örgütü (ESO) rehberlerinde ise kriptojenik inmeler için risk faktörlerine yönelik öneri sayısının az olduğu belirtilmiştir. TBDHD kılavuzunda ise, öneri ve kanıt düzeylerinin ayrıntılı olarak belirtilmemesi metodolojik bir eksiklik olarak değerlendirilmiştir (Fırat ve ark., 2021).

İskemik inme geçiren hastalarda akut bakım sürecinde hemşirelerin birincil amacı, hastanın yaşam bulgularının stabilizasyonunu sağlamak ve hayati fonksiyonlarını korumaktır. Bu doğrultuda temel görevler arasında hava yolu açıklığının devamını sağlamak, solunum ve dolaşım durumunu izlemek, inme belirtilerinin klinik seyrini gözlemlemek, bilinç düzeyini değerlendirmek, oksijen saturasyonunu ve kan şekeri seviyesini izlemek yer almaktadır. Bu müdahaleler, hastanın hızlı bir şekilde uygun sağlık kuruluşuna ulaştırılmasıyla eş zamanlı yürütülmelidir (Sınıf 1; Kanıt düzeyi: A). Ayrıca, hastaların kardiyak ritminin sürekli monitörizasyonu da hemşirelik bakımının önemli bir bileşenidir ve bu uygulama inme kaynaklı kardiyak komplikasyonların erken saptanmasına olanak tanımaktadır (Sınıf 1; Kanıt düzeyi: B) (Akarca, 2023).

Framingham çalışması sonuçları, inmenin bireylerin yaşam fonksiyonları üzerindeki uzun dönemli etkilerini açık biçimde göstermektedir. Çalışmada 45–74 yaş aralığındaki inmeli bireylerin yirmi yıllık izleminde; olguların %31'inin öz bakım için yardım aldığı, %20'sinin ayağa kalkmakta zorluk yaşadığı, %71'inin iş yaşamında işlevsel kısıtlılıklarla karşılaştığı ve %16'sının kurumsal bakıma ihtiyaç duyduğu saptanmıştır (Karadakovan, 2017). Bu veriler, inmenin yalnızca akut dönemde değil, kronik süreçte de bireylerin bağımsızlık düzeylerini ve yaşam kalitelerini ciddi biçimde etkilediğini ortaya koymaktadır.

Hastanede tedavi gören inme hastalarının yaklaşık %80'i, hem hastanede yatış sürecinde hem de rehabilitasyon evresinde günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmek için aile bireylerinin desteğine gereksinim duymaktadır. Bu nedenle, bakım süreci yalnızca hastaya yönelik değil, aynı zamanda aile sistemini de kapsayan bir yaklaşım gerektirmektedir. Hastaların evlerine taburcu edilmesinin ardından, hem hasta hem de aile bireylerinin yeni yaşam biçimine uyum sağlayabilmesi, bakımın sürekliliği açısından büyük önem taşır. Bu süreçte ailelerin duygusal, sosyal ve bilişsel olarak desteklenmesi, inme sonrası rehabilitasyonun başarısını doğrudan etkilemektedir (Bilgili ve Gözüm, 2014).

2.6. Bakım Verme

Bakım, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hâlini sürdürmeye, geliştirmeye veya yeniden kazandırmaya yönelik bilinçli, sistemli ve etik temellere dayanan destek sürecidir (TDK, 2024). Bu süreç, sadece hastalıkların tedavisiyle sınırlı kalmayıp, bireyin yaşam kalitesini artırmaya ve onurunu korumaya yönelik çok yönlü bir yaklaşımı içerir. Bakım verme, bir bireyin ihtiyaç duyduğu sağlık, destek ve ilgi gereksinimlerini karşılamak amacıyla empati, bilgi ve sorumlulukla yürütülen insani bir etkileşim sürecidir. Bu eylem, yalnızca teknik becerilerle değil; aynı zamanda anlayış, sabır ve etik duyarlılıkla şekillenen hem fiziksel hem de duygusal düzeyde destek sunmayı kapsayan bütüncül bir hizmettir (Koçak, 2011).

Bakım verme, genel olarak formal ve informal olmak üzere iki temel kategoride değerlendirilmektedir. Formal bakım, profesyonel sağlık personeli tarafından sunulan, genellikle kamu kurumları ya da özel sağlık kuruluşları aracılığıyla organize edilen, ücretli ve sistematik bir hizmet türüdür (Aydın, 2021). Bu hizmetler, bireyin evinde sağlanabileceği gibi, hastane veya bakım evi gibi kurumsal ortamlarda da sunulabilmektedir. Öte yandan, informal bakım, profesyonel bir niteliğe sahip olmamakla birlikte, bireyin ailesi, yakınları, komşuları ya da sosyal çevresi tarafından gönüllü olarak üstlenilen bakım sürecini ifade etmektedir. Bu tür bakımda herhangi bir maddi karşılık söz konusu değildir ve hizmet, çoğunlukla duygusal bağ, sorumluluk duygusu ve toplumsal roller çerçevesinde şekillenmektedir (Özmen, 2015).

İnme hızlı ve ani gelişen bir durumdur. Dolayısıyla aile bireylerinden birinin başına geldiğinde genellikle kişiler bu duruma hazırlıksız yakalanmaktadır.

Türk kültürümüzde de bireylerin yakınlarına bakım vermeleri geleneksel olarak kişiden beklenmesi gereken özellikle birinci derece yakınları veya daha çok fiziksel anlamda yardım sunan arkadaşlardan beklenen bir davranıştır. Bireyler bu durumu görev ve sorumluluk olarak algılamaktadır. Bakım süreci tek yönlü değil, bakım verenlere yeni sorumluluklar yüklenmesine ve hayatlarının önemli ölçüde fiziksel, psikolojik, sosyal, duygusal ve ekonomik birçok alanda etkileyip hayatlarının farklılaşmasına neden olabilmektedir (Aşiret ve Kapucu, 2012).

Bakım verenler beklemedikleri bir anda kendilerini daha önce yapmadıkları günlük faaliyetler içerisinde bulur. Bu nedenle bakım verenlerin sadece fiziksel ve psikolojik sağlığı değil, aile, arkadaşlık, iş yaşantıları bakım rolünden kaynaklanan sorunlar sebebiyle olumsuz etkilenir (Çapan, 2016). İnmeli hastaların bakım vericilerinin bakım verme konusunda desteğe ihtiyaç duyduğu yapılan çalışmalar ile kanıtlanmıştır. Bakım verenlerin en çok üstlendiği işlere bakıldığında; hareket, boşaltım, banyo ve giyinmeye yardım etmek en çok yaptıkları işler arasında görülmektedir. Bakım kavramı doğru anlaşıldığında doğal olarak süreç ve hastanın bakımına, sağlığının gelişimine katkıda bulunacaktır (Özütürker ve Özütürker, 2023).

Bakım verenlerin bakıma hazır olmadıkları, sebebinin ise stres, depresyon ve kaygı durumlarıyla ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır. Bireyler kendilerini hazırlıksız hissetmekte, yeterli bilgiye de sahip değillerse süreç onlar için oldukça zor olmaktadır (Çekici, 2022).

Ay ve ark. (2017) yaptığı çalışma sonucu çıkan sonuçlara bakıldığında bakım verenlerin çoğunun da bir kronik hastalığa sahip olduğu ve psikolojilerinin etkilendiğini belirtmişlerdir.

Uluslararası kaynaklarda, inme geçirmiş bireylere bakım veren kişilerin ihtiyaçları, karşılaştıkları güçlükler ve destek gruplarına yönelik yaklaşımlar hakkında çok sayıda çalışma yer almaktadır. Özellikle son yıllarda yapılan araştırmalar, bakım verenlerin hem fiziksel hem de psikolojik yönden yaşadıkları zorlukları ayrıntılı biçimde ele almaktadır. İngiltere Ulusal İnme Klinik Kılavuzu'nda ise bakım verenlere ilişkin dört temel öneri sunulmaktadır:

1) Destek verilecek ailenin ihtiyaçları başlangıçtan itibaren ele alınmalıdır ve bilgi verilmelidir,

- 2) İnme servisleri bakıcılar üzerinde muhtemel stres açısından uyanık olmalıdır,
- 3) İlgili lokal ve ulusal servisler konusunda bilgi verilmelidir,
- 4) Bakım verenlerin streslerini azaltmak için aile destek çalışanları olmalıdır (Visser vd., 2005).

Ülkemizde ise bakım verenlerin sorunlarını değerlendiren çalışmalar sınırlı olup hangi durumlarda zorlandıkları çok iyi bilinmemektedir (Şirzai ve ark., 2015).

Bakım çevreden sosyal yardım alma, bakım verme samimiyetin artması, yakın kişilerle ilişkilerin kuvvetlenmesi, manevi doyum gibi olumlu değerlerin yanında bakım yükü kavramının da deneyimlenmesini sağlamaktadır (Çetinkaya, 2021).

2.6.1. Bakım Vermenin Bakım Vericiler Üzerindeki Olumsuz Etkileri

Bakım süreci, yalnızca bireyin temel gereksinimlerini karşılamakla sınırlı değildir; aynı zamanda günlük yaşamın düzenlenmesi, ev içi aktivitelerin planlanması ve uygulanması gibi birçok sorumluluğu da kapsayan çok boyutlu bir görev alanıdır (Aydın, 2022). İnme bireyi psikolojik, fiziksel, sosyal olarak etkileyerek yaşam kalitelerini düşürmektedir. Bu durum hem inmeli bireyi hem de ailelerini ruhsal açıdan etkilemektedir. İnmeli hastaların çoğu günlük hayatlarında bir başkasının desteğine ihtiyaç duymaktadır (King ve ark., 2010).

Hasta yakınları tarafından verilen bu bakım; kişisel bakım (beslenme, giyim, hijyen, vb.), sağlık bakımı (tedavi izlem, ilaç tedariği), alışveriş, alınan sosyal desteğin planlama, maddi yardım, aynı evde yaşama gibi birçok sorumluluğu kapsamaktadır. Bakım vericiler bakım verirken, aile ve arkadaş ilişkilerinden uzak kalmakta, sosyal etkinliklerden fedakarlık etmek zorunda kalmaktadır (Çekici,2022). Ayrıca bakım verme süresi arttıkça oluşan yükü birlikte bakım verenler dış etkenlere karşı daha hassas olmaktadır. Bakım sürecinin bakım vericiler üzerindeki olumsuz etkilerini fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal sorunlar olarak dört grupta kategorize edebiliriz (Çapan, 2016).

Bakım veren bireyler, uzun süreli bakım sürecinde çok boyutlu zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu süreçte; sürekli halsizlik, kronik yorgunluk, uyku düzensizlikleri, iştah azalması, dikkat ve odaklanma güçlüğü gibi fiziksel tükenmişlik belirtileri yaygın şekilde gözlemlenmektedir.

Ayrıca, eklem, bel, sırt ve boyun ağrıları ile fitik gibi kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları, bakımın fiziksel yüküyle doğrudan ilişkilendirilmektedir. Bakım sürecinin belirsizliği, yaşlının ve bakım verenin sağlık durumundaki olumsuz değişiklikler, sosyal destek yetersizliği gibi etkenler ise, anksiyete, duygusal yıpranma ve psikolojik gerilim gibi ruhsal sorunlara zemin hazırlamaktadır. Bununla birlikte, uzun süreli bakım ve tıbbi müdahale gereksinimleri, ekonomik açıdan da ciddi yük oluşturmaktadır. Özellikle yaşlı bireylerin gereksinim duyduğu bezin, özel beslenme ürünlerinin (örneğin mama), havalı yatakların, oksijen cihazlarının ve tekerlekli sandalyelerin temini, ev bütçesi üzerinde baskı yaratmaktadır. Tüm bu zorluklara ek olarak, bakım süreci boyunca sosyal yaşamdan kopma, arkadaş çevresiyle ilişkilerin zayıflaması, bireyin sosyal rolleri arasında çatışma yaşaması ve aidiyet duygusunun zedelenmesi gibi sosyal boyutlu sorunlar da sıkça rapor edilmektedir (Özütürker ve Özütürker, 2023).

Yapılan çalışmalarda bakım yükünü etkileyen faktörler arasında iletişim önemli bir etken olarak belirlendi. Hasta ile iletişimin bozuk olması, inmenin bıraktığı hasar kaynaklı da konuşmanın bozulması hem hasta birey için hem de hasta yakını için bakım yükünü arttıran bir faktördür. Aynı zamanda bakım verme üzerine yapılan bir diğer çalışmanın sonucunda; katılımcıların kendilerini mecbur hissetmeleri seçeneklerinin olması dâhilinde bakım vermeye gönüllü olmadıkları sonuçlanmıştır (Özkurt, 2019).

Özkurt (2019) çalışması sonucunda profesyonel sağlık hizmeti alan bireylerin yaşadıkları sorunların hem ulusal hem de uluslararası literatürle benzer olduğu görülmüştür. Bakım veren bireyler üzerinde yapılan araştırmalar, bakım sürecinin çok boyutlu bir yük oluşturduğunu ortaya koymaktadır.

Kalınkara ve Kalaycı'nın (2017) çalışmasında, bakım verenlerde en çok görülen yükün fiziksel yük olduğu tespit edilmiş, hasta yakınlarında kronik hastalık varlığı, sosyal hayatta bozulmalar olduğu gözlemlenmiştir.

Bakım verenlerin yaşadığı zorluklarında, çabuk öfkelenme, fiziksel ve psikolojik sağlık sorunları, günlük sosyal hayatının aksaması gibi şikâyetler görülmüştür (Özkurt, 2019).

2.7. Bakım Yüğü

İnme fiziksel aktiviteyi bozarak bağımlılığa neden olan kendine bakabilmeyi sınırlayan bir hastalık olduğundan, bakım veren kişi için yük artmaktadır. Bu durumu değerlendirmek ve süreci tanımlayabilmek kapsamlı bir iş tir. İnme sonrası bakıma ihtiyaç duyan bireylerle ilgilenen bakım vericiler, sürecin getirdiğı çok yönlü sorumluluklar nedeniyle önemli düzeyde bakım yüküyle karşı karşıya kalmaktadır (Koçak, 2011).

Bakım yükü, bakım veren bireylerin kişisel deneyimlerine ve algılarına bağılı olarak şekillenen, kendi iç dünyalarında oluşturdukları anlam çerçevesinde sergiledikleri davranışlar ve duygusal tepkilerle ortaya çıkan bir durumdur. Bu yük, öznel bir nitelik taşır; dinamik yapısı gereğı zamanla değişebilir ve bireyden bireye farklılık gösterebilir (Yeşil ve ark., 2016).

Bakım veren kişilerin bakım verme sürecinde üzerindeki olumsuz etkilendiklerini ortaya koymaya çalışan araştırmacılar yük kavramından bahsetmişlerdir. Bakım yükü sınıflandırılmasında nesnel ve öznel yük başlıkları öne çıkmaktadır. Hastalığın doğrudan ortaya çıkarttığı somut yapıda durumlar nesnel yük olarak tanımlanmıştır. Ekonomik yardımlar, aile ve arkadaş bakım verme sürecindeki durumuna karşı gösterdiği tutum ve duygusal tepkiler öznel yük olarak tanımlanmıştır. Nesnel yük somut olmasından dolayı kolay belirlenirken, öznel yükte bireysel algıların ölçülmesinin kolay olmadığı belirtilmiştir (Erdem, 2019).

Casado ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmanın meta-analiz bulguları, bakım veren bireylerde öznel yük algısının artmasıyla birlikte algılanan sosyal desteğin azalma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Bu durum, bakım yükünün bireylerin sosyal ilişkilerini zayıflatarak destek ağlarına ulaşımının sınırlandırabileceğini düşündürmektedir.

Nesnel yük ve öznel yük birbirleri içerisinde güçlü bir ilişki barındırmaktadır. Bu iki yük birbirini etkilemektedir. Öznel yük kişisel algı ile ilgilidir ve bakım yükünün belirlenmesinde güçlük yaşatmaktadır. Bu nedenle bakım vericilerin bakım düzeyi belirlenirken nesnel yük daha ölçülebilir ve gözlemlenebilir veriler sağladığı için daha sağlam bir dayanak sunmaktadır (Yumuşak, 2024).

İnformal bakım vericilerin yükü ölçekler ile değerlendirilmektedir. Oluştulan ölçekler bakım yükünün her yönden değerlendirilmesini sağlamaktadır.

Değerlendirme araçlarının çoğu kanserli bireylere bakım veren hasta yakınları veya kronik hastalığa sahip bireylerin bakım vericileri için kullanılmıştır (Higginson ve Gao 2008; Honea ve ark., 2008). İnmede bakım veren bireylerin bakım yükünü etkileyen birçok faktör vardır. Bu faktörler hasta bireye veya bakım vericinin kendisine ait olabilmektedir. Hastaya ait özellikler arasında işlevsel kapasitede azalma, iletişimde bozulma, depresyon, hafıza kayıpları yer almaktadır Öte yandan, bakım vericinin özellikleri de bakım yükü üzerinde belirleyici bir rol oynamaktadır (Carod-Artal ve ark., 2009).

Araştırmalarda, bakım vericinin yaşı, cinsiyeti, çalışma durumu, eğitim seviyesi, hastayla olan yakınlık derecesi, kendi sağlık durumu, bakım için harcadığı zaman ve çaba ile aile ve toplumdan aldığı destek gibi faktörlerin bakım yükünü etkilediği bildirilmiştir. Bakım verme süresi saatinin artması da yükün artmasına neden olmaktadır (Carod-Artal ve ark., 2009).

Kars Fertelli ve Özkan Tuncay'ın (2019) yaptığı araştırmada, inmeli bireylere bakım süresinin bakım yükü üzerindeki etkisi incelenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre, en az üç ay boyunca bakım veren kişilerde bakım yükünün orta düzeyde arttığı, buna bağlı olarak yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etki görüldüğü belirlenmiştir. Ayrıca, bakım sürecine destek sağlayan kişi sayısındaki azalmanın, bakım yükünü daha da artırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

İnmeli hastaların nörolojik işlevlerinin hasarı nedeniyle birçok ek hastalık meydana gelmekte, bağımlılık seviyesi artmaktadır. Özellikle giyinme, beslenme gibi temel gereksinimleri yerine getirme de yarı veya tam bağımlı olan hastaların bakımları bakım yükünü oldukça arttırmaktadır. Bakım verenler de bu durumda bakım yükü kavramıyla daha ağır bir şekilde karşılaşmaktadır. Davranışların değişmesi bakım yükü üzerinde en önemli etken olarak tespit edilmiştir. Hastanın sözel iletişimi de bozulduğunda, doğru iletişim kurulamadığında bakım yükünü arttırarak duygusal strese neden olabilmektedir (Şirzai ve ark., 2015).

Brinda ve ark. (2014) çalışmasında bakım vericilerin ihtiyaçlarının stres oluşturduğu, bu durumların sağlık durumlarını etkilediği, sağlık sorunu geliştiğini bildirmişlerdir. Yapılan taramalarda sağlık sorunu gelişen kişilerde bakım yükü daha yüksek çıkmıştır (Çetinkaya ve Dönmez, 2023).

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde bakım vericilerin yaşadıkları anksiyetenin ilk hafta ve aylarda en yüksek olduğu, bu zamanlarda en fazla sorun ve yükü yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Zaman içinde duruma uyum sağladıklarını ancak anksiyetenin yerini depresif belirtilerin aldığını bildirmişlerdir. Aynı zamanda içinde bulunulan durumlar incelendiğinde koşullar, ekonomik durumlar, sağlık kuruluşlarına mesafe, ulaşım gibi faktörlerin varlığı bakım yükünü olumsuz etkilemektedir. Bakım verenlerin bakım verme süreleri ve rolleri sürecin içerisinde önemli bir noktadır ve bu süreler uzadıkça yaşanan yük artmaktadır (Şirzai ve ark., 2015).

Aynı zamanda hasta bireyin günlük yaşamdaki sözel ve fiziksel bağımlılığı da arttıkça bakım yükü artmaktadır. Bu durum bakım algısında önemlidir. Tükenmişliğin, huzursuzluğun, uykusuzluğun, ekonomik güçsüzlüklerin artması verilecek bakımın kalitesinde olumsuz etkilemektedir (Şirzai ve ark., 2015).

Bakım yükünü etkileyen değişkenlerden biri de bakım verenin yaşıdır. Literatür incelendiğinde çalışma sonuçlarından çıkan sonuçlara göre genç bakım verenlerin daha fazla yük taşıdığı ortaya çıkmıştır (Yıldırım ve ark., 2013).

Bakım yükü inme gibi bir ağır hastalıklarda bakım vericinin mental sağlığını korumak için, sürecin kolaylaştırılması adına bakım verici bakım konusunda eğitilmeli, psikososyal destek sürekli ve düzenli olarak sunulmalıdır. Bakım vericilerin yükünün incelendiği ve azaltmaya yönelik yapılan uygulamalarda hemşirenin rolü yönünden literatür tarandığında az sayıda çalışma olduğu gözlemlenmiştir. Yapılan birçok çalışma sonucuna bakıldığında çoğunlukla bakım yükü ve kalitesi arasında ters yönlü ilişki mevcuttur. Bakım yükünü arttıran faktörler belirlenmeli, sorunlara çözüm odaklı yaklaşılmalı, bireylerin ihtiyaçları karşılanmalı dolayısıyla yaşam kaliteleri üzerinde olumlu sonuçlar ortaya çıkmalıdır (Kapucu, 2012).

2.8. Bakıma Hazıroluşluk

İnmeli hastaların sağlık kuruluşlarında akut tedavi ve bakımı karşılanması sonrasında hastaların rehabilitasyon süreci evde devam ettirilmektedir. Hazır oluşluk; bireyin veya bakım vericinin, bakım sürecine bilişsel, duygusal ve pratik düzeyde uyum sağlayabilme kapasitesini ifade eden çok boyutlu bir kavramdır. Bu durum, bakım sürecine ilişkin farkındalık, gerekli bilgi ve becerilere sahip olma, bakım verme sorumluluğunu üstlenmeye yönelik gönüllülük ve psikososyal yönden hazır olma durumlarını içerir (Aydın, 2021).

Bakıma hazır oluşluk hem bakımın etkinliğini hem de bireye bakım veren kişinin uyum düzeyini belirleyen temel etkenlerden biri olarak kabul edilmektedir. Aynı zamanda, bu kavram bireyin mevcut kaynaklarını, destek sistemlerini ve stresle başa çıkma becerilerini de kapsayarak bakım sürecinin sürdürülebilirliğini doğrudan etkileyebilmektedir (Karaman, 2014). Bakıma hazır olma kavramı, kronik hastalıkların akut alevlenmesi veya nüks etmesi, yaşlı bireyler, yatağa bağımlı hastalar, bakımın diğer boyutlarının farkına varmak, evdeki bakımdan önce kronik hastalığı olan kişilere bakım verenlerin bakıma hazır olma durumlarının gözlemlenmesidir (Aydın, 2021).

Hasta bireye bakım verenlerin hazır oluşluklarının belirlenmesini hasta taburcu olmadan desteklemek, bilgilendirmek gerekir (Karaman, 2014). Toplumumuzda yetiştirilme rollerimize göre aile bireylerden biri hasta olduğunda bakımı üzerinde evdeki yakınlarına önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu sorumlulukları yerine getirirken destek kişi varlığı önemlidir. Hem hasta yakınlarının üzerine çok fazla yük binmeyecek, anksiyeteleri azalacak, hem de inmeli bireyin hastalığına uyum sağlamasına yardımcı olacaktır (Karaman ve Karadakovan, 2015).

Hasta yakınlarının evde bakım sürecinde karşılaştığı güçlükler, büyük ölçüde bilgi ve beceri eksikliklerinden kaynaklanmaktadır. Yeterli bilgi ve beceriye sahip olunmaması, bakım sürecinde ciddi aksaklıklara neden olarak hem hastanın sağlığını hem de bakım verenin iyi oluşunu riske atmaktadır. En çok zorlandıkları alanlar yapılan çalışma sonuçlarına bakıldığında; ağrı yönetimi, ilaç tedavisi ve takibi, etkili iletişim kurma, mobilizasyon, stres, depresyon gibi duygusal sorunların yönetiminde güçlük çekmektedirler (Karaman ve Karadakovan, 2015).

King ve ark. (2012) yaptıkları bakım verenlerin bakıma hazıroluşluklarının incelendiği çalışma sonucunda, bakım vericilerin kendilerini bakıma hazır hissetmediklerini bildirmişler, bu hazır olmama durumunun bireyin yaşadığı stres, depresyon gibi psikolojik sorunlarla baş etmekten kaynaklı olduğu bildirilmiştir.

Aydın'ın (2021) inmeli hastaların bakım vericilerinin bakıma hazır olma durumu ve algıladıkları stres ile ilgili yaptığı çalışmada, bakım denemiği olmayan, yakınlık derecesi eşi ve çocuğu olan bakım vericilerin algıladıkları stres daha yüksek, bakıma hazıroluşlukları ise daha düşük çıkmıştır.

Bakım veren kişinin hasta bireye ait resmi işlemleri, teknolojik faaliyetleri gerçekleştiremiyor oluşu da bakım kalitesini olumsuz etkilemektedir. Hastane de yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerin araştırıldığı bir çalışmada, hastaların ihtiyaçlarını karşılarken yarı bağımlı oldukları, ileri yaş ve kronik hastalık varlığı bireylerin bakım bağımlılığı düzeylerini arttırdığı saptanmıştır (Akarca, 2023).

Bakım veren bireylerin bakıma hazır oluşluk düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi gerektirmektedir. Bakım veren bireyler beklenmedik bir anda ortaya çıkan inme sonucunda kendilerini hazırlıksız şekilde bakım verici rolünde bulmaktadır; bu nedenle inmeli hastalara bakım veren bireylerin bakıma hazır oluşluk düzeyi ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmeleri gerekmektedir. Bu nedenle hemşirelerin eğitim ve danışmanlık rollerini kullanarak bakım verenlerin hastalık bilgi ve tutumların, bakıma yönelik beceri ve hazır oluşluk düzeyinin belirlenmesi gerekmektedir. Ek olarak hemşirelerin; bireylerin içinde bulunduğu, daha önce deneyimlemediği bu durumla baş etmesi, yaşanan problemleri çözme odaklı olmaları, sosyal destek almaları, streslerini yönetebilme, sağlığı koruma ve geliştirme gibi konularda bakım verenleri desteklemesi bakım verenin anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeyi azaltmakta, yaşam kalitesini artırmaktadır (Sözeri Eser, 2019).

Akarca (2023) çalışmasında belirttiğine göre; hastaların bakım gereksinimlerinin artması, bakım verenlerin üzerindeki fiziksel, duygusal ve sosyal yükü belirgin biçimde artırmakta; bu durum onları(n) yaşam kalitesinde anlamlı bir düşüşe yol açmaktadır (Akarca, 2023).

2.9. Duygu Durum Kavramı

Bireyin fonksiyonel bağımsızlığı azaldıkça, kendini başkalarına yük olarak görme eğilimi artar, bu da benlik saygısının düşmesine ve depresyon gibi duygusal sorunların ortaya çıkmasına yol açar. Sürekli bakım verme sürecinin yol açtığı fiziksel yorgunluk ve bakım vericinin sağlık sorunlarının artması, bireyde depresyon ve anksiyeteyi tetiklemektedir. Bu duygusal sorunların yoğunlaşması, bakım vericinin geçmişte bastırdığı çatışma ve hayal kırıklıklarını yeniden gündeme getirmesine ve bunun sonucunda ruhsal sıkıntıların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Aydın, 2022).

Duygusal bağ bireyleri toplum temelli yaklaşımlarında etkisiyle bireylere bakım verici görevini üstlenmeye mecbur kılmaktadır.

Bakım vericiler bu görevi üstlenirken en nitelikli kişi oldukları için değil, genellikle maddi ve manevi yönden uygun kişi oldukları için; bakım vermeyi aile içi sorumlulukları olarak gördükleri için üstlenmiştir (Doğan, 2014)

Bakım süreci, bakım vericiler üzerinde fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal açıdan önemli yükler oluşturabilir. Bu çok yönlü etkiler zamanla bakım veren kişilerin de kendi sağlık ve yaşam kalitelerinde olumsuzluklara yol açarak, onları da potansiyel bakım gereksinimi olan bireyler konumuna getirebilir. Bakım vericiler, yoğun sorumlulukları nedeniyle sosyal yaşantılarına yeterince zaman ayıramamakta, bu durum psikolojik dengelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Aydın, 2022).

2.9.1. Depresyon

Depresyon, bireyin duygu durumunda belirgin ve süregelen bir çöküntü ile karakterize olan, bilişsel, davranışsal ve fiziksel işlevselliği olumsuz yönde etkileyen çok boyutlu bir psikiyatrik bozukluktur (Kuş, 2016).

Depresyon, kişinin günlük yaşamını olumsuz etkileyen derin bir mutsuzluk hali ve enerjisizlik durumudur. Bu durumda, kişi kendini sürekli üzgün, umutsuz ve ilgisiz hisseder. Depresyonun temel özellikleri arasında, uzun süreli moral bozukluğu, önce keyif alınan aktivitelerden zevk alamama, enerji kaybı, uyku ve iştah değişiklikleri, konsantrasyon güçlüğü, kendini değersiz hissetme ve bazen ölüm ya da intihar düşünceleri yer alır. Bu belirtilerin en az iki hafta boyunca devam etmesi, depresyon tanısı için önemli bir ölçüttür (Çetinkaya, 2021).

Genellikle ilgi kaybı, enerji azalması, değersizlik düşünceleri, umutsuzluk, suçluluk duyguları, konsantrasyon güçlüğü ve gündelik işlevlerde belirgin aksama ile kendini gösterir. Depresyon, yalnızca bireyin içsel ruhsal dünyasını değil, aynı zamanda sosyal ilişkilerini, mesleki performansını ve genel yaşam kalitesini de derinden etkileyen bir durumdur. Klinik bir sendrom olarak depresyon; biyolojik, psikolojik ve çevresel etmenlerin etkileşimiyle ortaya çıkmakta ve bireyden bireye değişkenlik gösterebilen belirtilerle seyretmektedir. Alt yapısındaki sebep kaygı olabilir. Bireylerin sosyoekonomik durumu, eğitim düzeyi, kültürel yapısıda depresif belirtilerin ortaya çıkmasında etkilidir. Bu sebeple tanı ve tedavi süreci yakından takip edilmeli, işbirliği içerisinde değerlendirme yapılmalıdır (Doğan, 2014).

İnmeli hastalarda hastalığın gelişme seyri ve devam etmesine bağlı olarak depresif belirtilerle sıklıkla karşılaşmaktadır. İnme sonrası görülen bu belirtiler ile bireylerde enerji, azlığı, yorgunluk, isteksizlik, dikkat eksikliği gibi faktörler bireylerin günlük işlerini yerine getirmede bir dezavantaj olduğunu gösteren çalışmalar literatürde mevcuttur. İnmeli hastasına bakım veren bireylerde süreçten kaynaklı yaşadıkları zamanda kendini ihmal etme, değersiz hissetme, halsizlik, yorgunluk, anksiyete gibi etmenlerle kendini belli eden bir depresyon yaşayabilirler (Uluturhan, 2023).

Uluturhan (2023) çalışmasında belirttiği sonuca göre, bakım vericilerde depresyon görülme oranının yüksek olması bakım yükünü etkileyen bir faktördür. Bakım yükü arttıkça depresyon görülme düzeyi de artmaktadır.

2.9.2. Stres

Stres, kişinin karşılaştığı zorluklar veya talepler karşısında bedeninin ve zihninin gösterdiği tepki ve uyum sürecidir. Bu durum, kişinin denge halinde olduğu rahatlıktan uzaklaşıp hem fiziksel hem de duygusal olarak zorlanmasına yol açar. Stres, kısa süreli olduğunda motivasyon kaynağı olabilirken, sürekli ve kontrolsüz olduğunda sağlığı olumsuz etkileyen bir yük haline gelir (Cüceloğlu, 2007).

Stres, bireyin fiziksel ve sosyal çevresinden gelen taleplerin, kendi iç kaynaklarını aşacak şekilde yoğunlaştığı durumlarda ortaya çıkan, bedensel ve ruhsal dengeyi zorlayan bir direnç sürecidir (Doğan, 2014).

Stres kişide zorluk yaşıtan belirtileri, uyarıları ya da stres faktörlü ortaya çıkan cevabı tanımlayan bir ifadedir. Her bireyin strese cevabı farklıdır. Stresin kişiyi etkileme seviyesi stres kaynağının ani ya da sürekliliğinin olması, bireyin kişisel kaynakları, hayati önem derecesi, bireysel yapısı ve stresin kültürel veya toplumsal olarak paylaşılma derecesiyle bağlantılıdır. Stres algılandığında vücudumuz fizyolojik yanıtlar oluşturur. Fizyolojik yanıtlar zihinsel süreçlerle karşılıklı etkileşim içindedir; bedende ortaya çıkan değişimler, psikolojik durumu şekillendiren geri bildirimler olarak bireyin ruhsal deneyimine yansır. Bireylerin strese verdiği tepki ona yüklediği anlamlar, baş etme yöntemleri kişiden kişiye değişmektedir. Baş etme yöntemlerinde bilgilendirme konusunda hemşireler sürecin içerisinde olmalıdır (Çetinkaya, 2011).

Dumont ve ark. (2006) kanser hastalarına bakım verenlere yönelik yaptıkları çalışma sonucuna göre, stres düzeyinin büyük kısmının bakım verenlerde görüldüğü ve bakım yükü kavramıyla bağlantılı olduğu belirlenmiştir.

Bu destekler uzun soluklu olması nedeniyle, bakım vericilerde zamanla yorucu hem maddi hem manevi açıdan duygusal, fiziksel, psikolojik açıdan tükenmeye neden olabilecek aktivitelerdir. Bu durum nedeniyle zamanla bakım veren kendinde olumsuz baskı hissetmeye başlar. Literatürde, bakım vericilerin çoğu bu olumsuzluklara rağmen uygun bakımı vermekte buna rağmen psikolojik stres açısından olumsuz etkilenmektedirler (Koçak, 2023).

2.9.3. Anksiyete

Anksiyete sıkıntı verici hoşnutsuz belirtileriyle farklı duygu durumlarından uzaklaşan bir duygu durum biçimidir. Kaygılanma veya bunalım diye de adlandırabiliriz (Koçak, 2023).

Anksiyete, bireyin karşı karşıya olduğunu düşündüğü tehdit ya da belirsizlik durumlarına karşı geliştirdiği, yaygın ve süregelen bir endişe haliyle karakterize edilen, bilişsel, duygusal, fizyolojik ve davranışsal bileşenler içeren karmaşık bir psikolojik tepkidir. Anksiyete, organizmanın potansiyel tehlikelere karşı hazırlıklı olmasını sağlayan evrimsel bir mekanizma olmakla birlikte, bu tepkinin orantısız, sürekli ve işlevselliği bozacak düzeyde olması patolojik anksiyete durumunu oluşturur (Çetinkaya, 2011).

Yapılan araştırmalar incelendiğinde kadınlarda daha sık görüldüğü, sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklarda depresyondan önce görülmektedir. Anksiyete başlangıçta korku ve endişe tablosu oluştururken bireyin ruhsal sıkıntıları arttıkça panik atak şeklinde de gözlemlenebilir. Hastalığın seyrinin ortaya çıkardığı sorunlarla baş edemeyen hasta ve hasta yakınının artan kaygı seviyesi, olumsuz duygularının varlığı, çaresizliğe kapılmaları anksiyeteye yatkınlığı arttırmaktadır (Çetinkaya & Dönmez, 2023).

Anksiyete, yalnızca olumsuz bir duygu durumu olarak değerlendirilmemeli; aynı zamanda bireyin psikolojik gelişimine katkı sunan, uyarıcı ve koruyucu işlevler de üstlenen bir süreç olarak ele alınmalıdır. Belirli düzeylerde yaşanan anksiyete, bireyin çevresel tehditlere karşı dikkatini artırarak uyum sağlamasına yardımcı olurken, performansı destekleyen motive edici bir unsur da olabilir. Ancak bu sürecin hangi noktada uyum sağlayıcı olmaktan çıkarak uyumsuz, işlev bozucu bir nitelik kazandığını belirlemek hem klinik müdahale hem de bireysel iyilik hali açısından kritik öneme sahiptir (Özdemir, 2015).

Anksiyetenin bireysel performansı olumlu yönde etkilediği, işlevsellik açısından en verimli olduğu "en uygun uyarılmışlık düzeyi" bulunmaktadır. Bu düzeyin altında ya da üstünde seyreden anksiyete ise bilişsel ve davranışsal işlevlerde bozulmaya yol açabilmektedir (Özdemir, 2015). Yapılan çalışmalarda hastanın yakınına bakım bağlılığı arttıkça bakım verenlerin anksiyete düzeyleri istatistiksel olarak etkilediği saptanmıştır (Çetinkaya ve Dönmez, 2023).

Rafsten ve arkadaşlarının (2018) yürüttüğü, inme sonrası anksiyete düzeylerini değerlendiren 37 araştırmayı kapsayan sistematik bir meta-analiz çalışmasında, inme geçiren bireylerin ilk bir yıl içerisinde %29,3'ünde, ilk iki hafta içerisinde ise %36,7'sinde anksiyete bozukluğu geliştiği saptanmıştır. Bu bulgular, inme sonrasında bireylerin yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda psikolojik açıdan da derin etkiler yaşadıklarını ortaya koymaktadır.

İnme tanısı alan bireyler, hastalığın başlangıcından itibaren yoğun duygusal değişimlerle karşılaşmakta; bu durum onların hastalığı algılama biçimini ve genel yaşam tutumlarını önemli ölçüde etkilemektedir. Hastalığın nasıl algılandığı, bireyin manevi iyi oluş düzeyiyle yakından ilişkili görülmektedir. Ancak mevcut literatür incelendiğinde, inme geçiren bireylerde hastalık algısı ile manevi iyilik hali arasındaki ilişkiyi doğrudan ele alan çalışmaların sınırlı olduğu, bu iki kavramın etkileşimini bütüncül bir bakış açısıyla değerlendiren araştırmalara ise neredeyse hiç rastlanmadığı dikkat çekmektedir (Tekin, 2023).

2.10. Konfor Kavramı

Latince kökenli “confortare” sözcüğünden türetilen konfor kavramı, “güçlendirmek” anlamına gelmekte olup yalnızca fizyolojik gereksinimlerin karşılanmasını değil; bireyin ağrı, rahatsızlık ve stres gibi olumsuzluklardan uzak, desteklenmiş ve dengeli hissettiği bir durumu da ifade etmektedir (Güleşen ve Üstün, 2020). Konfor, hemşirelik bakımının temel bileşenlerinden biri olarak kabul edilmekte ve bireyin ruhsal boyutu ile yakından ilişkilendirilmektedir.

Bu kavram üzerine kuramsal çalışmalarıyla öne çıkan Kolcaba, konforu dört ana boyutta ele almıştır: fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel. Araştırmacıya göre konfor, holistik, çok katmanlı ve pozitif bir kavram olarak değerlendirilmelidir (Bozoğlan, 2022; Çınar Yücel, 2011). Kolcaba'nın geliştirdiği Konfor Kuramı, üç düzey ve dört boyuttan oluşan taksonomik bir yapıya sahiptir.

Bu düzeyler bireylerin gereksinim yoğunluğuna göre ferahlama, rahatlama ve üstünlük olarak sınıflandırılmaktadır. Gereksinimlerin ortaya çıktığı fiziksel, sosyokültürel, psikospiritüel ve çevresel alanlar ise kuramın temel boyutlarını oluşturmaktadır (Terzi ve Kaya, 2017).

Hemşirelik bakımında konfor kavramı, hemşirenin bilinçli ve planlı biçimde yürüttüğü, hasta ve ailesini merkeze alan nitelikli bakımın bir sonucu olarak tanımlanmaktadır. Konfor, birçok hemşirelik kuramcısı tarafından rahatlık gereksiniminin karşılanması ve rahatlama hissinin sağlanması olarak ifade edilmiştir. Yaşam boyunca birey için anlamlı bir ihtiyaç olarak kabul edilen bu kavram, bütüncül bakım anlayışının vazgeçilmez bir unsuru olarak görülmekte ve kökeni Florence Nightingale'in bakım felsefesine kadar uzanmaktadır (Demirel ve ark., 2024).

Bireylerde fonksiyon kaybı nedeniyle yaşam aktivitelerinde bağımlı hale gelmelerine neden olan inmede hastanın gereksinimlerinin konfor kuramı doğrultusunda belirlenerek bu gereksinimlerine yönelik veri toplanması ve hemşirelik girişimlerinin uygulanması, konfor düzeyinin yükseltilerek en üst düzeye ulaşması sağlanmaktadır (Kara ve ark., 2024).

Konfor, bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal gereksinimlerinin dengeli bir şekilde karşılandığı; çevresiyle olan etkileşiminde huzur, güvenlik ve iyilik hali hissettiği öznel ve dinamik bir durumdur. Bu kavram, yalnızca fiziksel rahatlıkla sınırlı kalmayıp; bireyin çevresel koşullara uyum sağlayabilmesi, duygusal olarak desteklenmiş hissetmesi ve bütüncül bir iyilik haline ulaşması gibi çok boyutlu bileşenleri içerir. Konforun varlığı, bireyin yaşam kalitesi, stresle baş etme kapasitesi ve sağlık sonuçları üzerinde doğrudan etkili olup, özellikle sağlık hizmetlerinde temel bir bakım hedefi olarak değerlendirilir. Bu nedenle konfor, hem bireyin algısına dayanan öznel bir deneyim hem de sağlık profesyonelleri tarafından desteklenmesi gereken profesyonel bir bakım boyutu olarak ele alınmaktadır (Güleşen ve Üstün, 2020).

Tanı alma ve hastalık süreçlerinde hastalar da gelişen fiziksel, psikolojik ve sosyal değişiklikler bireylerin konfor düzeylerini azaltmaktadır. Konfor algısını, hastaların yaşları, cinsiyetleri, hastalık süresi ve çevresel etmenler gibi faktörlerin etkilediği görülmüştür.

İncelenen çalışmalarda inme tanısı alan hastaların azalan fiziksel aktiviteleri, artan bağımlılıkları bireylerin konfor düzeylerini önemli ölçüde etkilemiştir. Konfor düzeyi bireyin yaşadığı stres, depresyon, psikososyal yönden yaşadığı sıkıntılarla azalmaktadır (Karadakovan & Çalışkan, 2020). Spiritüel boyutun konforun alt boyutlarından biri olması ve bu boyuttaki pozitif yöndeki bir artışın bireyin konforunu da pozitif yönde artırması beklenen bir sonuçtur (Bozoğlu, 2022).

2.11. İnme ve Hemşirelik

Hemşirelik disiplini; kuramsal altyapısı, araştırmaya dayalı kanıt üretimi ve doğrudan bakım uygulamaları olmak üzere üç temel bileşenden oluşur. Bu bileşenler, sürekli etkileşim ve geri besleme içinde hemşirelik biliminin gelişimini besler. Hemşirelik, insanı yalnızca biyolojik bir varlık olarak değil; sağlıklı ve hastalıklı hallerindeki bütüncül yapısıyla ele alan, onun fiziksel, psikososyal ve ruhsal gereksinimlerine duyarlı yaklaşan bir sağlık disiplini (Erol ve ark., 2016).

DSÖ, hemşireyi, belirli bir temel eğitim programını tamamlamış, kendi ülkesinde hastalıkların önlenmesi, hasta bakımı ve toplum sağlığını iyileştirme konusunda yetkin ve sorumluluk sahibi birey olarak tanımlamaktadır (Şentürk, 2013).

İnme hastalarının günlük yaşam aktiviteleri psikolojik, fizyolojik, ekonomik ve sosyal anlamda etkilenecek bireyleri bağımlı hale getirmektedir. Hasta ve hasta yakınlarını taburculuğa hazırlanırken, bireyin hayata kazandırılmasında hemşirenin rolü oldukça büyüktür. Hemşirenin bakım verdiği inmeli hastanın günlük yaşamını her yönüyle ele alması, hastanın iyileşme sürecini olumlu yönde etkilemektedir. İnme sonrası dönemde hemşireler bireylerin yaşam biçimlerine uyum gösterme, bilgilendirme, eğitim planlamaları açısından önemli bir rol üstlenmektedir (Çıtlık Sarıtaş ve ark., 2018).

İnmeli hastanın hemşirelik bakımında amaç; bireyin günlük yaşam aktivitelerine katılımını yeniden sağlamak, nörolojik hasarları en aza indirmek, hastalığa uyum sürecinde bireysel motivasyonu arttırmak ve hem hastanın hem de yakınlarının bakım sürecine bilinçli ve iş birliğine dayalı şekilde katılımını sağlamaktır. Bu hedeflere ulaşmak, sistematik, hasta merkezli ve kanıta dayalı bir hemşirelik bakım süreci ile mümkün hale gelmektedir. Hemşireler rehabilitasyon ekibinin önemli bir parçasıdır (Kurt ve Erol, 2023).

Hemşirelerin, bireylerin bu süreci yönetebilmeleri adına inmeli hasta ve hasta yakınına taburculuğa hazırlaması gerekmektedir. Hastaların artan bakım bağılılığı, hasta yakınlarında var olan hayat düzenleri bir anda değiştiğinden ötürü adaptasyonları, bakıma hazır olma durumları değerlendirilmelidir (Bal ve Koç, 2020).

Hastalar artan bakım bağılılığı nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde azalmaların yaşanmasının sonuçlarını en çok psikolojik olarak yansıtabilirler. İnme sonrası hastalarda depresif belirtiler görülme sıklığı artmıştır. Hemşireler hastalara bu süreçte hastaların hayat konforlarını sürdürmesine, uyum sağlamaları, rehabilitasyon sürecine hazırlamalıdır (Çıtlık Sarıtaş ve ark., 2018).

Hasta yakınları ise hastanın yakınlık derecesi, bakmakla yükümlü olma düşüncesi, yaşı, işi birçok faktörü düşünerek bu sürece adım atmaktadır. Literatür araştırmaları incelendiği birçok fiziksel ve psikolojik faktörün bakım yükü etkisi vardır. Bakımla baş başa kalmanın getirdiği anksiyete ilerlediğinde kalıcı sorunlar oluşturabilir. Hemşireler tecrübeleri gereği yaşanan sürece hâkim olduklarından hasta yakınlarını hazırlamalı, psikolojilerini hazır ve dinç tutmalıdır (Bal ve Koç, 2020).

Literatür araştırmaları incelendiğinde hastaların bakım bağılılığı arttıkça konforları azalmakta, stres, depresyon ve anksiyete görülme sıklığı artmakta, hasta yakınların ise bakım bağılılığı arttıkça bakım yükü artmaktadır. Hasta yakınlarının yükü arttıkça bakıma hazırloluşlukları da azalmaktadır. Hasta yakınlarının yükü arttıkça, hastaların onlara bağılılığı arttıkça anksiyete ve depresyon yaşama oranları yüksek görülmüştür. Hemşirelerin, bakım yüküne neden olan faktörleri belirleyip yükün azaltılmasına yönelik eğitimler planlamalı ve hasta yakınlarını desteklemeleri oldukça önemlidir (Alankaya, 2019).

Hemşirelerin hastanın konforu ve iyi oluş düzeyleri üzerindeki etkileri yüksektir. Hastanın bilgi, beceri ve yeteneklerini hayatlarında doğrudan kullanmalarına yardımcı olmaları önemli bir konudur. Bu nedenle hasta bireyler için iyi oluş düzeyleri, hastanın yaşam devamlılığı için büyük bir öneme sahiptir. İnmeli hastanın aileye ve bakım verenin sağlayacağı desteğe olan ihtiyacı bu dönemde artmaktadır. Bu nedenle hasta ve bakım veren bireylerin inme sonrası döneme hızla adapte olmaları, hastalık, tedavi ve bakıma uyum sağlamaları oldukça önemlidir. Bu nedenle hemşirelerin eğitim ve danışmanlık rollerini kullanarak bakım verenlerin hastalık bilgi ve tutumların, bakıma yönelik beceri ve hazır oluşluk düzeyinin belirlemesi gerekmektedir.

Yapılan alışma sonuçlarına bakıldığında hemşirelerin bakım verenlere sağladığı sosyal destek, problem çözme, stresle baş etme, sağlığı koruma geliştirme konularında desteklemeleri bireylerin anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeyini azalttığı, yaşam kalitesini arttırdığı gözlenmektedir (Alankaya, 2019).

İnmeli hastaların bakıma olan bağımlılık-bağımsızlık düzeylerinin belirlenmesi hemşirelerin bu doğrultuda eğitim, savunuculuk ve danışmanlık rollerini kullanarak bireye özėü bakımı planlaması için temel bir ereve oluşturur ve bakımın kalitesi açısından da oldukça önemlidir. Ayrıca hastaların bağımlılık düzeylerinin belirlenmesi bakım ihtiyaçlarını ve eğitim gereksinimlerinin ortaya konulması için önemli bir göstergedir. Bakıma bağımlılığı yüksek olan bireylerin diğerlerine oranla hemşirelere ve bakım verenlere daha fazla ihtiyaç duydukları gerçeği göz önüne alındığında, hastalara holistik bakış açısıyla bakım bağımlılığı düzeylerinin belirlenmesi bakımın yönetilmesinde yol gösterici olmaktadır (Akarca, 2023).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Eylül 2024- Nisan 2025 tarihleri arasında Anadolu yakasında bulunan bir Eğitim Araştırma Hastanesi ve ona bağlı olan 2 hastanede yürütüldü.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma belirtilen tarihler arasında hastanelere başvuran dahil edilme kriterlerini karşılayan inme tanısı konan 100 hasta ve hasta yakını ile gerçekleştirildi. Örneklem büyüklüğünün yeterliliğini değerlendirmek amacıyla G*Power 3.1.9.4 programı kullanılarak gerçekleştirilen post-hoc güç analizinde, “Linear Multiple Regression: Fixed Model, Single Regression Coefficient” seçeneği temel alınmıştır. Bu analizde çalışmada elde edilen R^2 değerleri sırasıyla 0.176, 0.135 ve 0.063 olarak dikkate alındığında, etki büyüklüğü (f^2) değerlerinin sırasıyla 0.213, 0.156 ve 0.067 arasında değiştiği belirlenmiştir. Buna bağlı olarak, çalışmanın istatistiksel gücünün %99, %98 ve %82 düzeylerinde olduğu saptanmıştır. Elde edilen bu sonuçlar, araştırmada kullanılan örneklem büyüklüğünün istendik düzeyde ve istatistiksel olarak yeterli olduğunu göstermektedir.

3.2.1. Dahil Edilme Kriterleri

- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden bireyler,
- 18 yaş ve üzeri olan katılımcılar,
- Hasta ve bakım veren arasında iletişim ve iş birliği kurulabilen, dil, işitme ya da konuşma engeli gibi iletişimi engelleyici herhangi bir fiziksel engeli bulunmayan veya psikiyatrik hastalık tanısı almamış olan bireyler,
- İnme tanısı kesinleşmiş hastaların yakınları,
- Hastasına ücret karşılığında bakım sağlamayan kişiler,
- Birincil (primer) bakım sorumluluğunu üstlenen bakım veren bireyler çalışmaya dâhil edilmiştir.

3.3. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Sosyodemografik özellikler, hastalığa ilişkin özellikler.

Bağımlı değişkenler: Bakım yükü, bakıma hazır oluşluk, duygu durumu ve konfor düzeyi.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 1), Bakım Bağımlılığı Ölçeği (BBÖ) (Ek 2), Depresyon, Stres, Anksiyete Ölçeği (Ek 3), Genel Konfor Ölçeği- Kısa Formu (Ek 4), Bakım Veren Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 5), Bakım Yükü Ölçeği (Ek 6), Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği (Ek 7) kullanılarak toplandı.

3.4.1. Hasta Tanıtıcı Formu (Ek 1)

Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu, hastaların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik olarak hazırlanmış 14 sorudan oluşmaktadır. Formda; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sayısı, çalışma ve gelir durumu, inme tanısı aldığı süre, ek kronik hastalıkların varlığı, birlikte yaşadığı kişiler, sigara ve alkol kullanımı, bakım gereksiniminin süresi ile hastaneye yatış deneyimi gibi değişkenlere ilişkin bilgiler yer almaktadır.

3.4.2. Bakım Bağımlılığı Ölçeği (BBÖ) (Ek 2)

Bakım Bağımlılığı Ölçeği (BBÖ), Dijkstra (1998) tarafından Virginia Henderson'ın insan gereksinimleri modeline dayanılarak geliştirilmiş olup, hastaların bakım bağımlılığı düzeylerini değerlendirmeyi amaçlayan bir ölçme aracıdır. Ölçek, bireyin hem fiziksel hem de psikolojik yönlerini dikkate alarak, hastanın bakım gereksinimlerine ilişkin durumunu kapsamlı biçimde değerlendirmeye olanak tanımaktadır. Türkiye'deki geçerlik ve güvenirlik çalışması, Yönt ve arkadaşları (2010) tarafından yürütülmüştür. BBÖ, bireylerin bağımlılık derecelerini belirlemeye yönelik 5'li Likert tipi bir değerlendirme sistemiyle puanlanan, günlük yaşam aktivitelerini içeren toplam 17 maddeden oluşmaktadır. Puanlama sistemi 1 = tamamen bağımlı ve 5 = hemen hemen ya da tamamen bağımsız olacak şekilde düzenlenmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 17, en yüksek puan ise 85'tir. Yüksek puan, bireyin bakım gereksinimlerini karşılarken daha bağımsız olduğunu; düşük puan ise başkalarına bağımlılığın yüksek olduğunu göstermektedir. Yönt ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,91 olarak saptanmıştır.

Bu araştırmada ise yapılan analiz sonucunda ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,87 olarak belirlenmiştir.

3.4.3. Depresyon, Stres, Anksiyete Ölçeği (DASS 21) (Ek 3)

Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASS-21), bireylerin psikolojik belirtilerinin şiddetini değerlendirmek amacıyla Lovibond (1995) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması ile geçerlik ve güvenirlik çalışması, Sarıçam (2018) tarafından yapılmıştır. DASS-21, toplam 21 maddeden oluşmakta ve her biri “hiçbir zaman” ile “her zaman” seçenekleri arasında değişen 4’lü Likert tipi bir derecelendirme sistemi ile değerlendirilmektedir.

Ölçek üç alt boyuttan oluşmaktadır: depresyon (3., 5., 10., 13., 16., 17. ve 21. maddeler), anksiyete (2., 4., 7., 9., 15., 19. ve 20. maddeler) ve stres (1., 6., 8., 11., 12., 14. ve 18. maddeler). Katılımcıların bu maddelere verdikleri yanıtların puanı arttıkça, ilgili psikolojik durumun şiddetinin de arttığı kabul edilmektedir. Buna göre; depresyon alt boyutunda 5 ve üzeri, anksiyete alt boyutunda 4 ve üzeri ve stres alt boyutunda 8 ve üzeri puan alan bireylerin bu alanlarda problem yaşadığı değerlendirilmektedir.

Sarıçam (2018) tarafından yapılan çalışmada, ölçeğin Cronbach alfa katsayısı depresyon alt boyutu için 0,87, anksiyete alt boyutu için 0,85 ve stres alt boyutu için 0,81 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada ise ölçeğin iç tutarlılık katsayıları, depresyon alt boyutu için 0,84, anksiyete alt boyutu için 0,78 ve stres alt boyutu için 0,79 olarak hesaplanmıştır.

3.4.4. Genel Konfor Ölçeği- Kısa Formu (GKÖ-KF) (Ek 4)

Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu, Kolcaba tarafından 2006 yılında geliştirilmiş bir ölçme aracıdır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, Çıtlık Sarıtaş ve arkadaşları (2018) tarafından yapılmıştır. Ölçek, bireylerin konfor düzeyini üç ana alt boyut üzerinden değerlendirmektedir: Ferahlama (bireyin belirli bir gereksiniminin karşılanması sonucu ortaya çıkan durum – 9 madde), Rahatlama (dinginlik, huzur ve memnuniyet hissi – 9 madde) ve Sorunların Üstesinden Gelme (bireyin kendi ağrısı veya sıkıntısıyla baş etme durumu – 10 madde). Ölçekte hem pozitif hem de negatif ifadeler yer almakta olup, puanlama aşamasında negatif maddeler ters kodlanarak değerlendirmeye alınmaktadır. Tüm maddelere verilen puanların toplamı, madde sayısına bölünerek ortalama konfor puanı elde edilir.

Ölçekten alınabilecek en düşük değer 1, en yüksek değer ise 6'dır. Düşük puanlar bireyin konfor düzeyinin az olduğunu, yüksek puanlar ise konfor durumunun iyi olduğunu göstermektedir. Türkçe uyarlama çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,82 olarak belirlenmiştir (Sarıtay ve ark., 2018). Bu araştırmada da benzer biçimde ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,82 olarak saptanmıştır.

3.4.5. Bakım Veren Tanıtıcı Formu (Ek 5)

Bakım Veren Tanıtıcı Bilgi Formu, bakım veren bireylerin sosyodemografik ve bakım sürecine ilişkin özelliklerini belirlemeye yönelik hazırlanmış 21 sorudan oluşmaktadır. Formda; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma ve gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanımı, hastayla yakınlık derecesi, birlikte yaşama durumu, bakım süresi, günlük bakım saati, bakımın hangi alanlarda yoğunlaştığı, bakıma yardımcı olabilecek kişilerin varlığı, bakım verme biçimi ve bakmakla yükümlü olunan başka bireylerin bulunup bulunmadığı gibi değişkenlere ilişkin sorular yer almaktadır. Ayrıca, daha önce hasta bakımına ilişkin deneyim durumu da bu form aracılığıyla değerlendirilmektedir.

3.4.6. Bakım Yüğü Ölçeği (Ek 6)

Zarit Bakım Yüğü Ölçeği, 1980 yılında Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından geliştirilmiş olup, bakım veren bireylerin yaşamlarında bakım sürecine bağlı olarak hissettikleri stres, duygusal zorlanma ve yaşam doyumu üzerindeki etkileri değerlendirmek amacıyla tasarlanmıştır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi çalışması ise İnci ve Erdem (2008) tarafından gerçekleştirilmiştir. Toplam 22 maddeden oluşan bu ölçme aracı, bakım verenin yaşadığı güçlüklerin düzeyini belirlemeye yöneliktir. Her bir madde, beşli Likert tipi bir değerlendirme sistemiyle puanlanmaktadır. Katılımcılar ifadeleri "hiçbir zaman (0)", "nadiren (1)", "bazen (2)", "oldukça sık (3)" ve "hemen her zaman (4)" seçenekleri arasında değerlendirir. Ölçekten alınabilecek puan 0 ile 88 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar bakım yükünün daha yoğun algılandığını, dolayısıyla bireyin psikolojik ve fiziksel olarak daha fazla etkilendiğini göstermektedir. İnci ve Erdem'in (2008) yürüttüğü uyarlama çalışmasında ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa) 0,95 olarak rapor edilmiştir. Bu araştırmada yapılan analiz sonucunda ise Cronbach alfa değeri 0,87 olarak bulunmuştur; bu sonuç ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

3.4.7. Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği (Ek 7)

Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği, 1986 yılında Archbold ve Stewart tarafından geliştirilmiş bir ölçme aracıdır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışmasıyla birlikte Karaman ve Karadakovan (2015) tarafından gerçekleştirilmiştir. Toplamda 9 maddeden oluşan ölçek, bakım veren bireylerin bakım sürecine ne ölçüde hazır olduklarını belirlemeyi amaçlamaktadır. Sekiz temel maddeye ek olarak, bakım verenlerin kendilerini hangi alanlarda daha fazla geliştirmek istediklerini sorgulayan bir ek madde daha yer almaktadır. Ölçekte, “hiç hazır değilim” (0) ile “tamamen hazırım” (4) arasında değişen 5’li Likert tipi bir değerlendirme sistemi kullanılmaktadır. Katılımcıların verdikleri yanıtlara ait puanların ortalaması alınarak toplam hazır oluş düzeyi belirlenmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 32’dir. Yüksek puanlar, bakım verenin kendisini bakım sürecine daha hazır hissettiğini; düşük puanlar ise hazır bulunuşluk düzeyinin daha düşük olduğunu göstermektedir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında, ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,92 olarak saptanmıştır (Karaman ve Karadakovan, 2015). Bu çalışmada yapılan analiz sonucunda ise Cronbach alfa değeri 0,89 olarak bulunmuştur.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırma hakkında gerekli bilgilendirme yapıldıktan sonra, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hasta ve bakım verenlerden veriler, veri toplama araçları kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle elde edilmiştir.

3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler, SPSS 27 istatistik paket programı kullanılarak bilgisayar ortamında analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olan ortalama, standart sapma, medyan, frekans, minimum ve maksimum değerler değişkenlerin tanımlanmasında kullanılmıştır. Verilerin tek değişkenli normallik varsayımını karşıladığı, basıklık ve çarpıklık katsayılarının -3 ile +3 aralığında bulunmasıyla doğrulanmıştır. Bu doğrulama sonucunda, iki bağımsız grup arasındaki farkı incelemek için Bağımsız Gruplar t-testi, üç veya daha fazla grup arasındaki karşılaştırmalar için ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark saptandığında, farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltme testi kullanılmıştır.

Etki büyüklüğünü değerlendirmek amacıyla, Bağımsız Gruplar t-testi için Cohen's d, ANOVA için ise Eta Kare (η^2) katsayıları hesaplanmıştır. Cohen's d değerinin 0–0,20 arası küçük, 0,20–0,80 arası orta, 0,80 ve üzeri ise geniş etkiyi; eta kare (η^2) değerinin ise sırasıyla .01, .06 ve .14 düzeylerinde küçük, orta ve geniş etki büyüklüğünü temsil ettiği kabul edilmiştir (Cohen, 1988).

Değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi yapılmıştır. Elde edilen korelasyon katsayılarının 1.00–0.70 aralığında olması yüksek, 0.70–0.30 aralığında olması orta, 0.30–0.00 aralığında olması ise düşük düzeyde ilişki olarak yorumlanmıştır (Büyüköztürk, 2012). Tüm istatistiksel değerlendirmeler %95 güven aralığında ve %5 anlamlılık düzeyinde ($p<0.05$) gerçekleştirilmiştir.

Hasta yakınlarının Bakım Yüğü ve Bakım Vermeye Hazır Oluş düzeylerinin, Bakım Bağımlılığı, Depresyon, Anksiyete, Stres ve Genel Konfor puanları üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla yol analizi yapılmıştır. Elde edilen etki katsayılarının anlamlılığını değerlendirmek için, orijinal veri setinden tekrarlanan rastgele örneklemelerle tahmin yapan bootstrap yöntemi kullanılmıştır. Güven aralıklarının (Confidence Intervals, CI) sıfır değerini içermemesi durumunda, etki katsayısının istatistiksel olarak anlamlı olduğu kabul edilmiştir (Preacher ve Hayes, 2008). Analizlerde, güven aralığı hesaplamaları 5000 tekrarlı bootstrap örneklemesi ile yapılmış ve %95 güven aralığı (CI) kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlanmadan önce gerekli etik ve kurumsal izinler alınmıştır. Bu kapsamda, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan 19.07.2024 tarihli ve 2024/06 sayılı onay (Ek 8) ile İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden 27.01.2025 tarihli ve 268245640 sayılı kurum izni (Ek 9) temin edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden hasta ve hasta yakınlarına, araştırmanın amacı ve içeriği hakkında gerekli bilgilendirme yapıldıktan sonra (Ek 10), yazılı onamları alınarak araştırmaya dahil edilmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan 100 innmeli birey ve 100 bakım verenden elde edilen verilerin istatistiksel analizi sonucunda ulaşılan bulgular ayrıntılı olarak sunulmaktadır.

Çalışma kapsamına alınan bakım verenlere ilişkin demografik değişkenlerin dağılımı ise Tablo 4.1’de gösterilmiştir.

Tablo 4.1: Bakım verenlerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	63	63.0
Erkek	37	37.0
Medeni Durum		
Evli	76	76.0
Bekâr	24	24.0
Çocuk Varlığı		
Var	74	74.0
Yok	26	26.0
Eğitim Durumu		
Okuryazar	9	9.0
İlkokul	33	33.0
Ortaokul	9	9.0
Lise	25	25.0
Üniversite	24	24.0
Çalışma durumu		
Çalışıyor	46	46.0
Çalışmıyor	54	54.0

Tablo 4.1- devamı: Bakım verenlerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Ekonomik Durumu		
Gelir Giderden Az	43	43.0
Gelir Gidere Denk	51	51.0
Gelir Giderden Fazla	6	6.0
Kronik Hastalık Varlığı		
Var	35	35.0
Yok	65	65.0
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	30	30.0
Hayır	70	70.0
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	6	6.0
Hayır	94	94.0
Hasta ile Yakınlık		
Eş	31	31.0
Çocuk	42	42.0
Anne/Baba	27	27.0
Bakım Verenle Yaşama Durumu		
Birlikte Yaşama	50	50.0
Ayrı Yaşama	50	50.0
Günlük Bakım Verme Süresi		
0-4 saat	65	65.0
5-12 saat	16	16.0
12 saat üzeri	19	19.0
Günlük Bakım Verme Alanı		
Beslenme	18	18.0
Hareket	22	22.0
*Hepsi	23	23.0
**1,2,3,4	37	37.0

*Hepsi= Beslenme, Boşaltım, Temizlik, Hareket, Tedavi, Ekonomik işler; **1,2,3,4= Beslenme, Boşaltım, Temizlik, Hareket

Tablo 4.1- devamı: Bakım verenlerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Bakım Verirken Destek Olan Kişiler		
Var	82	82.0
Yok	18	18.0
Bakım Verme Şekli		
Sürekli	43	43.0
Dönüşümlü	57	57.0
Bakmakla Yükümlü Olduğu Başka Biri		
Var	11	11.0
Yok	89	89.0
Hasta Bakım Deneyimi		
Var	47	47.0
Yok	53	53.0
Sürekli değişkenler	$\bar{x} \pm SS$	Min-Max
Yaş (yıl)	48.16±12.96	18-75
Bakım verme süresi (gün)	71.94±247.54	0-1825

Tablo 4. 1'de, araştırmada yer alan inmeli hastalara bakım verenlerin demografik özellikleriyle ilgili bilgiler bulunmaktadır. Katılımcıların yaşları 18 ile 75 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 48,16±12,96 yıl olarak bulunmuştur. Katılımcıların bakım verme süreleri 71,94±247,54 gün olarak bulunmuştur. Aynı zamanda katılımcıların %63'ünün kadın, %76'sının evli, %33'ünün ilköğretim mezunu, %54'ünün çalışmadığı, %51'inin ekonomik durumunun denk olduğu, %65'inin kronik bir hastalığının olmadığı, %70'inin sigara kullanmadığı, %94'ünün alkol kullanmadığı, %42'sinin hasta ile yakınlığının anne/baba olduğu belirlendi. Aynı zamanda katılımcıların %50'sinin bakım verenle birlikte yaşadığı, %50'sinin ise ayrı yaşadığı, %65'inin günlük bakım verme süresinin 0-4 saat aralığında olduğu, %37'sinin günlük olarak en çok beslenme, boşaltım, temizlik ve hareket etme işlerini yaptığı, %82'sinin bakım verirken başka destek veren kişilerinin olduğu, %57'sinin dönüşümlü bakım verdiği, %89'unun bakmakla yükümlü olduğu başka kimsenin olmadığı ve %53'ünün daha önce hasta bakım deneyimi olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2: Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı ve Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Değişkenler	Sayı	Minimum Değer	Maximum Değer	Ort±Ss
Bakım Verme Yüğü Ölçeğı	100	4.00	65.00	23.33± 12.57
Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeğı	100	0.00	32.00	24.18± 5.56

Tablo 4.2’de, araştırmaya katılan bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı ile Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeğı’nden elde ettikleri puanların ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Katılımcıların Bakım Verme Yüğü Ölçeğı’nden aldıkları ortalama puan 23,33±12,57, Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeğı’nden aldıkları ortalama puan ise 24,18±5,56 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.3: Bakım verenlerin Demografik Özelliklerine Göre Bakım Verme Yüğü Ölçeğı ve Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeğı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		BVYÖ	BVHÖ
		Ort±Ss	Ort±Ss
Cinsiyet	Kadın	25.22± 12.86	23.34± 5.66
	Erkek	20.10± 11.52	25.59± 5.16
Test ve Önemlilik		t=1.993,p=0.049	t=-1.977,p=0.051
Etki Büyüklüğü		Cohen d =0.413	
Medeni Durum	Evli	22.81± 13.03	24.02± 5.22
	Bekâr	24.95± 11.08	24.66± 6.61
Test ve Önemlilik		t=-0.726,p=0.470	t=-0.490,p=0.625

Tablo 4.3: Bakım verenlerin Demografik Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması-Devamı

		Bakım Verme Yükü Ölçeği	Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği
		Ort±Ss	Ort±Ss
Çocuk Varlığı	Var	23.50± 13.11	23.71± 5.25
	Yok	22.84± 11.11	25.50± 6.27
Test ve Önemlilik		t=0.227,p=0.821	t=-1.413,p=0.161
Eğitim Durumu	Okuryazar ^a	28.33± 6.85	21.11± 5.15
	İlkokul ^b	23.87± 13.61	22.27± 5.22
	Ortaokul ^c	30.11± 19.25	21.55± 7.33
	Lise ^d	20.76± 11.01	26.40± 4.47
	Üniversite ^e	20.83± 10.44	26.62± 4.82
Test ve Önemlilik		F=1.558, p=0.192	F=5.005, p=0.000
Etki Büyüklüğü			(e>b; d>b) η ² = 0.174
Çalışma durumu	Çalışıyor	21.21± 10.97	25.23± 6.17
	Çalışmıyor	25.12± 13.63	23.27± 4.85
Test ve Önemlilik		t=-1.562, p=0.122	t=1.776, p=0.079
Ekonomik Durumu	Gelir Giderden Az ^a	27.58± 14.80	23.37± 5.85
	Gelir Gidere Denk ^b	19.60± 9.54	24.94± 5.43
	Gelir Giderden Fazla ^c	24.50± 8.93	23.50± 4.23
Test ve Önemlilik		F=5.109, p=0.008	F=0.975, p=0.381
Etki Büyüklüğü		(a>b) η ² = 0.095	
Kronik Hastalık Varlığı	Var	22.37± 13.95	24.62± 4.08
	Yok	23.84± 11.85	23.93± 6.23
Test ve Önemlilik		t=-0.557, p=0.579	t=0.590, p=0.557
Sigara Kullanma Durumu	Evet	22.13± 10.96	25.83± 5.14
	Hayır	23.84± 13.26	23.47± 5.62
Test ve Önemlilik		t=-0.621, p=0.536	t=1.974, p=0.051

Tablo 4.3: Bakım verenlerin Demografik Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması-Devamı

		Bakım Verme Yükü Ölçeği	Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği
		Ort±Ss	Ort±Ss
Alkol Kullanma Durumu	Evet	22.33± 14.38	27.83± 4.66
	Hayır	23.39± 12.53	23.94± 5.55
Test ve Önemlilik		t=-0.199, p=0.842	t=1.674, p=0.097
Hasta ile Yakınlık	Eş ^a	29.09± 15.49	23.74± 4.95
	Çocuk ^b	21.23± 9.60	24.28± 6.27
	Anne/Baba ^c	19.96± 10.99	24.51± 5.20
Test ve Önemlilik		F=5.218, p=0.007	F=0.151, p=0.860
Etki Büyüklüğü		(a>b;a>c) η² = 0.097	
Bakım Verenle Yaşama Durumu	Birlikte Yaşıyorum	28.02± 13.87	24.48± 5.16
	Ayrı Yaşıyorum	18.64± 9.05	23.88± 5.97
Test ve Önemlilik		t=4.002, p=0.000	t=0.537, p=0.592
Etki Büyüklüğü		Cohen d =0.800	
Günlük Bakım Verme Süresi	0-4 saat ^a	21.27± 11.02	23.92± 4.90
	4-12 saat ^b	24.37± 12.97	25.37± 5.78
	12 saat ve üzeri ^c	29.47± 15.58	24.05± 5.56
Test ve Önemlilik		F=0.360, p=0.040	F=0.438, p=0.646
Etki Büyüklüğü		(c>a) η² = 0.064	
Günlük Bakım Verme Alanı	Beslenme	22.50± 9.59	23.16± 5.10
	Hareket	22.77± 8.39	23.95± 6.89
	*Hepsi	25.73± 15.40	23.82± 5.40
	**1,2,3,4	22.56± 14.15	25.02± 5.09
Test ve Önemlilik		F=0.360, p=0.782	F=0.520, p=0.669
Bakım Verirken Destek Kişiler	Var	21.26± 11.13	24.40± 5.32
	Yok	32.72± 14.69	23.16± 6.62
Test ve Önemlilik		t=-3.719, p=0.000	t=0.852, p=0.396
Etki Büyüklüğü		Cohen d =0.968	

Tablo 4.3: Bakım verenlerin Demografik Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması-Devamı

		Bakım Verme Yükü Ölçeği	Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği
		Ort±Ss	Ort±Ss
Bakım Verme Şekli	Sürekli	25.74± 14.86	24.51± 5.19
	Dönüşümlü	21.50± 10.29	23.92± 5.85
Test ve Önemlilik		t=1.683, p=0.096	t=0.516, p=0.607
Bakmakla Yükümlü Olduğu Başka Biri	Var	29.63± 17.97	21.72± 9.11
	Yok	22.55± 11.64	24.48± 4.95
Test ve Önemlilik		t=1.782, p=0.078	t=-1.561, p=0.122
Hasta Bakım Deneyimi	Var	22.19± 10.87	24.36± 6.33
	Yok	24.33± 13.93	24.01± 4.83
Test ve Önemlilik		t=-0.851, p=0.397	t=0.306, p=0.760

t=Bağımsız gruplarda t testi, F=One Way- ANOVA testi, p<0,05 *Hepsi= Beslenme, Boşaltım, Temizlik, Hareket, Tedavi, Ekonomik işler; **1,2,3,4= Beslenme, Boşaltım, Temizlik, Hareket

Tablo 4.3'te, bakım verenlerin demografik özellikleri ile Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkı incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda t-Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) sonuçları sunulmuştur.

Cinsiyet değişkenine göre Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş (t = 1,993; p = 0,049; Cohen d = 0,413) ve bu farkın orta düzeyde bir etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Buna karşılık, Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (t = -1,977; p = 0,051; p>0,05). Medeni durum, çocuk sahibi olma, çalışma durumu, kronik hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanımı, günlük bakım alanı, bakım şekli, bakmakla yükümlü olunan başka bir bireyin bulunup bulunmaması ve hasta bakım deneyimi değişkenleri açısından her iki ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Eğitim durumu değişkenine göre Bakım Vermeye Hazır Oluşluk leği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmış ($t = 5,005$; $p = 0,000$; Cohen $d = 0,174$) ve bu farkın düşük düzeyde bir etki büyüklüğüne sahip olduğu görülmüştür. Ancak aynı değişken için Bakım Verme Yükü leği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Ekonomik durum değişkenine göre Bakım Verme Yükü leği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuş ($F = 5,109$; $p = 0,008$; $\eta^2 = 0,095$) ve bu farkın düşük düzeyde bir etki büyüklüğü taşıdığı belirlenmiştir. Buna karşın, Bakım Vermeye Hazır Oluşluk leği puan ortalamalarında anlamlı fark görülmemiştir ($p > 0,05$). Hasta ile yakınlık düzeyi değişkeninde de Bakım Verme Yükü leği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ($F = 5,218$; $p = 0,007$; $\eta^2 = 0,097$) ve bu farkın düşük düzeyde etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir; buna karşın Bakım Vermeye Hazır Oluşluk leği puanlarında anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Birlikte yaşama durumu açısından Bakım Verme Yükü leği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış ($F = 4,002$; $p = 0,000$; $\eta^2 = 0,800$) ve farkın geniş düzeyde bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir; Bakım Vermeye Hazır Oluşluk leği için ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Günlük bakım süresi değişkenine göre Bakım Verme Yükü leği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($F = 0,360$; $p = 0,040$; $\eta^2 = 0,064$) ve bu farkın düşük düzeyde bir etki büyüklüğü gösterdiği belirlenmiştir. Bakım Vermeye Hazır Oluşluk leği açısından ise anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Ayrıca, bakım sürecinde destek alınan kişilerin varlığı ile Bakım Verme Yükü leği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ($F = -3,719$; $p = 0,000$; $\eta^2 = 0,968$) ve bu farkın geniş düzeyde bir etki büyüklüğüne sahip olduğu saptanmıştır. Bakım Vermeye Hazır Oluşluk leği puan ortalamaları açısından ise anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p > 0,05$).

Çalışmaya dâhil edilen hastalara ait demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.4’de sunulmuştur.

Tablo 4.4: Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	38	38.0
Erkek	62	62.0
Medeni Durum		
Evli	70	70.0
Bekâr	30	30.0
Çocuk Varlığı		
Var	94	94.0
Yok	6	6.0
Eğitim Durumu		
Okuryazar	35	35.0
İlkokul	40	40.0
Ortaokul	9	9.0
Lise	13	13.0
Üniversite	3	3.0
Çalışma durumu		
Çalışıyor	15	15.0
Çalışmıyor	85	85.0
Ekonomik Durumu		
Gelirim giderimden az	65	65.0
Gelirim giderime denk	29	29.0
Gelirim giderimden fazla	6	6.0
Sürekli değişkenler	$\bar{x} \pm SS$	Min-Max
Yaş (yıl)	65.82±13.40	31-90

Tablo 4.4' te, araştırmada yer alan innmeli hastaların demografik özellikleriyle ilgili bilgiler bulunmaktadır. Hastaların yaşları 31 ile 90 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 65.82±13.40 yıl olarak bulunmuştur. Hastaların %62’sinin erkek, %70’nin

evli, %94'ünün çocuğunun olduğu, %40'nın ilkokul mezunu, %85'nin çalışmadığı, %65'inin gelirinin giderinden az olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.5: Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
İnme Tanı Zamanı		
0-6 ay	83	83.0
6 ay-1 yıl	7	7.0
1 yıl ve üzeri	10	10.0
Kronik Hastalık		
Var	82	82.0
Yok	18	18.0
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	21	21.0
Hayır	79	79.0
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	8	8.0
Hayır	92	92.0
Bakım Süresi		
0-1 ay	80	80.0
1-6 ay	13	13.0
6 ay ve üzeri	7	7.0
Yatış Deneyimi		
Evet	80	80.0
Hayır	20	20.0

Tablo 4. 5'te, araştırmada yer alan inmeli hastaların hastalık özellikleriyle ilgili bilgiler bulunmaktadır. Hastaların % 83'ünün inme tanı süresinin 0-6 ay aralığında olduğu, %82'sinin kronik hastalığının bulunduğu, %79'unun sigara kullanmadığı, %92'sinin alkol kullanmadığı, %80'ninin bakım süresinin 0-1 aralığında ay olduğu, %80'ninin yatış deneyiminin bulunduğu saptanmıştır.

Tablo 4.6: İnmeli Hastaların Bakım Bağımlılığı Ölçeği, Depresyon, Stres, Anksiyete Ölçeği ve Genel Konfor Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Değişkenler	Sayı	Minimum Değer	Maximum Değer	Ort±Ss
Bakım Bağımlılığı Ölçeği	100	15.00	75.00	54.86± 20.66
Depresyon Ölçeği	100	0.00	14.00	3.64± 3.54
Stres Ölçeği	100	0.00	14.00	3.02± 2.99
Anksiyete Ölçeği	100	0.00	15.00	6.00± 3.39
Genel Konfor Ölçeği	100	2.14	5.07	4.12± 0.60
Ferahlama	100	2.22	5.56	4.08± 0.74
Rahatlama	100	1.33	5.67	4.22± 0.80
Üstünlük	100	2.20	5.30	4.07± 0.59

Tablo 4.6’da Hastaların, Bakım Bağımlılığı Ölçeği, Depresyon, Stres, Anksiyete Ölçeği ve Genel Konfor Ölçeği ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. Hastaların Bakım Bağımlılığı Ölçeği’nden aldıkları toplam puan ortalaması 54,86±20,66 olarak bulunmuştur. Depresyon Ölçeği puan ortalaması 3.64±3.54, Stres Ölçeği puan ortalaması 3,02± 2,99 ve Anksiyete Ölçeği puan ortalaması ise 6,00± 3,39 olarak hesaplanmıştır. Hastaların Genel Konfor Ölçeği’nden aldıkları toplam puan ortalaması ise 4,12±0,60, Ferahlama alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 4,08± 0,74, Rahatlama alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 4,22± 0,80 ve Üstünlük alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 4.07± 0,59 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.7: İnmeli Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Bakım Bağımlılığı Ölçeği, Depresyon Stres Anksiyete Ölçeği ve Genel Konfor Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		BBÖ	Depresyon	Anksiyete	Stres	GKÖ	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Cinsiyet	Kadın	51.42± 22.04	4.94± 3.97	3.60± 3.79	6.21± 3.98	3.94± 0.60	3.88± 0.75	4.00± 0.72	3.95± 0.62
	Erkek	56.96± 19.64	2.85± 3.01	2.66± 2.34	5.87± 2.98	4.23± 0.58	4.20± 0.72	4.35± 0.82	4.15± 0.56
Test ve Önemlilik		t=-1.308, p=0.194	t=2.947, p=0.004	t=1.539,p=0.127	t=0.485,p=0.629	t=-2.371, p=0.020	t=-2.098, p=0.039	t=-2.194, p=0.031	t=-1.665, p=0.099
Etki Büyüklüğü			Cohen d =0.614			Cohen d =-0.488	Cohen d =-0.432	Cohen d =-0.452	
Medeni Durum	Evli	56.92± 19.32	3.42± 3.45	3.18± 3.21	6.04± 3.25	4.14± 0.59	4.10± 0.69	4.24± 0.85	4.08± 0.55
	Bekâr	50.03± 23.09	4.17± 3.75	2.63± 2.41	5.90± 3.74	4.07± 0.64	4.02± 0.82	4.16± 0.68	4.04± 0.68
Test ve Önemlilik		t=1.540,p=0.127	t=-0.947,p=0.346	t=0.843,p=0.401	t=0.192,p=0.848	t=0.486,p=0.628	t=0.473,p=0.683	t=0.438,p=0.662	t=0.311,p=0.756
Çocuk Varlığı	Var	54.74± 20.67	3.65± 0.35	2.97± 3.02	5.82± 3.29	4.13± 0.61	4.09± 0.73	4.22± 0.80	4.08± 0.60
	Yok	56.66± 22.25	3.40± 2.42	3.66± 2.73	8.66± 3.98	4.00± 0.54	3.88± 0.94	4.22± 0.80	3.90± 0.40
Test ve Önemlilik		t=0.220, p=0.826	t=0.157, p=0.876	t=-0.543, p=0.588	t=-2.020, p=0.046	t=0.514, p=0.608	t=0.644,p=0.521	t=-0.005, p=0.996	t=0.744, p=0.559
Etki Büyüklüğü					Cohen d =-0.850				

Tablo 4.7: İnmeli Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Bakım Bağımlılığı Ölçeği, Depresyon, Stres, Anksiyete Ölçeği ve Genel Konfor Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması-Devamı

		BBÖ	Depresyon	Anksiyete	Stres	GKÖ	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Eğitim Durumu	Okuryazar değil ^a	48.45±20.54	3.85±3.39	2.27±2.84	4.59±2.83	4.02±0.70	4.04±0.85	3.98±0.81	4.04±0.69
	Okuryazar ^b	41.46±19.53	3.07±3.06	2.69±2.52	5.23±2.27	3.90±0.67	3.66±0.79	4.23±0.75	3.82±0.68
	İlkokul ^c	62.92±18.47	3.51±3.99	3.40±3.38	6.27±3.44	4.23±0.55	4.21±0.65	4.31±0.83	4.18±0.53
	Ortaokul ^d	55.88±23.26	3.55±3.39	3.00±3.39	8.77±3.76	4.10±0.54	4.04±0.83	4.11±0.70	4.15±0.45
	Lise ^e	58.92±15.47	4.23±3.60	3.15±2.07	6.53±4.05	4.22±0.56	4.26±0.65	4.39±0.86	4.02±0.60
	Üniversite ^f	31.66±17.55	4.00±2.00	4.33±3.78	5.33±0.57	3.89±0.50	3.59±0.54	4.18±0.72	3.90±0.36
Test ve Önemlilik		F=4.174, p=0.002	F=0.164, p=0.975	F=0.540, p=0.745	F=2.407, p=0.042	F=0.882, p=0.496	F=1.528, p=0.188	F=0.613, p=0.690	F=0.872, p=0.503
Etki Büyüklüğü		(c>b) η² = 0.182			(d>a) η² = 0.114				
Çalışma durumu	Çalışıyor	65.93± 10.57	4.00± 4.17	4.13± 4.10	8.80± 4.00	4.14± 0.53	4.22± 0.69	4.08± 0.93	4.12± 0.47
	Çalışmıyor	52.90± 21.41	3.57± 3.43	2.82± 2.74	5.50± 3.03	4.12± 0.62	4.05± 0.75	4.24± 0.78	4.06± 0.61
Test ve Önemlilik		t=2.300, p=0.024	t=0.423, p=0.674	t=1.571, p=0.119	t=3.687, p=0.000	t=0.133, p=0.895	t=0.796, p=0.428	t=-0.688, p=0.493	t=0.317, p=0.752
Etki Büyüklüğü		Cohen d =0.644			Cohen d =1.032				

Tablo 4.7: İnmeli Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Bakım Bağımlılığı Ölçeği, Depresyon, Stres, Anksiyete Ölçeği ve Genel Konfor Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması-Devamı

		BBÖ	Depresyon	Anksiyete	Stres	GKÖ	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Ekonomik Durumu	Gelir Giderden Az ^a	51.15± 21.70	3.90± 3.71	2.93± 2.87	6.04± 3.23	4.01± 0.63	3.95± 0.79	4.08± 0.79	3.99± 0.64
	Gelir Gidere Denk ^b	60.89.± 17.81	2.65± 2.89	2.55± 2.35	5.62± 3.63	4.36± 0.46	4.30± 0.58	4.59± 0.71	4.22± 0.40
	Gelir Giderden Fazla ^c	65.83.± 10.30	5.66.± 3.77	6.16.± 5.26	7.33.± 3.98	4.13.± 0.58	4.33.± 0.68	3.88.± 0.82	4.16.± 0.73
Test ve Önemlilik		F=3.274, p=0.042	F=2.343, p=0.102	F=3.898, p=0.024	F=0.648, p=0.525	F=3.621, p=0.030	F=2.579, p=0.081	F=4.849, p=0.010	F=1.592, p=0.209
Etki Büyüklüğü		(b>a) η2 = 0.063		(c>a, b) η2 = 0.074		(b>a) η2 = 0.069		(b>a) η2 = 0.091	

BBÖ=Bakım Bakım Bağımlılığı Ölçeği; GKÖ= Genel Konfor Ölçeği t=Bağımsız gruplarda t testi,F=One Way- ANOVA testi; p<0.05

Tablo 4.7’de, inmeli hastaların demografik değişkenlerine göre Bakım Bağımlılığı Ölçeği, Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği ile Genel Konfor Ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkı incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda t-Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) sonuçları sunulmuştur. Cinsiyet değişkenine göre yapılan analizde, Depresyon alt ölçeği ($t = 2,947$; $p = 0,004$; Cohen $d = 0,614$), Genel Konfor Ölçeği ($t = -2,371$; $p = 0,020$; Cohen $d = 0,488$), Ferahlama alt ölçeği ($t = -2,098$; $p = 0,039$; Cohen $d = 0,432$) ve Rahatlama alt ölçeği ($t = 2,194$; $p = 0,034$; Cohen $d = 0,452$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ve bu farkların orta düzeyde etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Buna karşın, Bakım Bağımlılığı Ölçeği, Anksiyete, Stres ve Üstünlük alt ölçeği puanlarının cinsiyete göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Medeni duruma göre yapılan analizlerde, hiçbir ölçek (Bakım Bağımlılığı, Depresyon, Stres, Anksiyete, Genel Konfor) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p > 0,05$).

Eğitim düzeyi değişkenine göre ise anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. İlkokul mezunu bireylerin Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamaları, okuryazar olan katılımcılara kıyasla anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur ($F = 4,174$; $p = 0,002$; $\eta^2 = 0,182$). Benzer şekilde, ortaokul mezunlarının stres alt ölçeği puanları, okuryazar olmayan bireylerden anlamlı düzeyde yüksek çıkmış ($F = 2,407$; $p = 0,042$; $\eta^2 = 0,114$) ve bu farkın yüksek düzeyde etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir.

Öte yandan, Genel Konfor Ölçeği ile depresyon, anksiyete, ferahlama, rahatlama ve üstünlük alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Çalışma durumu açısından bakıldığında, çalışan bireylerin Bakım Bağımlılığı Ölçeği puanlarının orta düzeyde etki büyüklüğüyle anlamlı şekilde farklılaştığı ($t = 2,300$; $p = 0,024$; Cohen $d = 0,644$) ve stres alt ölçeği puanlarının ise yüksek düzeyde etki büyüklüğüyle anlamlı fark gösterdiği ($t = 3,687$; $p = 0,000$; Cohen $d = 1,032$) belirlenmiştir.

Bununla birlikte, Genel Konfor Ölçeği ile depresyon, anksiyete, ferahlama, rahatlama ve üstünlük alt ölçekleri puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Ekonomik durum değişkenine göre yapılan değerlendirmede, geliri giderine denk olan hastaların Bakım Bağımlılığı Ölçeği ($F = 3,274$; $p = 0,042$; $\eta^2 = 0,063$), Genel Konfor Ölçeği ($F = 3,621$; $p = 0,030$; $\eta^2 = 0,069$) ve Rahatlama alt ölçeği ($F = 4,849$; $p = 0,010$;

$\eta^2 = 0,091$) puan ortalamalarının, geliri giderinden az olan bireylerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu ve bu farkların orta düzeyde etki büyüklüğüne sahip olduğu görülmüştür. Ayrıca, geliri giderinden yüksek olan hastaların anksiyete puanları, geliri denk veya daha az olan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($F = 3,898$; $p = 0,024$; $\eta^2 = 0,074$). Bu farkın da orta düzeyde bir etki büyüklüğüne sahip olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Depresyon, stres, ferahlama ve üstünlük alt ölçekleri puan ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).



Tablo 4.8: İnmeli Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Bakım Bağımlılığı Ölçeği, Depresyon, Stres, Anksiyete Ölçeği ve Genel Konfor Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		BBÖ	Depresyon	Anksiyete	Stres	GKÖ	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
İnme Tanı Zamanı	0-6 ay	56.95±19.91	3.67±3.74	2.97±3.03	5.97±3.43	4.15±0.61	4.12±0.76	4.27±0.81	4.06±0.60
	6 ay-1 yıl	50.42±23.59	3.85±2.41	5.14±2.26	6.28±2.69	4.22±0.42	4.25±0.53	4.19±0.74	4.22±0.38
	1 yıl ve üzeri	40.60±20.69	3.20±2.57	1.90±2.60	6.00±3.68	3.81±0.55	3.62±0.65	3.80±0.64	4.01±0.60
Test ve Önemlilik		F=3.095, p=0.051	F=0.093, p=0.911	F=2.538, p=0.084	F=0.026, p=0.974	F=-1.480, p=0.233	F=2.238, p=0.112	F=1.580, p=0.211	F=0.294, p=0.746
Kronik Hastalık	Var	53.92± 20.53	3.54± 3.52	3.02± 3.07	5.93± 3.47	4.10± 0.59	4.06± 0.71	4.19± 0.82	4.07± 0.58
	Yok	58.23± 21.57	4.37± 3.66	3.00± 2.82	6.52± 2.89	4.19± 0.66	4.16± 0.91	4.31± 0.72	4.10± 0.64
Test ve Önemlilik		t=-0.781, p=0.437	t=-0.858, p=0.393	t=0.030, p=0.976	t=-0.653, p=0.515	t=-0.513, p=0.609	t=-0.495, p=0.622	t=-0.569, p=0.571	t=-0.207, p=0.838

Tablo 4.8: İnmeli Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Bakım Bağımlılığı Ölçeği, Depresyon, Stres, Anksiyete Ölçeği ve Genel Konfor Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması-Devamı

		BBÖ	Depresyon	Anksiyete	Stres	GKÖ	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Yaşadığı Kişiler	Yalnız ^a	41.50±19.24	3.22±2.22	2.90±2.60	4.80±2.65	4.12±0.70	4.15±0.89	4.41±0.82	3.83±0.59
	Eşi ^b	58.35±18.47	2.37±2.73	2.56±2.91	5.48±3.15	4.15±0.60	4.03±0.73	4.31±0.79	4.12±0.56
	Eşi ve çocukları ^c	57.43±20.83	4.39±3.88	3.27±3.27	6.54±3.66	4.16±0.58	4.20±0.67	4.12±0.55	4.15±0.58
	Anne/baba ^d	42.77±22.70	5.66±4.35	3.77±2.43	6.77±3.45	3.81±0.59	3.56±0.83	4.09±0.80	3.77±0.66
Test ve Önemlilik		F=3.200, p=0.027	F=3.491, p=0.019	F=0.575, p=0.633	F=1.250, p=0.296	F=0.874, p=0.457	F=1.966, p=0.124	F=0.619, p=0.604	F=1.677, p=0.177
Etki Büyüklüğü		(b, c>a) η ² = 0.091	(b>c, d) η ² = 0.100						
Sigara Kullanma Durumu	Evet	60.80± 19.11	3.28± 3.78	3.61± 3.85	7.71± 4.08	4.13± 0.52	4.16± 0.69	4.07± 0.80	4.15± 0.48
	Hayır	53.27± 20.87	3.74± 3.49	2.86± 2.73	5.54± 3.04	4.12± 0.62	4.05± 0.76	4.25± 0.80	4.05± 0.61
Test ve Önemlilik		t=1.494, p=0.138	t=-0.519, p=0.605	t=1.030, p=0.305	t=2.690, p=0.008	t=0.076, p=0.939	t=0.576, p=0.566	t=-0.907, p=0.367	t=0.674, p=0.501
Etki Büyüklüğü					Cohen d =0.660				
Alkol Kullanma Durumu	Evet	68.50± 14.67	1.50± 1.06	2.12± 2.58	7.87± 5.46	4.52± 0.59	4.65± 0.68	4.66± 0.72	4.28± 0.60
	Hayır	53.67± 20.73	3.83± 3.62	3.09± 3.03	5.83± 3.13	4.08± 0.59	4.03± 0.73	4.18± 0.80	4.05± 0.59
Test ve Önemlilik		t=1.975, p=0.051	t=-1.807, p=0.074	t=-0.879, p=0.383	t=1.646, p=0.303	t=1.994, p=0.049	t=2.306, p=0.023	t=1.654, p=0.101	t=1.057, p=0.293
Etki Büyüklüğü						Cohen d =0.735	Cohen d =0.850		

Tablo 4.8: İnmeli Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Bakım Bağımlılığı Ölçeği, Depresyon, Stres, Anksiyete Ölçeği ve Genel Konfor Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması-Devamı

		BBÖ	Depresyon	Anksiyete	Stres	GKÖ	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Bakım Süresi	0-1 ay ^a	60.66±16.24	3.39±3.60	3.10±3.18	6.06±3.66	4.22±0.56	4.22±0.70	4.30±0.81	4.15±0.56
	1-6 ay ^b	33.23±22.45	4.38±3.17	2.53±1.76	6.15±2.19	3.73±0.57	3.55±0.58	3.91±0.72	3.73±0.52
	6 ay ve üzeri ^c	28.71±17.29	5.00±3.46	3.00±2.82	5.00±1.29	3.68±0.72	3.44±0.79	3.80±0.63	3.78±0.81
Test ve Önemlilik		F=22.924, p=0.000	F=0.986, p=0.377	F=0.193, p=0.825	F=0.328, p=0.721	F=6.236, p=0.003	F=8.176, p=0.000	F=2.336, p=0.097	F=3.867, p=0.024
Etki Büyüklüğü		(a > b, c) η² = 0.321				(a > b) η² = 0.114	(a > b, c) η² = 0.144		(a > b) η² = 0.074
Yatış Deneyimi	Evet	54.25± 20.91	3.50± 3.54	2.92± 2.75	6.17± 3.42	4.11± 0.58	4.05± 0.74	4.20± 0.78	4.08± 0.56
	Hayır	57.30± 19.92	4.21± 3.56	3.40± 3.87	5.30± 3.22	4.17± 0.69	4.16± 0.75	4.28± 0.88	4.07± 0.71
Test ve Önemlilik		t=-0.589, p=0.557	t=-0.777, p=0.439	t=-0.632, p=0.529	t=1.034, p=0.304	t=-0.393, p=0.695	t=-0.576, p=0.566	t=-0.424, p=0.672	t=0.042, p=0.967

BBÖ=Bakım Bakım Bağımlılığı Ölçeği; GKÖ= Genel Konfor Ölçeği t=Bağımsız gruplarda t testi, F=One Way- ANOVA testi, p<0.05

Tablo 4.8’de, inme tanısı alan hastaların hastalıkla ilişkili özelliklerine göre; Bakım Bağımlılığı Ölçeği, Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği ile Genel Konfor Ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkı incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda t-Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) sonuçları sunulmuştur.

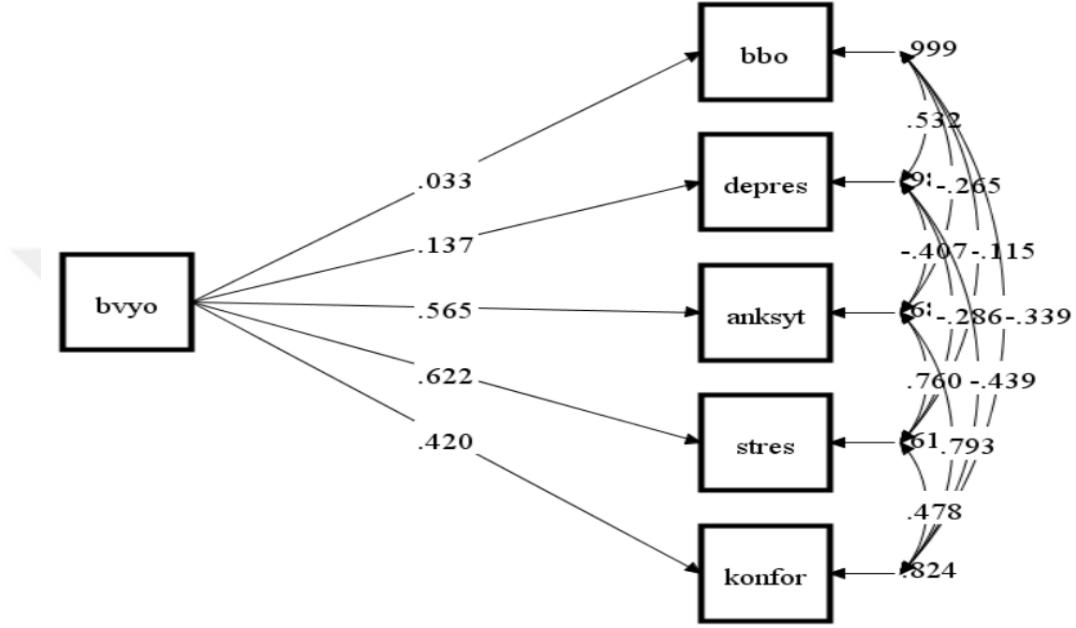
Birlikte yaşanan kişilere göre yapılan değerlendirmede, eşiyile veya eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan hastaların, Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamalarının ($F = 3,200$; $p = 0,027$; $\eta^2 = 0,091$) yalnız yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, yalnızca eşiyile yaşayan bireylerin depresyon alt ölçeği puan ortalamalarının ($F = 3,491$; $p = 0,019$; $\eta^2 = 0,100$), eşi ve çocuklarıyla ya da anne/babasıyla birlikte yaşayanlara kıyasla daha yüksek olduğu ve bu farkın orta düzeyde bir etki büyüklüğüne sahip bulunduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Buna karşın, yaşanan kişi değişkeni, hastaların stres, anksiyete ve Genel Konfor Ölçeği ile alt boyutları üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır ($p > 0,05$).

Sigara kullanımı açısından incelendiğinde, sigara içen hastaların stres alt ölçeği puan ortalamalarının ($t = 2,690$; $p = 0,008$; Cohen $d = 0,660$) içmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek olduğu ve bu farkın orta düzeyde etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Alkol kullanımı değişkenine göre genel olarak Bakım Bağımlılığı, Depresyon, Anksiyete alt ölçekleri ile Genel Konfor Ölçeği ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir ($p > 0,05$). Bununla birlikte, alkol kullanan bireylerin Genel Konfor Ölçeği ($t = 2,690$; $p = 0,008$; Cohen $d = 0,660$) ve Ferahlama alt boyutu puan ortalamalarının alkol kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiş ve bu farkın orta düzey etki büyüklüğüne sahip olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Buna karşılık, alkol kullanma durumu, Bakım Bağımlılığı Ölçeği, Depresyon, Anksiyete, Stres alt ölçekleri ile Genel Konfor Ölçeği’nin Rahatlama ve Üstünlük alt boyutları açısından anlamlı bir fark oluşturmamıştır ($p > 0,05$).

Bakım süresi değişkeni açısından yapılan analizlerde, 0–1 ay bakım süresine sahip hastaların Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamalarının ($F = 22,924$; $p = 0,000$; $\eta^2 = 0,324$) 1–6 ay ve 6 ay ve üzeri bakım süresine sahip olan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek olduğu ve bu farkın yüksek düzeyde etki büyüklüğüne sahip bulunduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Bununla birlikte, bakım süresi değişkeni, Depresyon, Anksiyete, Stres alt ölçekleri ile Genel Konfor Ölçeği ve alt boyutları üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmamıştır ($p > 0,05$). inme tanı zamanı, kronik hastalık varlığı ve hastane yatış deneyimi değişkenlerine göre yapılan analizlerde, Bakım Bağımlılığı Ölçeği, Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçekleri ve Genel Konfor Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).



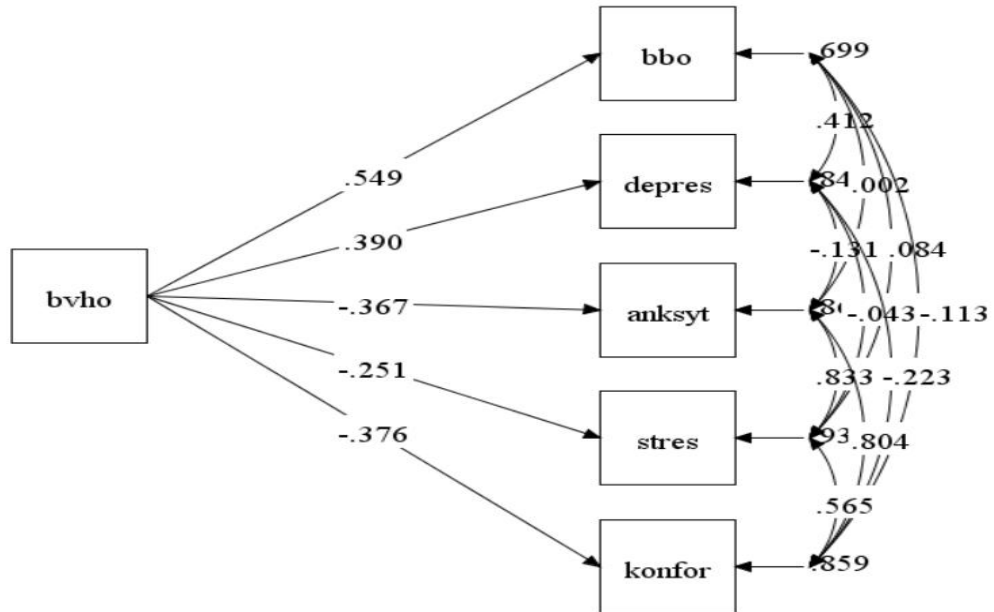
Şekil 4.1. Bakım verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Hastaların Bakım Bağımlılığı, Depresyon, Anksiyete, Stres ve Genel Konforlarını Yordamasına İlişkin Yol Analizi

Tablo 4.9: Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yüklerinin Hastaların Bakım Bağımlılığı, Depresyon, Anksiyete, Stres ve Genel Konforlarını Yordamasına İlişkin Yol Analizi Sonuçları

Doğrudan Etkiler	β	S.H.	z	95% CI		p	R^2
				Lower	Upper		
BVHO → BBÖ	.033	0.103	0.318	-.147	.189	.750	-
BVHO → Depresyon	.137	0.084	1.627	-.018	.263	.104	-

BVHO	→	.565	0.072	7.826	.428	.669	.000**	.319
Anksiyete								
BVHO → Stres		.622	0.063	9.810	.497	.711	.008**	.386
BVHO	→	.420	0.082	5.090	.270	.542	.000**	.176
Konfor								

Tablo 4.9’da yer alan bakım verenlerin bakım verme yüklerinin hastaların Bakım Bağımlılığı, Depresyon, Anksiyete, Stres ve Genel Konfor düzeylerini yordamasına ilişkin yol analizi sonuçları; hastaların Bakım Bağımlılığı ($\beta = .033$, %95 GA $[-.147, .189]$; $p > 0,05$) ve Depresyonları ($\beta = .137$, %95 GA $[-.018, .263]$; $p > 0,05$) üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, ancak bakım verenlerin bakım vermeye hazır oluşlarının hastaların Anksiyete ($\beta = .565$, %95 GA $[.428, .669]$; $p < 0,01$), Stres ($\beta = .622$, %95 GA $[.497, .711]$; $p < ,01$) ve Genel Konfor ($\beta = .420$, %95 GA $[.270, .542]$; $p < ,01$) üzerindeki etkisinin pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir. Bakım verenlerin bakım verme yükleri, hastaların Anksiyetelerinin %31.9’unu, Streslerinin %38.6’sını ve Genel Konforlarının %17.6’sını açıklamaktadır.



Şekil 4.2. Bakım verenlerin Bakım Vermeye Hazır Oluşlarının Hastaların Bakım

Bağımlılığı, Depresyon, Anksiyete, Stres ve Genel Konforlarını Yordamasına İlişkin Yol Analizi

Tablo 4.10: Bakım Verenlerin Bakım Vermeye Hazır Oluşlarının Hastaların Bakım Bağımlılığı, Depresyon, Anksiyete, Stres ve Genel Konforlarını Yordamasına İlişkin Yol Analizi Sonuçları

Doğrudan Etkiler	β	S.H.	z	95% CI		p	R ²
				Lower	Upper		
BVHO → BBÖ	.549	0.093	5.902	.371	.679	.000**	.301
BVHO → Depresyon	.390	0.099	3.942	.213	.540	.000**	.152
BVHO → Anksiyete	-.367	0.092	-3.978	-.515	-.212	.000**	.135
BVHO → Stres	-.251	0.095	-2.641	-.407	-.094	.008**	.063
BVHO → Konfor	-.376	0.094	-3.985	-.522	-.207	.000**	.141

Tablo 4.10’da yer alan bakım verenlerin bakım verme hazır oluşlarının hastaların Bakım Bağımlılığı, Depresyon, Anksiyete, Stres ve Genel Konfor düzeylerini yordamasına ilişkin yol analizi sonuçları; bakım verenlerin bakım vermeye hazır oluşlarının Bakım Bağımlılığı ($\beta = .549$, %95 GA [.371, .679]; $p < 0,01$) ve Depresyon üzerindeki etkisinin ($\beta = .390$, %95 GA [.213, .540]; $p < 0,01$) pozitif, Anksiyete ($\beta = -.367$, %95 GA [-.515, -.212]; $p < 0,01$), Stres ($\beta = -.251$, %95 GA [-.407, -.094]; $p < 0,01$) ve Genel Konfor ($\beta = -.376$, %95 GA [-.522, -.207]; $p < 0,01$) üzerindeki etkisinin ise negatif ve istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir. Bakım verenlerin bakım vermeye hazır oluşları, hastaların Bakım Bağımlılığının %30.1’ini, Depresyonlarının %15.2’sini, Anksiyetelerinin %13.5’ini, Streslerinin %6.3’ünü ve Genel Konforlarının %14.1’ini açıklamaktadır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Günümüzde inme, görülme sıklığı giderek artan önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir ve dünya genelinde mortalite nedenleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır (Tekin, 2023). Bireyin fiziksel yetilerini sınırlandıran bu hastalık, yaşam kalitesi üzerinde ciddi olumsuz etkiler yaratmakta; hareket kabiliyetini azaltarak günlük yaşam aktivitelerini kısıtlamaktadır. Bu durum yalnızca hastayı değil, aynı zamanda bakım sürecini üstlenen kişileri de doğrudan etkilemekte ve onların psikolojik, fiziksel ve sosyal açıdan çeşitli sorumluluklar ve yüklerle karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır. Bakım sürecinde öncelikli olarak, bakım veren bireyin deneyimlediği bakım yükünün düzeyinin belirlenmesi gerekmektedir. Bu yükün doğru şekilde değerlendirilmesi, hem bakımı alan hastanın hem de bakımı üstlenen bireyin yaşam kalitesinin iyileştirilmesi açısından önemli bir adımdır (Mollaoğlu ve ark., 2011).

Bu araştırma kapsamında, inme geçirmiş hastaların bakımından sorumlu bireylerin bakım yükü ile bakıma hazır oluşluklarının, hastaların duyu durumu ve konfor düzeyleri üzerindeki etkisi incelenmiştir. Elde edilen bulgular, mevcut literatürdeki çalışmalarla karşılaştırılarak tartışılmış ve sonuçlar bu çerçevede değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların Bakım Verme Yükü Ölçeği 'nden aldıkları toplam puan ortalaması $23,33 \pm 12,57$ olarak bulunmuştur. Bakım veren bireylerin orta düzeyde bakım yükü yaşadığı belirlenmiştir. Bu bulgu, bakım verenlerin bakım süreciyle ilişkili fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik yükleri belirli bir düzeyde hissettiklerini düşündürmektedir. Orta düzeyde bakım yükü, genellikle bakım verme sürecinin zorlayıcı ama sürdürülebilir bir şekilde yürütüldüğünü işaret eder. Bu durum, bakım verenlerin bir yandan bakım sürecinin getirdiği sorumlulukları ve stres faktörlerini yaşarken, diğer yandan bu yüklerle baş etme becerilerine, destek kaynaklarına veya içsel motivasyonlarına sahip olduklarını da düşündürebilir. Elde edilen bu bulguya göre, katılımcıların bakım verme sürecinde tamamen tükenmişlik yaşamadıkları, ancak belirli düzeyde zorlandıkları söylenebilir.

Bu nedenle bakım veren bireylerin desteklenmesi, stresle başa çıkma becerilerinin güçlendirilmesi ve bakım yükünü azaltmaya yönelik müdahalelerin (örneğin psikososyal destek programları, eğitim ve danışmanlık hizmetleri) planlanması önemlidir. Orta düzeyde bakım yükü, bakım verenlerin yaşam kalitesi ve ruhsal durumları açısından dikkate alınması gereken bir bulgudur. Bu durumun zamanla artmaması için, bakım veren bireylere yönelik düzenli takip, eğitim ve destek mekanizmalarının güçlendirilmesi önerilmektedir. Literatüre bakıldığında benzer çalışmalar gözlenmektedir. Carod-Artal ve ark. yaptıkları çalışmada ölçek puan ortalamasının $27,2 \pm 12,8$ olduğunu ve bakım verenlerin %26,6'sının aşırı yük yaşadığını bildirdiler. White ve ark. inmeli hastaların bakım verenlerinde görülen bakım yükünü hastalığın birinci ve ikinci yıllarında değerlendirmişler, Bakım Verme Yükü Ölçeği puanlarının birinci yılın sonunda $24,0 \pm 16,1$, ikinci yılın sonunda $26,1 \pm 19,9$ olduğunu bildirmişlerdir. Çetinkaya (2021) çalışmasında bakım veren bireylerin toplam puan ortalamaları $56,2 \pm 14,7$ olarak saptandı ve bakım veren bireylerin yüksek düzeyde bakım yükü yaşadığı bulundu. Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ile yapılan diğer çalışmalara bakıldığında; Mollaoğlu ve ark. (2011) yaptığı çalışmada bakım yükü ortalaması $33,02 \pm 15,92$, Ödemiş'in (2018) yaptığı çalışmada bakım yükü ortalaması $28 \pm 12,75$, Selçuk ve ark. (2016) ve Dağdeviren (2017)'in yaptıkları çalışmada bakım verenlerin bakım yükü yüksek düzeyde bulunmuştur.

Çalışmamızda bakım verme yükünü etkileyen faktörler değerlendirildiğinde kadınların, gelir düzeyi düşük olanların, eş tarafından bakım sağlanan ve birlikte yaşayanların, bakım süresi uzun olanların ve bakımda destek almayanların bakım verme yükleri yüksek bulunmuştur. Bakım verenle hastanın bir arada yaşaması, bakım verenin sürekli bir bakım halinde olması, hastasına ait her şeyi kontrol etme, takip etme, bakım verenin kendi sorumlulukları da yüklenince bakım yükü kavramı birlikte yaşamla önemli bir etkileşim içindedir. Malak ve Dicle (2008)'nin kanser tanısı alan hasta ve yakınına yönelik yaptığı çalışmada, bakım vericilerin hasta bakımı konusunda deneyiminin olmasının bakım yükü üzerinde olumlu etkisi olduğu belirtilmiştir. Bakım deneyimi olan bireylerin bakım yükünden daha az etkilenmesi bakım sürecine uyumlarının daha iyi olduğu göstermektedir. Kalınkara ve Kalaycı (2017), yaşlı bireylere bakım verenlerin bakım yükü tükenmişlik ve yaşam doyumu üzerine yaptığı çalışmada; bakım verenlerin çoğunun hasta ile birlikte yaşadığı ve bakım yaparken yardım aldığı görülmüştür.

Pinquart ve Sorensen'un (2007), bakım yükünü inceledikleri araştırmaya göre bakım süresinin incelendiği çalışmada süre uzadıkça bakım yükünün arttığı bildirilmiş, bakım veren bireylerin bakım verme süresinin yük faktörü üzerinde önemli olduğuna dikkat çekilmiştir. Bakım süresi arttıkça, bakım vericiler kendilerine zaman ayıramadıklarında günlük yaşamlarında sorunların daha da arttığı bildirilmektedir. Yumuşak (2024) tarafından yapılan çalışmada, inme tanısının konulmasından geçen sürenin artmasıyla bakım yükünün hafif de olsa arttığı görülmüştür. Kalav (2011) çalışmasında bakım yükünün tanı alma süresini arttırdığı sonuçlanmıştır. Çetinkaya (2021) çalışmasının sonucunda sigara alkol kullanımında, yaşadığı psikolojik sorunlarla baş edemeyen bireylerde bakım yükü yüksek bulunmuştur.

Bu araştırmada katılımcıların Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği'nden elde ettikleri ortalama puan $24,18 \pm 5,56$ olarak bulunmuş, bu sonuç bakıma yönelik hazır oluşluk düzeylerinin yüksek olduğunu göstermiştir. Elde edilen bu bulgu, katılımcıların bakım verme sürecine bilişsel, duyuşsal ve davranışsal açıdan olumlu bir yaklaşım sergilediklerini, bakım sorumluluğunu üstlenmeye istekli olduklarını ve bu role yönelik yüksek motivasyon taşıdıklarını düşündürmektedir. Yüksek puan ortalaması, bakım veren bireylerin öz-yeterlik algılarının güçlü, empati kapasitelerinin gelişmiş ve mesleki sorumluluk bilincinin yüksek olduğunu işaret etmektedir. Bununla birlikte, bu sonuçlar katılımcıların bakım verme rolünü içselleştirdiklerini ve bütüncül bir bakım anlayışına sahip olduklarını göstermektedir. Bu bağlamda, bakım vermeye yönelik olumlu tutum ve yüksek motivasyon düzeyi, bakım kalitesinin artırılmasında önemli bir belirleyici olarak değerlendirilebilir. Elde edilen bu bulgular doğrultusunda, bakım eğitimi programları ile klinik uygulama deneyimlerinin, bireylerin bu hazır oluşluk düzeyini koruyacak ve geliştirecek biçimde yapılandırılması önerilmektedir. Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde, Aydın (2020)'ın araştırmasında bakım verenlerin hazır oluşluk puan ortalamasının $19,47 \pm 7,40$, Pucciarelli ve arkadaşlarının (2019) inmeli hastaların bakım vericileriyle yürüttükleri çalışmada $15,42 \pm 6,6$, Uslu (2021)'nin deneysel araştırmasında ise deney grubunun ön test ortalamasının $10,24 \pm 6,12$, kontrol grubunun $14,12 \pm 7,26$ olduğu bildirilmektedir. Bakım vermeye hazır oluşluk kavramı; fiziksel bakım sağlama, duygusal destek sunma, evde bakım ortamını organize etme, bakım sürecinde koordinasyonu yürütme ve stresle baş etme gibi sorumluluk alanlarını kapsayan çok boyutlu bir yapıdır (Henriksson ve ark., 2012).

Eğitim düzeyi ile Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği arasındaki anlamlı ilişki, sağlık okuryazarlığının artmasıyla birlikte bakım sürecine uyumun güçlendiğini göstermektedir. Bu durum, eğitim seviyesinin yükselmesinin bakım vericilerin bakım rolünü benimseme eğilimini artırabileceğini ve hazır oluşluk puanlarının yükselmesine katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir.

Literatürde yer alan bulgular, araştırmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir. Turan (2020) tarafından inmeli hastalar üzerinde yürütülen çalışmada, katılımcıların %70,4'ünün eğitim düzeyinin düşük olduğu ve büyük çoğunluğunun okuma yazma bilmeyen, yalnızca okur-yazar veya ilköğretim mezunu bireylerden oluştuğu bildirilmiştir. Benzer şekilde, Aslan (2012)'in araştırmasında da hasta grubunun %72'sinin düşük eğitim düzeyine sahip olduğu; büyük bölümünün okur-yazar olmayan veya yalnızca ilköğretim mezunu bireylerden oluştuğu saptanmıştır. Duru Aşiret ve Kapucu (2011)'nin çalışmasında ise katılımcıların %40'ının ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda yer alan bireylerin ortalama yaşının 65,82 olması, eğitim düzeyinin düşük bulunmasında etkili bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Bu açıdan elde edilen bulgular, literatürdeki mevcut verilerle uyumlu görünmektedir. Ayrıca, düşük eğitim düzeyinin ülkemizde inme için potansiyel bir risk faktörü oluşturabileceği düşünülmektedir.

Araştırma bulgularına göre hastaların Bakım Bağımlılığı Ölçeği'nden aldıkları ortalama puan $54,86 \pm 20,66$ olup, bu değer hastaların genel olarak orta düzeyde bakım bağımlılığına sahip olduklarını göstermektedir. Bu sonuç, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme sürecinde belirli ölçüde yardıma ihtiyaç duyduklarını, ancak tamamen bağımlı olmadıklarını ortaya koymaktadır. Başka bir ifadeyle, hastalar mobilite, kişisel bakım ve beslenme gibi bazı alanlarda desteğe gereksinim duyarken, bazı aktivitelerde bağımsız hareket etme kapasitesine sahiptir.

Bakım bağımlılığının orta düzeyde seyretmesi, bireylerin yaş, hastalık süresi, fiziksel durum ve eşlik eden kronik rahatsızlıklar gibi etkenlere bağlı olarak fonksiyonel kapasitelerinde değişkenlik olabileceğini düşündürmektedir. Bu durum aynı zamanda, bakım veren bireylerin belirli bir düzeyde bakım yükü yaşamasına da katkıda bulunabilir.

Literatürde yer alan pek çok çalışma, bakım verici yükünü etkileyen hasta özelliklerini incelemiştir. Bulgular, erkek cinsiyetin, ileri yaştan, düşük eğitim ve gelir düzeyinin bakım yükünü artıran faktörler arasında yer aldığını göstermektedir. Çalışmamızda ise hastaların sosyodemografik değişkenleri ile bakım bağımlılığı, stres, depresyon, anksiyete ve genel konfor düzeyleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde; cinsiyet değişkenine göre depresyon, ferahlama ve rahatlama alt boyutlarında anlamlı ve orta düzeyde etkili farklılıklar saptanmıştır ($p < 0,05$).

İnmeli bireylere bakım verenlerde yapılan çok sayıda araştırma, bakım yükü düzeyinin artmasının depresif belirtilerin ve depresyon şiddetinin yükselmesiyle ilişkili olduğunu göstermektedir (Günay, 2017). Ayrıca literatürde, bakım verme süresinin bakım yükünü etkileyen temel faktörlerden biri olduğu belirtilmektedir. Nitekim Kalav'ın aktardığı Çelik (2014) çalışmasında, beş yıl ve üzeri süreyle bakım veren bireylerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamalarının, 2–6 ay süreyle bakım verenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Bu bağlamda, çalışmamızda bakım veren bireylerin bakım süresinin görece kısa olması, bakım yükü düzeyleri üzerinde anlamlı bir etki yaratmamış olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmada hastaların depresyon ve stres düzeyi düşük, anksiyete düzeyi yüksek bulunmuştur. Depresyon ve stres puanlarının düşük olması, hastaların bakım sürecinde yeterli destek aldığını veya duygusal olarak dayanıklılık geliştirdiğini düşündürürken, anksiyetenin biraz daha yüksek olması, belirsizlik veya sağlıkla ilgili endişelerin daha baskın olduğunu gösterebilir. Anksiyetenin depresyon ve strese kıyasla daha yüksek olması, hastaların sağlık durumları, gelecek kaygıları veya bakım sürecine bağlı belirsizliklerden daha fazla etkilendiğini düşündürülebilir. Özellikle yüksek bakım bağımlılığı, hastaların bağımsızlık kaybı veya sağlık durumlarının kötüleşeceği korkusu gibi anksiyete tetikleyici faktörlerle ilişkilendirilebilir. İnme sonrası görülen psikiyatrik bozuklukların önemli bir çoğunluğunu depresyon ve anksiyete oluşturmaktadır (Mutlu Ekici, 2023).

Araştırma bulgularına göre, kadın katılımcıların ve geniş ailede yaşayan bireylerin depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, çocuğu olmayanların, düşük eğitim seviyesine sahip olanların, çalışan bireylerin ve sigara kullananların stres düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Buna karşılık, ekonomik durumu iyi olan bireylerde anksiyete düzeyinin anlamlı biçimde daha yüksek olduğu görülmüştür.

Arca ve Ceylan (2020) tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde, hasta yakınlarının yaşadığı depresyon düzeylerinin yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek ve yakınlık derecesine göre değişmediği, ancak eğitim düzeyi ilköğretim olan bireylerde depresyonun daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu durumun, örneklem grubunun sosyo-demografik özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin stresle baş etme stratejileri konusunda daha fazla bilgiye ve farkındalığa sahip olmaları, depresyon düzeylerinin daha düşük seyretmesine katkı sağlamış olabilir.

Büyükbayram (2014) tarafından yapılan çalışmada, bakım veren kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek anksiyete yaşadığı belirlenmiştir. Benzer şekilde, Bekdemir (2014)'ün araştırmasında da kadın bakım verenlerin, erkeklere oranla anksiyete, depresyon ve olumsuz yaşam değişikliklerine daha yatkın olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, kadınların bakım sürecinde daha yoğun duygusal yük yaşadıklarını ve bakımın psikososyal etkilerine daha açık olduklarını göstermektedir.

Araştırmada elde edilen bir diğer dikkat çekici sonuç ise, ekonomik düzeyi yüksek olan bireylerde anksiyete seviyesinin artmış olmasıdır. Bu durum, ekonomik kaygı taşımayan bireylerin geleceğe yönelik belirsizlik, hastalığın seyri ve iyileşme sürecine dair endişeleri daha yoğun yaşamalarıyla açıklanabilir. Gelir düzeyinin bireylerin refah düzeyini ve yaşam doyumunu doğrudan etkilemesi, anksiyetenin psikolojik yansımaları üzerinde belirleyici bir rol oynamaktadır. Ayrıca, inmenin beyinde etkilediği bölgenin niteliği de duygusal değişikliklerin ortaya çıkmasında önemli bir etken olabilir (Tekin, 2023).

Bununla birlikte, Demircioğlu (2017) ve Koçak (2011) tarafından yürütülen çalışmalarda, inmeli bireylere bakım verenlerde medeni durumun ve çocuk sahibi olmanın bakım yükü üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı bildirilmiştir. Bu sonuçlar, bakım yükünün yalnızca demografik özelliklerle değil, bireyin psikolojik dayanıklılığı, sosyal desteği ve bakım sürecine ilişkin algısı gibi çok boyutlu etmenlerle de şekillendiğini göstermektedir.

Çalışmada hastaların Genel Konfor Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının $4,12 \pm 0,60$ olduğu belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük puanın 1, en yüksek puanın 6 olduğu dikkate alındığında, bu sonuç hastaların konfor düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, araştırmaya katılan bireylerin fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyal yönlerden genel olarak kendilerini iyi hissettiklerini, bakım sürecinde temel gereksinimlerinin karşılandığını ve rahat bir bakım ortamında bulunduklarını düşündürmektedir. Alt boyutlar incelendiğinde; Ferahlama alt boyut puan ortalamasının $4,08 \pm 0,74$, Rahatlama alt boyut puan ortalamasının $4,22 \pm 0,80$ ve Üstünlük (Transcendence) alt boyut puan ortalamasının $4,07 \pm 0,59$ olduğu görülmektedir. Bu değerler, hastaların yalnızca fiziksel açıdan değil, aynı zamanda psikolojik ve ruhsal açıdan da konforlarının yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Rahatlama alt boyutunun en yüksek ortalamaya sahip olması, hastaların bakım sürecinde gevşeme, huzur ve dinginlik hissettiklerini düşündürmektedir. Bu durum, bakım verenlerin bakım sürecinde empatik yaklaşım sergilemeleri, hasta gereksinimlerini zamanında karşılamaları ve destekleyici iletişim kurmalarının bir sonucu olabilir. Ferahlama alt boyutunun yüksek puanı ise hastaların fiziksel çevrelerinden (örneğin oda ısısı, hijyen, gürültü düzeyi, mahremiyet) memnun olduklarını, dolayısıyla çevresel konforlarının iyi olduğunu göstermektedir. Üstünlük alt boyutunun (transcendence) yüksek puanı ise, hastaların yaşadıkları duruma uyum sağlama, umut duygusunu koruma ve bakım sürecinde anlam bulma eğiliminde olduklarını işaret etmektedir. Güleşen ve Üstün (2020)'nin gerçekleştirdiği çalışmada, konforun fiziksel boyutuna ilişkin bulgular incelendiğinde, en düşük puanın “rahatlama” düzeyinde elde edildiği görülmüştür. “Rahatlama” düzeyi, bireyin sakinlik, huzur ve içsel denge hissetme durumunu temsil etmektedir. Diğer iki düzeyin ise birbirine yakın puan ortalamalarına sahip olduğu, dolayısıyla katılımcıların genel olarak fiziksel konfor düzeylerinde belirgin bir fark oluşmadığı saptanmıştır. Araştırmada dikkat çeken bir diğer bulgu, üç düzeyin de ortalama puanlarının üç puanın altında kalmış olmasıdır. Bu durum, bireylerin fiziksel konforlarının genel olarak düşük bir düzeyde seyrettiğini göstermektedir. Psikospiritüel boyut açısından değerlendirildiğinde, en yüksek puanın “rahatlama” düzeyinde, en düşük puanın ise ferahlama düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, bireylerin manevi ve duygusal anlamda huzur bulma eğilimlerinin, fiziksel rahatlama düzeylerinden daha belirgin olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda konfor düzeyini etkileyen değişkenler incelendiğinde, kadın katılımcıların, gelir düzeyi düşük olan bireylerin ve bakım süresi uzun olanların konfor düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, ekonomik koşulların, bakım yükünün süresi ve cinsiyetin konfor algısı üzerinde önemli bir etkisi olabileceğini göstermektedir. Hastaların tedaviye uyum düzeylerinin yüksek olması, bakım veren bireylerin bakım sürecini daha olumlu ve sürdürülebilir biçimde yönetmelerine katkı sağlamaktadır. Bu durum, hasta–bakım veren etkileşiminin kalitesinin, hem hastanın iyileşme süreci hem de bakım verenin psikolojik konforu açısından belirleyici bir unsur olduğunu göstermektedir. Akarca (2023) tarafından yapılan çalışmada, lisans ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip hastalara bakım veren bireylerin bakıma hazır oluşluk düzeylerinin, daha düşük eğitim seviyesine sahip hastalara bakım veren bireylerden anlamlı biçimde yüksek olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyinin artması, bireylerin sağlıkla ilgili konularda daha bilinçli, farkındalığı yüksek ve bakım sürecine daha aktif katılım gösteren bir tutum sergilemesine katkı sağlamaktadır. Aynı çalışmada, iskemik inme tanılı hastaların bakım bağımlılığı ile bakım veren bireylerin bakıma hazır oluşluk düzeyi arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu da belirlenmiştir. Bu bulgu, hastaların bakıma olan bağımlılık düzeyi arttıkça, bakım verenlerin de bakım sürecine yönelik hazırlık ve sorumluluk duygularının güçlendiğini göstermektedir (Akarca, 2023).

Çalışmada yer alan yol analizi sonuçlarına göre, hasta yakınlarının bakım verme yüklerinin hastaların bakım bağımlılığı ve genel konfor düzeyleri üzerinde negatif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre, bakım verme yükü arttıkça hastaların bakım bağımlılığı düzeyi azalmaktadır. Bu bulgu, yüksek bakım yükü yaşayan hasta yakınlarının hastalarına daha sınırlı bakım sunabildiklerini, dolayısıyla hastaların bakım gereksinimlerini tam olarak karşılayamadıklarını düşündürmektedir. Bakım verenin fiziksel ve duygusal olarak zorlanması, yorgunluk, tükenmişlik ve motivasyon kaybına yol açarak bakım kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Bu durum, hastaların bakım bağımlılığı düzeyinin artmasına değil, tersine bakım sürecinde daha fazla yetersizlik hissedilmesine neden olabilir. Başka bir açıdan bakıldığında ise, bakım yükü arttıkça bakım veren bireylerin bağımlı hastalara karşı duygusal mesafe geliştirme eğiliminde olabilecekleri ve bu durumun bakım kalitesini dolaylı olarak etkileyebileceği söylenebilir.

Ayrıca, bakım verme yükünün hastaların genel konfor düzeyi üzerinde de negatif yönde ve anlamlı bir etkisinin bulunması dikkat çekicidir. Bu bulgu, bakım veren bireylerin yaşadıkları yükün, hastaların konfor algısını olumsuz yönde etkileyebileceğini göstermektedir. Bakım verenin yorgun, stresli veya duygusal olarak tükenmiş olması, hastaya sağlanan fiziksel ve psikososyal bakımın kalitesini düşürebilir. Bu da hastaların kendilerini daha az rahatlamış, daha huzursuz veya çevresel olarak daha rahatsız hissetmelerine neden olabilir. Bu bulgular bakım verenin yük düzeyinin hemşirelik bakımında dikkate alınması gereken kritik bir değişken olduğunu göstermektedir. Hastaların konfor ve bakım bağımlılığı düzeylerini iyileştirmek için, yalnızca hasta odaklı değil, bakım veren destek programlarını da içeren bütüncül yaklaşımlar geliştirilmelidir. Bu kapsamda, psikososyal destek, bakım becerilerini güçlendirme eğitimleri ve dinlenme fırsatları sunulması hem bakım verenin yükünü azaltabilir hem de hastaların konfor düzeyini artırabilir.

Çalışmada yer alan diğer bir yol analizi sonuçlarına göre, hasta yakınlarının bakım vermeye hazır oluşluk düzeylerinin hastaların genel konfor düzeyleri üzerinde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır. Bakım vermeye hazır oluşluk, bireyin bakım sürecini bilgi, beceri, duygusal dayanıklılık ve motivasyon açısından kabullenmiş olması anlamına gelir. Dolayısıyla, bakım vermeye hazır olan bireyler hastalarına daha etkin, sabırlı, özenli ve empatik bir yaklaşım sergileyebilirler. Bu da hastaların hem fiziksel hem psikolojik açıdan daha rahat hissetmelerini, kendilerini güvende ve desteklenmiş hissetmelerini sağlar. Elde edilen bulgu, Kolcaba'nın Konfor Kuramı ile de uyumludur. Kolcaba'ya göre bireyin konforu; fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel gereksinimlerinin karşılanmasıyla sağlanır (Sarıtaş vd., 2018). Bakım verenin hazır oluşluğu, bu gereksinimlerin karşılanma düzeyini doğrudan etkileyen bir faktördür. Hazır ve motive bir bakım veren, hem fiziksel bakım uygulamalarında daha dikkatli olur hem de hastanın duygusal ihtiyaçlarına daha duyarlı yaklaşır. Bu nedenle, araştırmada bakım vermeye hazır oluşluk düzeyi yüksek olan bireylerin hastalarının daha yüksek konfor düzeyine sahip olması kuramsal olarak da beklenen bir durumdur. Sonuç olarak, bu çalışma bulguları, bakım verenlerin bakım sürecine yönelik hazır oluşluk düzeylerinin artırılmasının, hastaların konfor düzeyini yükseltmede etkili bir strateji olabileceğini ortaya koymaktadır. Bu kapsamda, bakım veren bireylere yönelik eğitim

programlarının, danışmanlık hizmetlerinin ve psikososyal destek uygulamalarının planlanması hastaların konfor düzeylerinin korunmasına katkı sağlayacaktır.



ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

İnme geçirmiş hastaların bakımından sorumlu kişilerin bakım yükü bakıma hazır oluşluklarının hastaların duygu durumlarına ve konforuna etkisinin incelendiği çalışmada, bakım veren bireylerin orta düzeyde bakım yükü yaşadığı; bakım verme yükünü etkileyen faktörler değerlendirildiğinde kadınların, gelir düzeyi düşük olanların, eş tarafından bakım sağlanan ve birlikte yaşayanların, bakım süresi uzun olanların ve bakımda destek almayanların bakım verme yükleri yüksek bulunmuştur.

Bakım veren bireylerin bakıma hazıroluşluk seviyelerinin yüksek olduğu ve eğitim düzeyi yükseldikçe bakıma hazıroluşluk düzeyinin arttığı gözlenmiştir.

Çalışmada hastaların depresyon ve stres düzeyi düşük, anksiyete düzeyi yüksek bulunmuştur. Kadınların ve geniş ailede yaşayanların depresyon düzeyleri; çocuğu olmayanların, eğitim düzeyi düşük olanların, çalışanların ve sigara kullananların stres düzeyi; ekonomik düzeyi iyi olanların anksiyete düzeyi daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmada hastaların konfor düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Kadınların, gelir düzeyi düşük olanların ve bakım süresi fazla olanları konfor düzeyleri düşük bulunmuştur.

Çalışmada hasta yakınlarının bakım verme yüklerinin hastaların bakım bağımlılığı ve genel konfor düzeyleri üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hasta yakınlarının bakım vermeye hazır oluşluk düzeylerinin hastaların genel konfor düzeyleri üzerine olumlu bir etkisi olduğu saptanmıştır.

Öneriler,

- Bakım yükü yüksek olan gruplara (özellikle kadınlar ve düşük gelir düzeyine sahip bireyler) yönelik psikolojik danışmanlık ve destek grupları oluşturulmalıdır. Bu programlar, bakım verenlerin duygusal ve zihinsel yüklerini hafifletmek için stres yönetimi ve başa çıkma stratejileri sunabilir.
- Bakım yükünü azaltmak için bakım paylaşım modelleri teşvik edilmelidir. Örneğin, aile üyeleri arasında görev dağılımı veya profesyonel bakım hizmetlerinden destek alınması sağlanabilir. Özellikle destek almayan bireyler için yerel yönetimler veya sağlık kuruluşları aracılığıyla bakım destek hizmetleri (örneğin, evde bakım hizmetleri) yaygınlaştırılmalıdır.
- Düşük gelir düzeyine sahip bakım verenler için maddi destek programları (örneğin, bakım maaşı veya sosyal yardım) geliştirilmeli ve erişilebilir hale getirilmelidir. Bu, ekonomik yükü azaltarak bakım sürecini kolaylaştırabilir. Kadın hastaların ve düşük gelir düzeyine sahip bireylerin konfor düzeylerinin düşük olması, sosyal ve ekonomik eşitsizliklerden kaynaklanabilir. Bu gruplara yönelik maddi destek, sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı ve cinsiyete duyarlı bakım yaklaşımları geliştirilmelidir.
- Uzun süreli bakımın yükü artırdığı ve konforu azalttığı göz önüne alındığında, bakım verenlere düzenli mola imkanları sunulmalıdır. Örneğin, kısa süreli bakım merkezleri veya geçici bakım hizmetleri, bakım verenlerin dinlenmesine olanak tanıyabilir.
- Bakım verenlere yönelik eğitim programları güçlendirilmelidir. Bu programlar, inme hastalarının bakımı, sağlık yönetimi ve duygusal destek teknikleri gibi konuları kapsamalıdır. Özellikle düşük eğitim düzeyine sahip bireyler için erişilebilir, sade ve uygulamalı eğitim materyalleri hazırlanmalıdır.
- Bakım verenlerin bilgi ve becerilerini güncel tutmak için düzenli seminerler, çevrimiçi eğitim modülleri veya mentorluk programları düzenlenmelidir. Bu, bakım verenlerin özgüvenini ve hazır oluşluk düzeylerini artırabilir.

Bakım verenlerin yüksek hazır oluşluk düzeylerinin hastaların konforunu artırdığı göz önüne alındığında, bakım verenlerin motivasyonunu ve becerilerini destekleyen programlar devam ettirilmelidir.

- Bakım vermenin önemi ve zorlukları hakkında toplumsal farkındalığı artırmak, bakım verenlerin sosyal destek ağlarını güçlendirebilir ve hazır oluşluklarını olumlu yönde etkileyebilir. Önerilen destek programlarının (eğitim, psikolojik destek, maddi yardım) etkinliğini değerlendiren kontrollü müdahale çalışmaları planlanmalıdır.
- Anksiyete düzeyinin yüksek olması, hastaların sağlık durumları veya gelecekle ilgili belirsizliklerden kaynaklanabilir. Bu nedenle, hastalara yönelik bireysel veya grup temelli bilişsel davranışçı terapi programları uygulanabilir. Ayrıca, mindfulness ve gevşeme teknikleri gibi stres azaltıcı yöntemler öğretilebilir. Kadınlar, geniş ailede yaşayanlar, çocuğu olmayanlar ve sigara kullananlar gibi risk gruplarına özel psikolojik destek programları düzenlenmelidir. Düşük eğitim düzeyine sahip veya çalışan hastaların stres düzeylerinin yüksek olması, bilgiye erişim veya iş-yaşam dengesi sorunlarından kaynaklanabilir. Bu hastalar için sağlık okuryazarlığını artıran eğitimler ve esnek çalışma düzenlemeleri teşvik edilmelidir.
- Hastaların konforunu artırmak için evde bakım ortamlarının ergonomik ve güvenli hale getirilmesi sağlanmalıdır. Örneğin, hareket kabiliyetini destekleyen ekipmanlar (tekerlekli sandalye, hasta yatağı) veya ev düzenlemeleri teşvik edilmelidir.
- Bakım yükü, hazır oluşluk, hastaların psikolojik durumu ve konfor düzeyleri arasındaki ilişkilerin zaman içindeki değişimini anlamak için uzun süreli takipli çalışmalar yapılmalıdır.
- Cinsiyet, gelir düzeyi, eğitim ve aile yapısı gibi faktörlerin etkileri daha ayrıntılı incelenmelidir. Örneğin, geniş ailede yaşayanların depresyon düzeylerinin yüksek olmasının altında yatan nedenler (örneğin sosyal baskılar) araştırılabilir.

KAYNAKÇA

- Akarca, S. (2023). *İskemik inme hastalarının bakım bağımlılığı ve bakım verenlerin bakıma hazır olma durumlarının incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
- Akdemir, N., Birol, L. (2004). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, Sistem Ofset, Ankara.
- Akdemir, N., Bostanoğlu, H., Yurtsever, S., Kutlutürkan, S., Kapucu, S., Canlı Özer, Z. (2011). Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(1),57- 65.
- Alankaya, N. (2019). İnme sonrası yeti yitimi ve rehabilitasyonda hemşirenin rolü. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 23(3),195-201.
- American İnme Derneği. Stroke Symptoms. <https://www.stroke.org/en/about/stroke/stroke-symptoms>. Erişim Tarihi: 11 Nisan 2025.
- Arsava, M. (2017). Hacettepe university national burden of disease study results and solutions. Cerebrovascular diseases dementia. http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal_program.pdf. Erişim Tarihi: 11 Nisan 2025.
- Aşiret, G.D., Kapucu, G. (2012). İnme hastalarına bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2,73-80.
- Avcı Demir, Y., Gözüm, S., Özer Z. (2016). İnme hastalarının ailelerinin, bakım verme yeterliliğini geliştirmek için yapılan girişimler: sistematik derleme. *TJFM&PC*,10(3),164-174.
- Ay, S., Koldaş Doğan, Ş., Evcik, D. (2009). İnme hastalarda risk faktörleri ve fonksiyonel iyileşme üzerine etkileri. *Yeni Tıp Dergisi*, 26, 37-41.
- Ay, S., Ünübol, H., Ezer, S., Omay, O., Sayar, G. H., (2017). Yaşlı hastalara bakım verenlerin bakım verme yükleri ve başa çıkma biçimleri ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Family Practice and Palliative Care*, 2(3),38-44.
- Aydemir, T., Çetin, Ş. (2019). Kronik hastalıklar ve psikososyal bakım. *JAMER*, 4(3), 109- 115.

- Aydın, A. (2021). *İnmeli hastaların bakım vericilerinin bakım vermeye hazır oluşluğu ve algıladıkları stres* (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Bal, C., Koç, Z. (2020). İskemik inme geçiren bireyin NANDA-I'ya göre hemşirelik tanıları, NIC hemşirelik girişimleri ve noc çıktıları. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 12(3),443-56.
- Bekdemir, A. (2014). *Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin yaşadıkları sorunlar ve bakım yükünün belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Bilgili, N. Gözüm, S. (2014). İnmeli hastaların evde bakımı: bakım verenler için rehber. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7 (2), 128-150.
- Büyükbayram, Z. (2014). *Kemoterapi alan hasta ve bakım verenin anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörler* (Yüksek Lisans Tezi). İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Büyüköztürk, Ş. (2012). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı* (16. baskı). Ankara, Pegem Akademi.
- Bozoğlu, S. (2022). *İnmeli hastalarda spiritüel iyi oluş, konfor ilişkisi ve etkileyen faktörler* (Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi. İzmir.
- Carod-Artal, F.J., Coral, L.F., Trizotto, D.S., Moreira, C.M. (2009). Burden and perceived health status among caregivers of stroke patients. *Cerebrovasc Dis*, 28, 472–480.
- Çapan, B.E. (2016). Yaşlı ile birlikte yaşamak: stres ve başa çıkma. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 9(2), 33-47.
- Çekici, A. (2022). *İnmeli hastaların bakım vericilerinin bakıma hazır oluşluğu ile özgecilik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Çelik, A. (2014). *İnmeli hastalarda fonksiyonel durumun bakım verenlerin bakım yüküne ve yaşam kalitesine etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara.

- Çelik, H.N. (2024). *Afazisi olan inmeli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükü ile afazinin aile yaşamına etkisi arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Karabük Üniversitesi, Karabük.
- Çetinkaya, N. (2021). *İnmeli hastalara bakım verenlerde bakım yükü, anksiyete ve depresyon düzeyinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul
- Çetinkaya, N., Dönmez, E. (2023). İnmeli hastalara bakım verenlerde bakım yükü, anksiyete ve depresyon düzeyinin incelenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 10(1), 49-59.
- Çınar Yücel, Ş. (2011). Kolcaba'nın konfor kuramı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27(2),79-88.
- Çıtlık Sarıtaş, S., Çevik, S., Özden, G. (2018). Genel konfor ölçeği kısa formunun Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*, 10(2),16.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dağdeviren, T.S. (2017). *Kliniği evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım veren yakınlarında bakım yükünün değerlendirilmesi* (Uzmanlık Tezi). Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara.
- Demirel, A., Ak, E.S. (2024). Beyin tümörü ameliyatı olan hastalarda konfor düzeyi ve konforu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Türk Nöroşir Derg*, 34(1),33-41.
- Demircioğlu, A. (2017). *İnme hastalarına verilen ev egzersiz programının bakım veren yüküne etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Medeniyet Üniversitesi, İstanbul.
- Doğan, S. (2014). *İnmeli hastalarda depresif belirtilerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Er, F., Yıldırım, Ş. (2019). İnme sonrası hasta ve bakım verenlerin aile içi ilişkilerinin değerlendirilmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(3), 182-189.
- Erdem, H. (2019). *İnmeli bireylere bakım verenlerde bakım yükü ve merhamet düzeyi arasındaki ilişki* (Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.

- Erol, S., Sezer, A., Şişman, F. N., Öztürk, S. (2016). Yaşlılarda yalnızlık algısı ve yaşam doyumu. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 60-69.
- Fırat, O., Karakuş, M., Arsava, E.M., Topçuoğlu, M.A., Demirkan, K. (2021). İskemik inmelede risk faktörlerinin yönetiminde kılavuz karşılaştırması. *STED*, 30(3), 211- 217.
- Güleşen, G., Üstün, B. (2020). Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların algıladıkları konfor düzeyi ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13(4), 251-258.
- Hankey, G.J. (2006). Potential new risk factors for ischemic stroke what is their potential. *Stroke*, 37,2181-8.
- Henriksson, A., Årestedt, K., (2013). Exploring factors and caregiver outcomes associated with feelings of preparedness for caregiving in family caregivers in palliative care: A correlational, cross-sectional study. *Palliative Medicine*, 27 (7),639-646.
- İnci, F.H., Erdem, M. (2008). Bakım verme yükü ölçeği'nin türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(4), 85-95.
- Kablan, Y. (2018). Stroke: Epidemiology and risk factors. In: Gökçe M, editor. Inme I. Ankara, Turkey: *Türkiye Klinikleri*, p. 1-19.
- Kamel, A.A., Bond, A.E., Froelicher, E.S. (2012). Depression and caregiver burden experienced by caregivers of jordanian patients with stroke. *International Journal Of Nursing Practice*, 18, 147–154.
- Kalay, S. (2011). *İnme tanısı almış hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükü ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki* (Yüksek Lisans Tezi). Mersin Üniversitesi, Mersin.
- Kalınkara, V., Kalaycı, I. (2017). Yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 10 (2), 19-39.
- Kara, N., Karahan, İ., Çelik, S. (2024). İntraparankimal hemorajik inme tanılı olgunun konfor kuramı doğrultusunda hemşirelik bakımı. *J Intensive Care Nurs.* 28(3),220-229.

- Karadakovan, A. (2017). "Bölüm 54: sinir sistemi hastalıkları". İçinde: dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Karadakovan, A., Eti Aslan, F. (Editörler), *Akademisyen Kitapevi*. s: 1127-1150.
- Karadakovan, A., Çalışkan, T. (2020). İnme sonrası erken dönem epileptik nöbet geçiren bir olgunun kolcaba'nın konfor kuramına göre değerlendirilmesi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(2), 290-295.
- Karaman, S. (2014). İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakıma hazır oluşluk ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması (Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi, İzmir.
- Karaman, S., Karadakovan, A., (2015). İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakıma hazır oluşluk ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik*.
- Kars Fertelli, T., Özkan Tuncay, F., (2019). İnmeli bireye bakım verenlerde bakım yükü, sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *JAREN*, 5(2),107-115.
- Kernan, W.N., Ovbiagele, B., Black, H.R., Bravata, D.M., Chimowitz, M.I., Ezekowitz, M.D., (2014). Et Al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack. *Stroke*,45(7),216-236.
- King, R.B., Hartke, R.J., Houle, T.T. (2010). Patterns of relationships between background characteristics, coping, and stroke caregiver outcomes. *Topics in Stroke Rehabilitation*,17(4),308-317.
- King, R. B., Hartke, R. J., Houle, T., Lee, J., Herring, G., Alexander-Peterson, B. S., & Raad, J. (2012). A problem-solving early intervention for stroke caregivers: one year follow-up. *Rehabilitation Nursing Journal*, 37(5), 231-243.
- Koçak, G. (2011). *İnmeli hastalarda bakım verici yükü* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Koçak, S. (2023). *İnmeli hastaların 1. Derece bakım vericilerinin merhamet yorgunluğu ve anksiyete düzeylerini incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Topkapı Üniversitesi, İstanbul.
- Köroğlu, (2014). E. *Dsm-5 tanı ölçütleri el kitabı*. HYB Yayıncılık, Ankara.

- Kubat, G. (2017). *Cerrahi operasyon geçiren hastaların konfor düzeyinin değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
- Kunt, R., Püllüm, E. (2021). İnme ünitesinde yatan hastalarda, fonksiyonel değerlendirme ölçekleri kullanılarak klinik durumun değerlendirilmesi. *Med J West Black Sea*, 5(3),401-408.
- Kurt, D., Erol, Ö. (2023). İnmeli bir hastanın yaşam modeli' ne göre hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *Sağlık ve Toplum*, 33 (2), 214-221.
- Kuş, C. (2016). Eşi gebe olan erkeklerde anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi.
- Kutluk, K. (2004). İskemik inme. *Nobel tıp kitabevleri*.
- Malak, T., Dicle, A., (2008) beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü ve etkileyen faktörler. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 18,118-121.
- Mollaoğlu, M., Özkan Tuncay, F., Kars Fertelli, T. (2011). İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. *DEUHYO ED*, 4 (3), 125-130.
- Molu, B., (2017). İskemik inme geçiren bireyin roy adaptasyon modeline göre hemşirelik bakımı. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1-2-3), 167-177.
- Mutlu Ekici, S.N. (2023). *İnmeli hastalarda fonksiyonel durum ile depresyon, anksiyete ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi*. (Uzmanlık Tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.
- Mukherjee, D., Patil, C.G. (2011). Epidemiology and the global burden of stroke. *World Neurosurg*, 76,85-90.
- Nazlıel, E. (2009). Serebrovasküler hastalıkların epidemiyolojisi. Serebrovasküler hastalıklar, *S. Balkan (der.)*, Ankara, 375-385.
- OECD. (2014). *Health at a glance: Asia/Pasific Measuring Progress Towards*.
- Ödemiş, H. (2018). *İnmeli hastaların primer bakım vericilerinin bakımyükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi.
- Özdemir, Ü., Taşcı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi Cilt 1 Sayı 1*.

- Özdemir, G.S. (2015). *Duygusal yemenin depresyon, anksiyete ve stres belirtileri ile olan ilişkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.
- Özmen, S. (2015). *Multiple sklerozlu hastalara bakım verenlerin bakım yükleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi, Erzurum
- Özkurt, V. (2019). Bakım verenlerin bakım ihtiyacı riski: bakım alan kişinin mknatis etkisi. *Senex: Yaşlılık Çalışmaları Dergisi*, 3,4-18.
- Özlü, A., Yıldız, M., Aker, T. (2009). Zarit bakıcı yük ölçeğinin şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46 (Özel Sayı), 38-42.
- Öztürk, S. (2014). Epidemiology and the global burden of stroke- situation in Turkey. *World Neurosurgery*,81:35-36.
- Özütürker, S., Özütürker, M. (2023). Yaşlısına bakım veren aile bireylerinin karşılaştıkları sorunlar. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 16(2),78-86.
- Pinquart, M., Sorensen, S. (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: a meta- analysis. *Journals of Gerontology, Psychological Sciences and Social Sciences*, 62,126-137.
- Preacher, K. J. & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879-891.
- Rafsten, L., Danielsson, A., & Sunnerhagen, K.S. (2018) Anxiety after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Journal Rehabilitionl Medicine*, 50(9), 769-778.
- Selçuk, K.T., Avcı, D. (2016). Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*,7(1),1-9.
- Şahan, M., Satar, S., Koç, F.A., Sebe, A. (2010). İskemik inme ve akut faz reaktanları. *ARŞİV*, 19,85.

- Sarıçam, H. (2018). The psychometric properties of turkish version of depression anxiety stress scale-21 (dass-21) in health control and clinical samples. *JCBPR*, 7(1),19–30.
- Şen, S. (2021). *Mplus ile yapısal eşitlik modellemesi uygulamaları*. Nobel Akademi.
- Şentürk, S.E. (2013). Meslek olarak hemşirelik ve hemşirelikte etik ilkeler. *Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul s:13*.
- Şirzai, H., Ünsal Delialioğlu, S., Sarı, İ.F., Özel, S. (2015). İnme ve bakım verme yükü. *FTR Bilim Dergisi*,18, 162-169.
- Sözeri Eser, İ. (2019). *İnmeli hastalara bakım verenlerin bakıma hazır olma durumunu etkileyen faktörlerin incelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi, İzmir.
- Tekin, H. (2023). *İnmeli hastaların hastalık algısı ve maneviyat düzeyleri arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler*. (Yüksek Lisans Tezi). Aksaray Üniversitesi, Aksaray.
- Terzi, B., Kaya, N. (2017). Konfor kuramı ve analizi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(1),67-74.
- Tomak, T. (2013). *Genç iskemik ve hemorajik inmeli hastalarda demografik, klinik ve radyolojik özelliklerin prognoz ile ilişkisinin retrospektif incelenmesi* (Uzmanlık Tezi). Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon.
- Tuna, M., Olgun, N. (2010). İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda algılanan sosyal desteğin rolü. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 41-52.
- Türk Dil Kurumu. Türk dil kurumu sözlükleri. 2024. <https://sozluk.gov.tr> Erişim Tarihi:20.03.2024.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2020). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2020-37243>. Erişim Tarihi:20.03.2024.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ölüm nedenleri istatistiği. 2017. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095 Erişim Tarihi:20.03.2024.

- Uluturhan, C. (2023). *İnmeli hastaların primer bakım vericilerinin bakım verme yükü ve depresyon düzeyinin ilişkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Pamukkale Üniversitesi, Denizli.
- Utku, U., (2007). İnme tanımı, etyolojisi, sınıflandırma ve risk faktörleri. *Türk Fiz Tıp Rehab Dergisi*, 53 Özel Sayı 1; 1-3.
- Utku, U., Çelik, Y. (2009). Serebrovasküler hastalıkların epidemiyolojisi. Serebrovasküler hastalıklar, S. Balkan (der.), Ankara, s.51-59.
- Üner, S., Balcılar, M., Ergüder, T. (2017) (Ed) Türkiye hane halkı sağlık araştırması: Bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri prevalansı (STEPS). DSÖ Türkiye Ofisi; Ankara, 2018.
- Visser-Meily, A., Van Heugten, C., Post, M., Schepers, V., Lindeman, E. (2005). Intervention studies for caregivers of stroke survivors: a critical review. *Patient Educ Couns*. 56,257-67.
- Yeşil, T., Çetinkaya Uslusoy E., Korkmaz M. (2016). Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 54-66.
- Yıldırım, S., Engin, E., Başkaya V.A. (2013). İnmeli hastalara bakım verenlerin yükü ve yükü etkileyen faktörler. *Nöropsikiyatri Arşivi*; 50,169-174.
- Yönt, G.H., Akın Korhan, E., Khorshid, L., Eşer, İ., Dijkstra, A. (2010). Bakım bağımlılığı ölçeğinin (care dependency scale) yaşlı bireylerde geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 13(Özel Sayı), 71
- Yumuşak, S. (2024). İnmeli hastalara bakım veren bireylerde bakım yükünün sosyal destek algısı ve spiritüel iyi oluş düzeyleri ile ilişkisi (Yüksek Lisans Tezi), Selçuk Üniversitesi, Konya
- WHO. (2006). STEPS Stroke Manual: the who stepwise approach to stroke surveillance. Geneva, 2006,
- WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000 2016. Department of information, evidence and research who, geneva march 2018. Global health estimates technical paper. Who/his/ier/ghe/2018.3 https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalCOD_method_2000-2016.pdf. Erişim Tarihi:20.03.2024.

EKLER

Ek 1: Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma, inmeli hastalara bakım verenlerin bakım yükü ve bakıma hazır oluşluklarının hastaların duygu durumlarına ve konforuna etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Araştırmada kişisel veri toplanacağından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirleri alacak, gerekli her türlü yükümlülüğü özenle yerine getireceğiz. Çalışma bilimsel bir araştırma için veri toplamayı amaçlamaktadır. Çalışma sonuçları sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak, çalışmanın sonuçları katılımcıların aleyhine olacak şekilde kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmakta, verdiğiniz cevaplar tamamen gizli tutulacak ve kimliklerinizi açık edici davranışlardan kaçınılacaktır. Çalışmaya katılım sırasında herhangi bir nedenle rahatsızlık hissetmeniz durumunda istediğiniz zaman katılımınızı sona erdirebilirsiniz.

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
3. Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar
4. Çocuk Varlığı: Var () Sayısı: ... Yok ()
5. Eğitim Durumu: () Okur yazar değil () Okur yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise
() Ön Lisans () Lisans () Lisans Üstü
6. Çalışma Durumu: () Çalışıyor () Çalışmıyor
7. Ekonomik Durum Algılama: () Gelirim giderime denk () Gelirim giderimden fazla
() Gelirim giderimden az
8. İnme Tanısını Ne Zaman Aldınız?.....
9. Ek Kronik Hastalık Durumu: Evet () Hayır ()
10. Birlikte Yaşadığı Kişiler:
() Yalnız () Eşi () Eşi ve çocuğu/çocukları () Anne/Baba () Yakınları/Akrabaları
() Diğer: ...
11. Sigara Kullanıyor Musunuz? Evet () Hayır ()

12. Alkol Kullanıyor Musunuz? Evet () Hayır ()
13. Bakım gereksinimi duyulan süre
14. Hastaneye yatış deneyiminiz oldu mu? Evet () Hayır ()



Ek 2: Bakım Bağımlılığı Ölçeği (BBÖ)

	Tamamen Bağımlıyım (1)	Oldukça Bağımlıyım (2)	Kısmen Bağımlıyım (3)	Çok Az Bağımlıyım (4)	Bağımlı Değilim (5)
Beslenme: Yemek yeme gereksinimini karşılayabilmede					
Kontinans: İdrar ve dışkı boşaltımını kontrol edebilmede					
Beden duruşu: Bir işi yapabilmek için uygun hareketi sağlayabilmede					
Hareketlilik: Hareket edebilmede					
Gündüz/gece Döngüsü: Uykuya gitme sürdürebilmede					
Giyinme ve Soyunma: Giyinebilme ve soyunabilmede					
Vücut sıcaklığı: Ortam koşullarına göre vücut ısınısını koruyabilmede					
Vücut temizliği: Vücut temizliğini yapabilmede					
Tehlikelerden Kaçınma: Başkalarından ve çevreden gelebilecek tehlikelere karşı kendini koruyabilmede					
İletişim: Sözel iletişim kurabilmede ve sürdürebilmede					

Başkaları ile ilişki kurma: Sosyal çevreyle ilişkiyi sürdürebilmede					
İbadet yapma: İbadet gereksinimlerini karşılatabilmede					
Kurallara uyma: Bulunduğu ortamın var olan düzenine uyabilmede					
Günlük aktiviteler: Günlük aktivitelerini sıralatabilmede					
Eğlence aktiviteleri: Sosyal aktivitelere katılabilmede					

Ek 3: Depresyon Anksiyete Stres Skalası (DASS 21)

NO	Son 10 Gündeki Durumunuz (Özellikle son 1 hafta)	Hiçbir zaman	Bazen ve arasıra	Oldukça sık	Her zaman
1	Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim.	0	1	2	3
2	Ağzımda kuruluk olduğunu fark ettim.	0	1	2	3
3	Hiç olumlu duygu yaşayamadığımı fark ettim.	0	1	2	3
4	Soluk almada zorluk çektim (<i>örneğin fiziksel egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi</i>).	0	1	2	3
5	Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım.	0	1	2	3
6	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim.	0	1	2	3
7	Vücudumda (<i>örneğin ellerimde</i>) titremeler oldu.	0	1	2	3
8	Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim.	0	1	2	3
9	Panikleyip kendimi aptal durumuna düşürecek durumlar nedeniyle endişelendim.	0	1	2	3
10	Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım.	0	1	2	3
11	Kışkırtılmakta olduğumu hissettim.	0	1	2	3
12	Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi.	0	1	2	3
13	Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim.	0	1	2	3
14	Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum.	0	1	2	3
15	Panik haline yakın olduğumu hissettim.	0	1	2	3
16	Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu.	0	1	2	3
17	Birey olarak değersiz olduğumu hissettim.	0	1	2	3
18	Alınan olduğumu hissettim.	0	1	2	3
19	Fiziksel egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (<i>kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim</i>).	0	1	2	3
20	Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim.	0	1	2	3
21	Hayatın anlamsız olduğu hissine kapıldım.	0	1	2	3

Ek 4: Genel Konfor Ölçeği- Kısa Formu

1.Yardıma gereksinim duyduğum güvenebileceğim kişiler var	1	2	3	4	5	6
2.Egzersiz yapmak istemiyorum	1	2	3	4	5	6
3.Durumum beni bunaltıyor	1	2	3	4	5	6
4.Kendimi güvende hissediyorum	1	2	3	4	5	6
5.Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum	1	2	3	4	5	6
6.Sevildiğimi bilmek beni mutlu ediyor	1	2	3	4	5	6
7.Gürültü dinlenmemi engelliyor	1	2	3	4	5	6
8.Kimse beni anlamıyor	1	2	3	4	5	6
9.Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum	1	2	3	4	5	6
10.Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum	1	2	3	4	5	6
11.Burada olmaktan hoşlanmıyorum	1	2	3	4	5	6
12.Şu anda kabızım	1	2	3	4	5	6
13.Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum	1	2	3	4	5	6
14.Odam beni ürkütüyor	1	2	3	4	5	6
15.Bundan sonra olacaklardan korkuyorum	1	2	3	4	5	6
16.Çok yorgunum	1	2	3	4	5	6
17.Memnunum	1	2	3	4	5	6
18.Bu sandalye/yatak rahatsız	1	2	3	4	5	6
19.Bu manzara beni rahatlatıyor	1	2	3	4	5	6
20.Özel eşyalarım burada değil	1	2	3	4	5	6
21.Kendimi buraya ait hissetmiyorum	1	2	3	4	5	6
22.Arkadaşlarım telefon ederek ya da elektronik posta/kart atarak beni hatırlıyor	1	2	3	4	5	6
23.Sağlığı hakkında daha fazla bilgilendirilmek istiyorum	1	2	3	4	5	6
24. Fazla seçeneğim yok	1	2	3	4	5	6
25.Bu oda kötü kokuyor	1	2	3	4	5	6
26. Kendimi huzurlu hissediyorum	1	2	3	4	5	6
27.Kederliyim	1	2	3	4	5	6
28.Hayatımın anlamlı olduğunu fark ettim	1	2	3	4	5	6

Ek 5: Bakım Verici Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu araştırma, inmeli hastalara bakım verenlerin bakım yükü ve bakıma hazır oluşluklarının hastaların duygu durumlarına ve konforuna etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Araştırmada kişisel veri toplanacağından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirleri alacak, gerekli her türlü yükümlülüğü özenle yerine getireceğiz. Çalışma bilimsel bir araştırma için veri toplamayı amaçlamaktadır. Çalışma sonuçları sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak, çalışmanın sonuçları katılımcıların aleyhine olacak şekilde kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmakta, verdiğiniz cevaplar tamamen gizli tutulacak ve kimliklerinizi açık edici davranışlardan kaçınılacaktır. Çalışmaya katılım sırasında herhangi bir nedenle rahatsızlık hissetmeniz durumunda istediğiniz zaman katılımınızı sona erdirebilirsiniz.

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
3. Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar
4. Çocuk Varlığı: Var () Sayısı: ... Yok ()
5. Eğitim Durumu: () Okur yazar değil () Okur yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise
6. () Ön Lisans () Lisans () Lisans Üstü
7. Çalışma Durumu: () Çalışıyor () Çalışmıyor
8. Ekonomik Durum Algılama: () Gelirim giderime denk () Gelirim giderimden fazla
9. () Gelirim giderimden az
10. Kronik Hastalık Durumu: () Evet () Hayır
11. Sigara Kullanıyor Musunuz? Evet () Hayır ()
12. Alkol Kullanıyor Musunuz? Evet () Hayır ()
13. Hasta ile Yakınlığınız? () Eş () Çocuk () Anne/ Baba () Diğer
14. Bakım Veren Bireyle Birlikte Yaşama Durumunuz? () Birlikte Yaşıyorum () Ayrı Yaşıyorum
15. Hastanıza ne kadar süredir bakım veriyorsunuz?.....
16. Hastanıza gün içinde kaç saat bakım veriyorsunuz?.....
17. Günlük bakımınız sırasında en çok hangi alana yönelik işler yapıyorsunuz?
() Beslenme () Boşaltım () Temizlik () Hareket () Tedavi () Ekonomik işler
18. Hastaya bakım verirken bakım yükünüzü azaltacak, size destek veya yardımcı olabilecek kişi veya kişiler var mı? () Evet () Hayır
19. Bakım verme şekliniz? () Sürekli () Dönüşümlü
20. Bakmakla yükümlü olduğunuz başka bir kişi var mı? () Var () Yok
21. Daha önce hasta bakımına ilişkin deneyiminiz var mı? () Var () Yok

Ek 6: Bakım Verme Yüğü Ölçeği

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

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

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

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

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

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

4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?

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

5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?

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

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

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

7. Geleceğın yakınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?

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

8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?

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

9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?

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

10. Yakınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?

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

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

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

12. Yakınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?

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

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

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

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

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

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

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

16. Yakınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?

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

17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?

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

18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?

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

19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?

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

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

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

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

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

22. Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?

0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı



Ek 7: Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği

	Hiç hazır değilim (0)	Yeterince hazır değilim (1)	Kısmen hazırım (2)	Oldukça hazırım (3)	Tamamen hazırım (4)
Hastanızın fiziksel bakım ihtiyacını karşılamaya hazır mısınız?					
Hastanızın duygusal gereksinimlerini karşılamaya hazır mısınız?					
Hastanızın ihtiyacı olan bakımın neler olduğunu bilmeye/ anlamaya ve bu ihtiyaçları karşılamaya hazır mısınız?					
Bakım verme stresi ile baş etmeye hazır mısınız?					
Hastaya evde vereceğiniz bakımdan sizin ve hastanızın memnun olacağı konusunda ne kadar hazırsınız?					
Hastanızla ilgili gelişebilecek acil durumların önemini kavrama ve başa çıkmaya hazır mısınız?					
Gerektiğinde sağlık kurumlarından bilgi ve yardım istemeye hazır mısınız?					
Hastanıza bakım verme konusunda kapsamlı olarak hazır mısınız?					
Bakım verme konusunda daha iyi hazırlanmak istediğiniz özel bir konu var mı?					

Ek 8: Etik Kurul İzni



T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurulu Başkanlığı



Sayı : E-20292139-050.04-2400028883
Konu : Etik Kurul Kararı (Kevser ÇAKMAK)

31.07.2024

Sayın Kevser ÇAKMAK
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

"İnmeli Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yüğü ve Bakıma Hazır Oluşluklarının Hastaların Duygu Durumlarına ve Konforuna Etkisi" başlıklı araştırmanızla ilgili başvurunuz, kurulumuzun 19.07.2024 tarihli ve 2024/06 sayılı toplantısında değerlendirilerek araştırmanızın etik açıdan uygun bulunduğuna katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Kadir CANATAN
Kurul Başkanı

Ek: Kevser ÇAKMAK

Ek 9: Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-15916306-604.01-268245640
Konu : Kevser ÇAKMAK'ın Araştırma İzni Hk.

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne)

İlgi : 07.10.2024 tarihli ve E-34555043-100-2400037199 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazı ile, Üniversitenizin Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği, Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Kevser ÇAKMAK'ın **"İnmeli Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yüğü ve Bakıma Hazır Oluşluklarının Hastaların Duygu Durumlarına ve Konforuna Etkisi"** başlıklı çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı hastanede yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu **27.01.2025 tarih ve 2025/1 sayılı kararınca uygun görülmüştür**. Çalışma bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda(CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Opr. Dr. Zülfü KILIÇ
Müdür a.
Başkan

Ek: Hastane Görüşü_Uygun

Ek 10: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sizi Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER danışmanlığında Kevser ÇAKMAK tarafından yürütülen “İnmeli Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Bakıma Hazır Oluşluklarının Hastaların Duygu Durumlarına ve Konforuna Etkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı inmeli hastalara bakım verenlerin bakım yükü ve bakıma hazır oluşluklarının hastaların duygu durumlarına ve konforuna etkisini incelemektir. Araştırmada sizden tahminen 25-30 dk ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır.** Araştırmada Kişisel veri toplanacağından **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güvence verildi. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin

Adı-

Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Kevser ÇAKMAK

İmzası:



ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Kevser ÇAKMAK

Eğitim Durumu(Kurum ve Yıl):

Lise: Gürpınar Lisesi (2011-2015)

Lisans: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi (2015-2019)

Yüksek Lisans: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi- İç Hastalıkları Hemşireliği
Tezli Yüksek Lisans (2023)

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

Özel Baypark Hastanesi, Erişkin Yoğun Bakım Ünitesi, Yoğun Bakım Hemşiresi,
(20019- 2020)

Sancaktepe Prof. Dr. Feriha Öz Acil Durum Hastanesi, Erişkin Yoğun Bakım Ünitesi,
Yoğun Bakım Hemşiresi, (2020-2021)

Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe Eğitim Araştırma Hastanesi Erişkin Yoğun
Bakım Ünitesi, Yoğun Bakım Hemşiresi, (2021- Halen Devam Ediyor.)

Sertifikalar:

T.C. Sağlık Bakanlığı Lütfü Kırdar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Yoğun Bakım
Hemşireliği Sertifika Programı (2022)

Bildiriler:

18. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi- Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinde
Karar Verme Stilllerinin İncelenmesi- Poster Bildiri (2019)