



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**İNME Lİ HASTALARA BAKIM VERENLERİN STRES,
UYKU, BAKIM YÜKÜ VE YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

ZEYNEP SOY

FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi MİRAY BUDAK

İSTANBUL - 2019

TEŞEKKÜR

Tez sürem boyunca yardımını hiç esirgemeyen, hep destek olan ve doğru yolu gösteren güler yüzlü ve hoşgörülü çok değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Miray BUDAK'a,

Lisans ve Yüksek Lisans eğitimim boyunca bilgileriyle ışık saçan, mesleğimize pek çok katkısı olan Anabilim Dalı Başkanımız saygıdeğer hocam Prof. Dr. Z. Candan ALGUN'a,

Hem lisans hem yüksek lisans hayatım boyunca hep destek olan, beni tez yazım sürecinde cesaretlendiren, hayatıma iyi ki girmiş dediğim biricik dostum ve meslektaşım Fzt. Büşra ARSLAN'a,

Mesleğimi yaptığım ilk iş deneyimimde bana yoldaş olan ve desteğini hep hissettiren sevgili arkadaşım ve meslektaşım Fzt. Ayşe Büşra BAL'a,

Çalışmamı yapmamda yardımları dokunan Medipol Mega Hastanesi'ndeki meslektaşlarıma ve çalışmaya katılan gönüllü hasta ve yakınlarına,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca yanımda olan, varlığını her daim hissettiğim, desteğini hiç eksik etmeyen sevgili eşim Şeyhmus SOY'a

Bana varlığıyla güç veren sevgisiyle hayata daha sıkı tutunduğum canım kızım Meryem Zümra SOY'a

Tez yazım sürecinde kızımla ilgilenerek bana yardımcı olan eşimin annesi ve kardeşleri Hasbiye SOY, Sultan Soy ve Halil İbrahim Soy'a,

Ve beni bu günlere getiren, ne yapsam haklarını ödeyemeyeceğim en büyük destekçilerim canım annem Tülay ÖZTÜRK'e, canım babam İshak ÖZTÜRK'e ve bir tanecik abim Gökhan ÖZTÜRK'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	vi
ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ	vii
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. İnmenin Tanımı.....	5
4.2. Epidemiyoloji.....	5
4.3. Etiyoloji.....	5
4.4. Risk Faktörleri	6
4.4.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	6
4.4.2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri.....	6
4.5. Klinik Semptomlar.....	8
4.6. İnmenin Tanı Ve Tedavisi.....	9
4.7. İnme Rehabilitasyonu	9
4.8. Bakım Verme	11
4.8.1. Bakım Verenlerin Karşılaştığı Problemler.....	11
4.9. Stres	12
4.10. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerde Stres.....	14
4.11. Uyku.....	14
4.12. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerde Uyku.....	15
4.13. Bakım Yüğü	16
4.14. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü	17
4.15. Yaşam Kalitesi.....	18
4.16. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi	19
5. MATERYAL VE METOT	20
5.1. Olgular	20
5.1.1. Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	20
5.2. Veri Toplama Araçları	20

5.2.1. Hastanın Kişisel Bilgi Formu.....	21
5.2.2. Mini Mental Durum Testi	21
5.2.3. Barthel İndeksi	22
5.2.4. Beck Depresyon Ölçeği	22
5.2.5. Bakım Veren Kişisel Bilgi Formu	23
5.2.6. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği.....	23
5.2.7. Algılanan Stres Ölçeği	23
5.2.8. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	24
5.2.9. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi.....	24
5.3. İstatistiksel Analiz.....	25
6.BULGULAR	26
6.1. Hastalara Ait Demografik Veri Bulguları.....	26
6.2. Hastaların Bilişsel Düzey, Depresyon Düzeyi ve Günlük Yaşam Aktiviteleri Bulguları	29
6.3. Bakım Veren Kişilere Ait Demografik Veri Bulguları	30
6.4. Bakım Veren Kişilerin Değerlendirme Verileri.....	34
6.5. Bakım Veren Kişilerin Değerlendirme Verileri Arası Korelasyon Bulguları.....	35
7. TARTIŞMA	38
8.SONUÇLAR	43
9. KAYNAKLAR	45
10.EKLER	55
11. ETİK KURUL ONAYI	77
12. ÖZGEÇMİŞ	80

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

MI: Miyokard İnfarktüsü

BT: Bilgisayarlı Tomografi

MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme

EKG: Elektrokardiyografi

PNF: Proprioseptif Nöromusküler Fasilitasyon

TENS: Transkutanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu

NMES: Nöromusküler Elektriksel Stimülasyon

FES: Fonksiyonel Elektrik Stimülasyonu

REM (Rapid Eye Movement): Hızlı Göz Hareketi

NREM (Non Rapid Eye Movement): Yavaş Uyku

EEG: Elektroensefalografi

SF36 (Short Form 36): Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

ZBYÖ: Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeği

ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

MMDT: Mini Mental Durum Testi

Bİ: Barthel İndeksi

ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ

Şekil 6.1: Hastaların Cinsiyet Grafiği.....	26
Şekil 6.2: Hastaların Eğitim Durumu.....	27
Şekil 6.3: Hastaların Medeni Durumu.....	27
Şekil 6.4: Hastaların Hastalık Süresi.....	28
Şekil 6.5: Hastaların Etkilenen Hemisfer Kısmı.....	28
Şekil 6.6: Bakım Verenlerin Cinsiyet Dağılımı.....	30
Şekil 6.7: Bakım Verenlerin Eğitim Durumu.....	31
Şekil 6.8: Bakım Verenlerin Medeni Durumu.....	31
Şekil 6.9: Bakım Verenlerin Çalışma Durumu.....	32
Şekil 6.10: Bakım Verenlerin Kronik Sağlık Sorunu Durumu.....	32
Şekil 6.11: Bakım Verenlerin Hastaya Yakınlık Derecesi.....	33
Şekil 6.12: Bakım Verenlerin Hastaya Bakım Verme Süresi.....	33
Şekil 6.13: Bakım Verenlerin Verdiği Destek Türü.....	34

Tablo 6.1: Hastaların Yaş Dağılımı.....	26
Tablo 6.2: Hastaların Bilişsel Düzeyi, Depresyon Düzeyi ve Günlük Yaşam Aktiviteleri Bulguları.....	29
Tablo 6.3: Bakım Verenlerin Yaş Dağılımı.....	30
Tablo 6.4: Bakım Veren Kişilerin Bakım Yüğü, Stres Düzeyi, Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesinin Ölçeklerden Aldıkları Puanlara Göre Ait Veriler.....	35
Tablo 6.5: Bakım Veren Kişilerin Değerlendirme Verileri Arasındaki Korelasyon Bulguları.....	36
Tablo 6.6: Hastaların ve Bakım Verenlerin Değerlendirme Verileri Arası Korelasyon Bulguları.....	37

1. ÖZET

İNME Lİ HASTALARA BAKIM VERENLERİN STRES, UYKU, BAKIM YÜKÜ VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İnme, bilişsel fonksiyonları ve günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlığı etkileyebilen bir hastalıktır. İnmeli bireylere bakım verenler stresin artması, uyku kalitesinin bozulması ve yaşam kalitesinin azalması gibi sorunlarla karşılaşmaktadır. Bu çalışmanın amacı, inme hastalarına bakım veren bireylerin stres, uyku, bakım yükü ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesidir. Çalışmamıza 40 inmeli hasta ve bu hastalara bakım veren 40 birey dahil edildi. Hastalar Mini Mental Durum Testi, Barthel İndeksi ve Beck Depresyon Ölçeği ile; bakım verenler ise Zarit Bakıcı Yük Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği, SF-36 ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi ile değerlendirildi. Değerlendirme sonuçlarından elde ettiğimiz verilere göre bakım verenlerin bakım yükünün düşük olduğu, orta düzeyde strese sahip oldukları, uyku kalitelerinin kötü olduğu ve mental ve fiziksel iyilik hallerinin orta düzeyde oldukları belirlendi. Hastaların bağımsızlık düzeyi ile bakım verenin bakım yükü arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu($p<0.05$). Hastaların depresyon düzeyi ile bakım verenin stres seviyesi ve bakım yükü arasında pozitif yönde ve yaşam kalitesi mental sağlık alt boyutu arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu($p<0.05$). Hastaların bağımsızlık seviyesi ile mental durum ve depresyon düzeyleri arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu($p<0.05$). Hastaların mental durumu ile depresyon seviyesi arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$). Bakım verenlerin bakım yükü ile stres düzeyi ve yaşam kalitesi mental sağlık alt komponenti arasında ve stres düzeyi ve yaşam kalitesi alt komponentleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$). Çalışmamız “İnmeli hastanın mental durumu, bağımsızlık düzeyi ve depresyon seviyesi, bakım verenin bakım yükü, stres seviyesi, uyku kalitesi ve yaşam kalitesi ile ilişkilidir.” hipotezimizle kısmi olarak uyumlu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: İnme, Bakım veren, Stres, Bakım yükü, Uyku Kalitesi, Yaşam kalitesi

2. ABSTRACT

EVALUATION OF STRESS, SLEEP, CARE BURDEN AND QUALITY OF LIFE OF CAREGIVERS FOR STROKE PATIENTS

Stroke is a disease that can affect cognitive functions and independence in daily living activities. Caregivers of stroke individuals face problems such as increased stress, deterioration of sleep quality and decreased quality of life. The aim of this study was to investigate the effects of stress, sleep, care burden and quality of life on stroke patients. 40 patients with stroke and 40 caregivers who care for these stroke patients were included in the study. Patients were evaluated with Mini Mental State Test, Barthel Index and Beck Depression Scale; caregivers were evaluated with Zarit Caregiver Load Scale, Perceived Stress Scale, SF-36 and Pittsburgh Sleep Quality Index. According to the evaluation results, it was determined that caregivers had low care load, moderate stress, poor sleep quality and moderate mental and physical well-being. A statistically significant negative correlation was found between the independence level of the patients and the care burden of the caregiver ($p < 0.05$). A statistically significant correlation was found between the depression level of the patients and the stress level and care burden of the caregiver, and a negative correlation between quality of life and mental health subscale ($p < 0.05$). A statistically significant negative correlation was found between the independence level of the patients and their mental status and depression levels ($p < 0.05$). A statistically significant negative correlation was found between mental status and depression level of the patients ($p < 0.05$). Statistically significant relationships were found between the care load of caregivers, mental health sub-component of stress level and quality of life, and between stress level and quality of life sub-components ($p < 0.05$). Our study was found related with our hypothesis "Mental status, independence and depression level of stroke patients are related to caregiver burden, stress level, sleep quality and quality of life."

Keywords: Stroke, Caregiver, Stress, Care burden, Sleep Quality, Quality of life

3. GİRİŞ VE AMAÇ

İnme, beyin kan damarlarının tıkanması veya rüptürüne bağlı olarak serebral dolaşımdaki değişiklikler sonucu vücudun bir tarafında motor fonksiyon kaybı, duyu problemleri, bilişsel konuşma ve konuşma problemleri, dengede bozukluk veya koma hali ile karakterize ani ortaya çıkan vasküler bir sendromdur (1). İnme gelişmiş ülkelerde ölüme sebebiyet veren hastalıklarda üçüncü sırada yer almakta ve özürllülüğe neden olan hastalıkların en başında gelmektedir (2), (3).

Hayatta kalan inmeli hastaların yaklaşık %50'si duş alma, kısa mesafe yürüme, merdiven çıkma, ev işleri, öğün hazırlama ve seyahat etmek gibi günlük aktivitelerin zorluklarıyla karşılaşmaktadır (4). Başkalarına bağımlı olarak yaşayan bu hastalar sadece günlük aktivitelerine devam edebilmekte ve hem kendileri hem de aileleri çeşitli fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik ve ruhsal problemlerle karşılaşmaktadır (5). İnme hastaları bu süreci hastaneden çok, bakıma hazırlıksız olan aile üyeleri ile birlikte evde geçirmektedir (6). Ancak bakım verenleri bu rollerine hazırlayacak standart bir klinik uygulama bulunmamaktadır (4).

Bakım verenler bakım yükü, stres, depresyon ve çeşitli sağlık problemleri ile karşılaşma riski altındadır (7). Literatürde inmeli hastalara bakım verenlerle alakalı bilimsel çalışmalar da bulunmaktadır. Çalışmalarda inmeli hastalara bakım veren aile bireylerinin bakım yükü ile zihinsel tutumları arasında pozitif yönde ilişki olduğu bildirilmektedir (8). 6 ay ve daha fazla süre evde bir hastaya bakım veren kişilerin çeşitli zihinsel problemlerden yakındığı tespit edilmiştir (8). Ayrıca, hastada ve bakım veren kişide aynı oranda depresyon sıklığı olduğu belirtilmiştir (9).

Bilimsel çalışmalar inmeli hastalara bakım verenlerin de negatif yönde etkilendiğini ve bakım veren bireyin önemli ölçüde depresyon ve anksiyeteye neden olacak bir bakım yükünün sorumluluğu altında olduğunu göstermektedir (9). İnme hastalarına evde bakım verenlerde, yaşam kalitesini etkileyen bakım yükü ve emosyonel sıkıntılar gibi problemler ortaya çıkmaktadır (10). Bakım veren kişiler bu yeni sorumluluklara hazır olmadıkları gibi, diğer aile üyelerinin de moral bozukluğu ile yükleri daha da artmaktadır (6). Buna ek olarak hastanın uygun planlama yapılmadan erken taburcu edilmesi, rehabilitasyonunu ve bakım yükünü olumsuz yönde etkilemektedir (11). Resmi olmaksızın verilen bu bakımlar, kişinin zamanının

ve enerjisinin çoğunu almakta ve yıpratıcı hislere sebep olabilmektedir (12). Bakım veren kişiler hastanın sağlığına ek olarak kendi sağlıklarından da Őüphelenmeye başlamaktadır (12). Bilimsel çalışmalarda, inmeli hastaların günlük yaşam aktivitelerinde yaşadığı zorlukların ve psikolojik problemlerin bakım veren bireyleri olumsuz yönde etkilediği, bundan dolayı bakım veren bireylerin fiziksel, zihinsel ve finansal problemlerle karşı karşıya kaldıkları belirtilmektedir, (12).

İnme sonrası ilk yıllar inme hastalarının fiziksel engelleri günlük yaşam aktivitelerini yapma yeteneklerini sınırladığı için en zor yıllar olarak kabul edilmektedir. Hastanedeki bakım süresi sona erdikten sonra hastalar aile üyelerinin bakımına ihtiyaç duymaktadır. Zamanla, resmi olarak verilen bakım sınırlı hale geldiğinde, birçok bakım veren aile yesi bu yeni rolü üstlenmenin sonucu olarak stres ve duygusal sıkıntılar yaşamaktadır (13). Stres, inme hastalarına göre bakım verenler için daha çok araştırılmakta ve raporlanmaktadır (14). Bilgimiz doğrultusunda konuyla alakalı literatürde, inmeli hastalara bakım verenlerin uyku kalitesinin değerlendirildiği çalışmalar oldukça azdır.

Bu çalışmanın amacı, inme hastalarına evde bakım veren kişilerdeki stres, uyku, bakım yükü ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesidir.

Hipotezler:

Hipotez 0: İnmeli hastanın mental durumu, bağımsızlık düzeyi ve depresyon seviyesi, bakım verenin bakım yükü, stres seviyesi, uyku kalitesi ve yaşam kalitesi ile ilişkilidir.

Hipotez 1: İnmeli hastanın mental durumu, bağımsızlık düzeyi ve depresyon seviyesi, bakım verenin bakım yükü, stres seviyesi, uyku kalitesi ve yaşam kalitesi ile ilişkili değildir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. İnmenin Tanımı

İnme, kan damarlarını etkileyen patofizyolojik olaylar neticesinde, spinal kordda veya beyinde infarkt oluşması sonucu nörolojik fonksiyonların ani, hızlı ve ilerleyici biçimde bozulmasıdır (23) . İnme dünya çapında mortalite oranı yüksek ve kalıcı özür lülüğe sebep olan yaygın serebrovasküler bir hastalıktır (15)

4.2. Epidemiyoloji

Son yıllarda yapılan araştırmalara göre, dünya genelinde inme geçirme sıklığı 100.000 kişide 76 ila 119 arasında değişmektedir. İnme sonrasında hastaların yaklaşık %40'ında orta düzeyde fonksiyonel bozukluklar görülürken, %15 ila %30'u ciddi problemler yaşamaktadır (16)

Ülkemizde ait inme yaşanma sıklığına dair yeterince bilgiye ulaşılamamakla birlikte, 2004 yılı Ulusal Hastalık Yü kü ve Maliyet Etkililik Proje Raporu' na göre inme genel olarak ölüme sebebiyet veren 20 hastalık içerisinde ikinci sırada, nöroloji kliniklerinde yatan hastalar arasında ise birinci sırada yer almaktadır (18). Buna ilaveten inme sonrası hayat mücadelesi veren hastaların üçte biri başkalarının yardımı olmadan yaşamakta güçlük çekmektedir (17)

4.3. Etiyoloji

İnme iskemik ve hemorajik olarak ikiye ayrılmaktadır. İskemik inmede, bir kan pıhtısı kan damarlarını tıkayarak beyne giden kanı engellemektedir. Bu yüzden, beynin oksijen ve besin ileilmeyen kısmı nekroza uğramaktadır. Hemorajik inmede ise, bir damar (anevrizma veya arteriovenöz malformasyon) ya da arteriyel rüptür sonucu beyin parankiminde ani ve hızlı kanama ile gelişen klinik bir tablo meydana gelir (18).

Nörolojik hastalıkların en sık görüleni ve serebrovasküler hastalıkların % 80-85'ini kapsayan iskemik inme ölüme en çok neden olan inme çeşididir, (19). İskemik inme, embolik, trombotik ya da laküner kökenlidir. Hemorajik inme ise; subaraknoid ya da intraserebral kökenlidir (1).

4.4. Risk Faktörleri

4.4.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

a.Yaş: Yaş, risk faktörleri arasında en önemlilerindedir. 55 yaş üstünden başlayarak her 10 senede bir risk 2 katına çıkmaktadır. İnme geçirenlerin %80'i 60 yaş ve üzeri kişilerde görülmektedir (22)

b.Cinsiyet: İnme erkeklere oranla kadınlarda daha fazla görülmektedir (21)

c.Irk: İnme görülme sıklığı ve ölüm oranları etnik gruplar arasında farklılık göstermektedir. Asyalılarda, Çinlilerde ve Japonlarda inme görülme oranı beyaz ırka göre daha fazladır. Siyah ırkta inmeden kaynaklı hayat kaybı beyaz ırka göre 2 kat yüksektir (21)

d.Aile Öyküsü/Genetik: Her iki ebeveyn tarafından gelen inme öyküsünün, inme riskini arttırdığı gözlenmiştir (20)

4.4.2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri

4.4.2.1. Kesinleşmiş Faktörler

a.Hipertansiyon : Hipertansiyon, hemorajik inme ve iskemik inmede büyük bir tehlike unsurudur (23). Kan basıncı arttıkça inme riski de artmaktadır (20)

b.Diyabetes Mellitus, Glikoz İntoleransı: Diyabetli bireylerde iskemik inme riski yükselirken, hemorajik inme riskinde yükselme saptanmamıştır.. Hemorajik/iskemik inme oranı normal popülasyonda 1/5 iken diyabetli hastalar arasında bu oran 1/11'dir. Özellikle akut iskemik inme sırasında hiperglisemi ile çok karşılaşılmaktadır ve taburculuğunun uzamasında veya ölüm gelişmesinde de önemli bir risk faktörüdür. Diyabeti olan hastalardaki ölüm oranı, diyabeti olmayanlara göre daha yüksektir (21)

c.Kalp Hastalıkları: Kalp hastalığı serebrovasküler hastalıklara sebebiyet verebilecek bir risk faktörüdür. Bunlardan bazıları; atriyal fibrilasyon, infektif endokardit, mitral stenoz, kardiyomyopati, yakın tarihli myokard infarktüsü, non-bakteriyel endokardit, segmental hareket bozuklukları, aort stenozu, patent foramen ovale ve atriyal septal anevrizmadır. Framingham Heart çalışmasında akut MI geçiren hastaların sonraki 6 yıl içerisinde inme gelişme riski kadınlarda %11,

erkeklerde ise %8 olarak saptanmıştır. Yaşlılarda en önemli risk taşıyan kardiyak hastalık ise non-valvüler atriyal fibrilasyondur (21)

d.Dislipidemi: Her iki cinsiyette dislipidemi ile iskemik inme yaşama riski arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (20)

e.Geçirilmiş İskemik Atak : Geçici iskemik atak hikayesi olan hastalarda inme riski yaklaşık %4 kadardır. Geçici iskemik atak, inme ve miyokard infarktüsü için değişken bir risk faktörüdür (21)

f.Orak Hücreli Anemi: Özellikle homozigot hastalarda inme riski daha fazladır ve 20'li yaşlarda inme görülme sıklığı en az %11 civarındadır fakat bireylerin çoğunun beyin tomografisinde sessiz inme görüntüsüne rastlanmak mümkündür. Çocukluk dönemi en yüksek inme riskinin olduğu dönemdir ve senelik görülme oranı %1'dir. Serebral kan akım hızı fazla olan kişilerde ise risk %10'u bulmaktadır (20)

4.4.2.2. Kesinleşmemiş Faktörler

a.Sigara: Pek çok inme için risk etkenlerinin araştırıldığı geniş çaplı çalışmalarda sigara kullanımının çok güçlü bir risk etkeni olduğu, diğer risk etkenlerine göre neredeyse 2 kat kadar inme geçirme riskini arttırdığı belirlenmiştir. Ayrıca hemorajik inme geçirme riskini de 2-4 kata kadar arttırdığı saptanmıştır (24)

b.Alkol: Yapılan bazı araştırmalarda alkol tüketimi ile inme yaşama riski arasında paralel bir ilişki olduğu savunulurken, bazı araştırmalarda ise küçük miktarda alkol tüketiminin iskemik inme için yüksek bir risk faktörü olmadığı gösterilmektedir. Ayrıca çok az ya da normal miktarda alkol alımının iskemik inmeden koruyucu bir tarafının olduğu ve sadece fazla alkol alanlarda bu riskin arttığı söylenmektedir (24)

c.Obezite: Yapılan çalışmalara göre inme riskinin diğer kişilere göre daha fazla inme geçirdiği ve bu yüzden de obezitenin bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (25)

d.Fiziksel inaktivite: Yapılan bir çalışmaya göre kadınlarda fiziksel inaktivite düzeyi ile inme görülme sıklığı arasında doğrusal bir bağlantı bulunmuştur (20)

e.Diyet ve beslenme: Meyve sebze tüketiminin artması ve yağ tüketiminin azaltılması ile inme riskinin azaldığı söylenmektedir. Bazı çalışmalarda da sodyum tüketiminin fazla olması inme riskini arttırdığı, potasyumun tüketiminin ise azalttığı gösterilmektedir (20)

f.Hiperhomosisteinemi: Son zamanlarda yapılmış çalışmalarda homosistein seviyesinin fazla olması ile serebral infarkt geçirme arasında sıkı bir ilişki olduğu bulunmuştur (26)

e.Oral Kontraseptif Kullanımı: 50 gramdan fazla östrojen içeren oral kontraseptifler 1960-1970'li yıllar arasında çok sık kullanılmış ve kuvvetli bir risk etkeni olduğu gösterilmiştir. Yakın zamanda yapılan bir araştırmada ise, düşük dozda östrojen içeren kontraseptiflerin (50 gramdan daha az östrojen miktarı içeren) inme için risk oranında farklılığa neden olmadığı saptanmıştır (21)

g.Hormon Replasman Tedavisi: İki klinik çalışmada östrojen replasman tedavisinin ölüm oranını azaltmadığı veya önceden geçici iskemik atak veya koroner arter hastalığı geçirenlerde inme geçirme riskini azaltmadığı bulunmuştur (21)

4.5. Klinik Semptomlar

Hastaneye gelen hastanın, inme belirti ve bulgularını belirleyememesi kötü prognoza neden olabilmektedir (27). İnme semptomlarının başlangıcı ile hastaneye varış zamanı arasındaki süre yaklaşık olarak 27 saattir. (28).

İnmede en iyi sonuca ulaşabilmek için, semptomlar belirti verdiği gibi tedaviye başlanmalıdır. Belirtilerin nasıl tanımlanacağı konusunda halkın bilinçlendirilmesi şarttır. İnme belirtisi ile gelen hasta multidisipliner ekip tarafından hızlıca değerlendirmeye alınmalıdır (29).

Semptomlar:

- Vücudun bir yarısında yüz, kol veya bacakta olan his veya kuvvet kaybı (hemiparezi)
- Bilinç bulanıklığı veya konuşmada, anlamada güçlük (Afazi, Disfazi)
- Yürüme zorluğu
- Baş dönmesi,
- Denge ve koordinasyon kaybı (Ataksi)
- Tek veya iki taraflı görme kaybı

- Şiddetli baş ağrısı
- Gözlerde kayma
- Hareketlerde beceriksizlik (Apraksi)
- Yutmada zorluk (Disfaji)
- Konuşma bozukluğu (Dizartri)
- Okuma ve yazmada güçlük (Disleksi ve Disgrafi)
- Çift görme
- Hesap yapmada zorluk (Diskalkuli)

4.6. İnmenin Tanı Ve Tedavisi

Hastaların, hastaneye ilk başvurduğunda en sık görülen inme semptomları konuşmada bozulma ve vücudun yarısında güçsüzlük yaşanmasıdır. Bu belirtilerle beraber, hastanın öyküsü de alınarak inme yaşama riski tahmin edilebilmektedir (30). İnmenin kesin tanısı ise, nörolojik görüntüleme ve nörolojik bulgulardan elde edilen bilgiler doğrultusunda konulmaktadır (23).

Standart olarak en çok kullanılan yöntem bilgisayarlı tomografi (BT)dir. Çünkü BT hem kolayca ulaşılabilen hem de hızlı sonuç veren bir yöntemdir. Hemorajik inme tanısında doğruluk payı %95, iskemik inme için ise %66 civarındadır. Ayrıca MRG ve elektrokardiyografi (EKG) de inme tanısında kullanılan diğer görüntüleme yöntemleridir (31)

Tüm inme hastaları, inme ünitesinde multidisipliner bir ekip tarafından en iyi şekilde tedavi edilmelidir. Tedavi ne kadar hızlı olursa sonuç da o kadar olumlu olmaktadır (31)

4.7. İnme Rehabilitasyonu

İnmeli hastalarda özellikle algı, dikkat ve konsantrasyon bozuklukları, mobilitede yetersizlik ve düşmeye eğilim başta gelmek üzere, inme ile ilgili pek çok problem hastaların günlük yaşam aktivitelerini daha da güçleştirmekte ve özürülük oranlarını arttırmaktadır (32). İnme biriminde düzenli tedavi gören inmeli hastalarda

hayatta kalma ve yaklaşık bir yıl sonra da evde bağımsız yaşama olasılığı daha yüksektir (31)

Hasta eğer tolere edebilirse, inme sonrası 24 saat içinde mobilizasyon aktivitelerine başlanması önerilmektedir. Rehabilitasyon programı ise hasta doktora ilk ulaştığı andan itibaren, acil servis veya yoğun bakım ünitelerinde uygulanmaya başlanmalıdır (32). İnme sonrası oluşan fiziksel özür lülüğün azaltılması ya da tamamen yok edilmesi yalnız rehabilitasyon ile mümkündür. İyileşmenin büyük bir kısmı inmeden sonraki 3 ay içinde gerçekleşmektedir. Yaklaşık 6 ay sonrasında ise düzlüğe ulaşmakta ve ufak ilerlemelerle devam etmektedir (33).

İnmeli hastalarda kullanılan Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon yöntemleri:

Nörofizyolojik Yaklaşımlar: Rood, PNF, Brunnstrom, Bobath, Todd Davies, Motor Öğrenme, İletimsel Eğitim, Duyusal Bütünleme, Margaret Johnstone, Kısıtlayıcı Zorunlu Hareket Tedavisi

Elektrofiziksel Ajanlar: Yüzeysel sıcaklık ajanları, Derin sıcaklık ajanları, Soğuk ajanlar, Traksiyon, Kompresyon giysileri, Whirlpool, Ultrasound, Ultraviyole, Lazer, TENS, NMES

Teknolojik Yaklaşımlar: Sanal gerçeklik, Robot destekli tedaviler, Ayna terapisi, Transkraniyal Manyetik Stimülasyon

Ortezleme: FES (Nöro ortezler)

Tamamlayıcı Tedaviler: Yoga, Tai Chi, Akupunktur (35)

Rehabilitasyon ekibi doktor, fizyoterapist, iş uğraşı terapisti, konuşma terapisti, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog ve aile üyelerinden oluşmalıdır (34).

Rehabilitasyondaki amaç;

- Komorbit problemlere karşı tedavilerin planlanması ve sürdürülmesi,
- Oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi
- Motor fonksiyonların geri kazanılması

- Duygusal ve algısal iyileşmenin sağlanması
- Çevreye uyumun artırılması
- Motivasyonu artırma
- Günlük yaşam aktivitelerinde fonksiyonel bağımsızlığın elde edilmesi
- Mesleki rehabilitasyonun gerçekleştirilmesidir (34).

4.8. Bakım Verme

Bakım faaliyetlerinin ve sorumluluklarının üstlenildiği süreç bakım verme olarak tanımlanmaktadır. Özellikle hasta yakını tarafından verilen bu bakım, sadece bir sorumluluk ile kısıtlı olmayıp; sağlık bakımı (ilaç tedariği, tedavi, izlem vb.), kişisel bakım (giyinme, banyo yapma, yeme-içme, tuvalete gitme vb.), alınan sosyal desteğin planlamasının oluşturulması, alışveriş ve evde bazı işleri yapma, finans yönetimi, maddi yardım ve aynı evde yaşama sorumluluğunu da kapsamaktadır (36).

Bakımın verildiği süre içerisinde, hastaların ve yakınlarının inme ile ilgili bilgi ve yardım almaları gerginliklerini azaltarak bu hastalığa uyum sağlamalarında yardımcı olacaktır (37). Bakım verme içtenliğin ve hissiyatın artması, bu yaşanan deneyim sebebiyle anlam kazanma, kendini geliştirme, yakın kişilerle ilişkileri kuvvetlendirme, başka kişilerden sosyal yardım görme ve kişisel doyum hissi gibi pozitif kazanımların yanında bakım yükünün de tecrübe edilmesine yol açabilmektedir (38).

4.8.1. Bakım Verenlerin Karşılaştığı Problemler

Bakım verenlerin karşılaştığı problemler fiziksel, emosyonel, sosyal ve ekonomik olmak üzere 5'e ayrılmaktadır. Bunlar:

Fiziksel Problemler: Bakım verme, bakım veren kişilerde gerginlik oluşturmakta ve kişinin sağlık dengesini bozmaktadır. Bakım verenlerde yorgunluk, kilo kaybı ya da alımı, uyku düzeninin bozulması, kas ağrıları, dikkatini toplama güçlüğü gibi sağlık problemleri ortaya çıkabilmektedir (36). Bakım veren kişinin depresyonu belirlenip tedavi edilebilirse, kişi bakım işinde daha dayanıklı ve başarılı olmaktadır (41). Bakım verenlerin %22.5'inde bedensel sağlık sorunları olduğu

tespit edilmiştir. Fiziksel problemlerin %41.7'sinin baş ağrısı, %33'ünün mide problemi ve %11.1'inin de bacak ağrısı problemi olduğu bildirilmiştir (40)

Emosyonel Problemler: En yaygın görülen emosyonel problem stres ve endişedir. Olayları kontrol edememek ve bakım sırasında kendini yeterli görmemek de depresyona yol açabilmektedir. Bunun yanı sıra suçluluk hissi, kızgınlık, öfke, ani duygu değişimi ve umutsuzluk da bakım verenlerin karşılaştığı bazı emosyonel problemler arasındadır (40)

Sosyal Problemler: Bakım verenler aile, arkadaş ilişkileri ve sosyal faaliyetlerinden ödün vererek dinlendirici, eğlendirici, ve boş zaman aktivitelerinden yoksun kalmaktadırlar. Bu yüzden de bakım verenlerin sosyal destekleri azalmış olmakta ve kendilerini yalnız hissetme ve sosyal izolasyon yaşama riski artmaktadır. McCullagh ve ark.'ın yaptığı çalışmaya göre bakım verenlerin yaklaşık %62'si sosyal izolasyon yaşamaktadır (36)

Ekonomik Problemler: Bakım verenlerin %54'ünün maddi durumu olumsuz yönde etkilenmektedir. Bakım verenlerin hastanın yanında kalıp işe gidememesi ve hastanın tedavi masraflarının da eklenmesiyle maddi durumları kötüye gitmektedir. Yapılan çalışmalara göre bakım verenlerin diğer kişilere oranla, sağlık hizmetlerine daha fazla başvuru yaptığı görülmektedir (40).

4.9. Stres

Stres kelimesi, Latince “estricia” sözcüğünden gelmektedir. Stres, 17.yy.'da bela, uğursuzluk, yıkım, keder, elem ve dert gibi anlamlarda kullanılmış, 18 ve 19.yy.'da ise bu anlamlar değişmiş ve yerini güç, baskı, zor gibi anlamlara bırakmıştır (42). Günümüzde ise stres bir kişinin düşüncelerinde, hislerinde veya fiziki koşullarında, bireyin çevresi ile başa çıkabilme kuvvetini riske sokan gerginlik durumu olarak tanımlanmaktadır. Stres genelde negatif ve tehditkar bir unsur olarak görülse de, bir yandan da uyarıcı olabilmesi ve zorlanma ve değişime karşı önemli bir tepki olabilmesi de mümkündür (43).

Stresin ne olduğunu kavramak için ne olmadığını da bilmekte fayda vardır. Toplumumuzda stresin tanımı için bazı yanlış anlayışlar mevcuttur. Stres sadece basit bir endişe değildir. Stres sadece negatif ve zarar veren ve çaresi bulunmayan bir

durum da değildir. Buna ilaveten stresin sadece yetişkinlerde ve iş yükü altına girenlerde görüldüğü inancı da yanlıştır (59). Stres halk insanından bilim adamına kadar herkesin sıkça kullandığı ve pek çoğunun da deneyimlediği psikolojik bir durumdur. Yapılan çalışmalara göre herkesin stresi tanımlamasının değişik olduğu gibi kişilerde gözlenen stres nedenleri, belirtileri ve stres düzeylerinin de farklı olduğu görülmüştür (60). Bir başka deyişle stresi, kişilerin mutluluğunu ve huzurunu riske sokacak olaylar karşısında net olarak belli olmayan fakat açığa çıkan psikolojik ve fizyolojik etki olarak tanımlamak da mümkündür (59)

Stresin yaşanmasında çevresel faktör büyük bir rol oynamaktadır. Kendi plan ve programını düşündükleri gibi uygulayamayıp, dış faktörlerden dolayı değişim yapmak mecburiyetinde kalan bireyler büyük bir stresle karşı karşıya kalmaktadır (42). Bireylerde görülen stres belirtileri 4 başlık altında toplanmaktadır:

1.Fiziksel Belirtiler: Baş ağrısı, uyku bozukluğu, sırt ağrısı, çene ağrısı ya da diş gıcırdatma, kabızlık veya ishal, kas ağrıları, sindirim bozuklukları veya ülser, hipertansiyon veya miyokard enfaktüsü, aşırı terleme, iştahsızlık, yorgunluk.

2.Duygusal Belirtiler: Anksiyete, depresyon, çabuk ağlama, ani ruhsal durum değişiklikleri, gerginlik, kızgınlık, özgüven kaybı, güvensizlik, aşırı hassas olma, öfke patlaması, düşmanlık, tükenmişlik hissi.

3.Zihinsel Belirtiler: Dikkat dağınıklığı, kararsızlık, unutkanlık, zihnin karışıklığı, hayal kurmada aşırılık, tek bir fikirle meşgul olma, mizahi kayıp, verim düşüklüğü, iş kalitesinde azalma, hatada artış, muhakeme yeteneğinde azalma.

4.Sosyal Belirtiler: Başkasında suç bulma, randevulara gitmemek, insanlarda sürekli hata arama, sözel ifadelerde başkalarını rencide etmek, aşırı savunmacı olma, birden fazla kişiyle iletişimi kesmek (42).

Yapılan pek çok araştırmaya göre stres bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığını ve sosyo-kültürel yaşamı içindeki konforunu derinden sarsan sosyal bir problem olarak belirtilmiştir (44). Rosenbaum, stresle baş edebilme yeteneğini elde eden bireyin, başka kişilerle olan iletişimde daha uyumlu olduğunu ve stresin üstesinden geldiğini bildirmiştir (43).

4.10. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerde Stres

İnme geçiren hastanın fonksiyonel bozukluğu, bakım vereni de pek çok yönden etkilemektedir (45). İnme hastaları ve ona bakım verenler inme süreci boyunca önemli ölçüde stresle yüzleşmekte ve bu durum, hem hasta hem de bakım verenin psikolojik durumunu ve ikisi arasındaki ilişkiyi etkilemektedir (48). Kişinin üstlenmiş olduğu bu “bakım veren” rolünde sosyal desteğin yokluğu kişiyi daha stresli hale getirmektedir. Ayrıca inme hastasının fiziksel sağlığı ve bilişsel fonksiyonu, hastanın depresyon durumu, afazi varlığı ve özürülük oranının fazla olması da bakım verenin stresini arttırmaktadır. (46). Yapılan bir araştırmada, bakım verenlerin bakım vermeyenlere oranla 2.5 kat daha fazla stres yaşadıkları belirtilmiştir.

Stresi azaltmanın en güçlü yöntemlerinden biri, yaşamın pek çok alanında sosyal desteğin var olmasıdır. Kişinin çevresinde kurmuş olduğu arkadaşlıklar, insani ilişkilerin geliştirilmesi ve bu amaçla sunulan tüm hizmetler bireye sosyal destek sağlamada önemli rol oynamaktadır. Sosyal desteği yüksek olan kişilerin bundan yoksun olan kişilere göre stresin en büyük nedenlerinden biri olan güvensizlik duygusuna sahip olmadıkları ve daha az stresli oldukları belirtilmiştir (45).

4.11. Uyku

Canlının zihinsel ve bedensel olarak dinlenmesine yarayan ve çevre ile olan ilişkisine geçici ve geri dönüşümlü olarak ara verdiren duruma uyku denir (62). Uyku yetişkin bireylerin günlük yaklaşık 7-8 saatini, hayatının ise üçte birini oluşturan temel bir ihtiyaçtır. Diğer yandan uyku sadece insan vücudunun dinlenmesine değil, biyolojik ritmin sağlıklı şekilde devamına da olanak sağlamaktadır (61).

Uykuya duyulan gereksinim; yaşa, cinsiyete, fiziksel aktivite durumuna, hastalık öyküsüne ve ruhsal duruma göre değişkenlik gösterebilmektedir (62). Genel popülasyonda görülme oranı %40' a ulaşan uyku problemleri yalnız bedensel ve ruhsal sağlıkla ilgili değil, sosyal hayatla da yakından ilişkilidir. Çalışmalara göre uyku probleminin önemli ölçüde iş gücü kaybına neden olduğu bildirilmektedir. Bu yüzden sebeplerinin öğrenilip tedavi ettirilmesi büyük önem taşımaktadır (63). Uyku düzenindeki bozukluk, genel sağlık halini ve dolayısıyla günlük yaşam aktivitelerini kötüleştirir. Yeterli uyku alamayan bireyler fiziksel ve zihinsel olarak

olumsuz etkilenmekte; bireylerde yorgunluk, bıkkınlık, dikkat bozukluğu, ağrı eşiğinin azalması, bilinç kaybı, hassasiyet artışı, kızgınlık, mantık dışı fikirler, halüsinasyonlar, iştahın azalması, ve sindirimde zorluk gibi problemler ortaya çıkabilmektedir (61).

Uyku Rapid Eye Movement (REM) ile Non-Rapid Eye Movement (NREM) uykusu olarak ikiye ayrılmaktadır. REM uykusu hızlı göz hareketleri, kasın kasılmaması, farklı beyin kısımlarının aktivasyonu, kan basıncı, nefes alma ve nabız hızı değişimleri ile tanımlanmaktadır. NREM uykusu ise bedenin istirahat etmesi ve elektroensefalografide (EEG) yavaş dalga aktivasyonu ile tanımlanmaktadır (64). Bireyin REM uykusu sırasında uyandırılması kolaydır. Bu dönemde aktif mediatör nörepinefrindir ve birey adrenerjik kontrol altındadır. NREM döneminde ise birey serotonerjik kontrol altındadır. Bu evrede bireyin uyandırılması çok zordur ve kendine gelmesi yaklaşık 5 dk sürmektedir. Uyku toplam 4 evreden oluşmaktadır ve bunun üçü NREM uykusu sırasındadır (65).

Uykunun kalitesi kişinin uykudan kalktıktan sonra kendini canlı, zinde ve yeni gün için hazır hissetmesi olarak tanımlanmaktadır. Hayat tarzı, çevresel faktörler, meslek, sosyal hayat, maddi durum, genel sağlık durumu ve stres gibi türlü faktörler uyku kalitesini etkilemektedir (66). Uyku kalitesi iki temel etmenden dolayı önem taşımaktadır. Bunların birincisi uyku kalitesi hakkındaki şikayetlerin oldukça fazla olması; ikincisi ise uyku kalitesinin düşüklüğünün pek çok hastalığa neden olabilmesidir (67). Uykusunu alamayan kişilerin, iyi uyuyanlara göre gün içerisinde daha fazla zorluk çektikleri, daha fazla anksiyete ve depresyon yaşadıkları belirtilmiştir (68). Uyku kalitesi nitelik ve nicelik olarak kötüye gittiğinde dikkat problemleri, emosyonel değişimler, hatta halüsinasyonlar bile görülebilmekte; iş potansiyeli azalmakta ve biyolojik değişimlerle beraber bu semptomların şiddeti daha da artabilmektedir (69).

4.12. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerde Uyku

Uyku insan hayatının önemli parçalarından biridir ve inme gibi kronik bir hastalığa sahip kişilere bakım verenlerin uyku kalitesi verilen bakımdan dolayı kötü etkilenmektedir. Uyku bozukluğu en yaygın inmelilere bakım verenler tarafından rapor edilmektedir (97).

Bakım veren kişi zamanla farklı problemlerle karşı karşıya gelmektedir. Kendine zaman ayıramama, kronik yorgunluk, kilo değişimi ve uyku bozukluğu bunlardan bazılarıdır (98). Yapılan bir çalışmada bakım verenlerin yarısının uyku bozukluğu yaşadığı saptanmıştır. Bakım verenlerin uyku bozukluğu yaşaması sosyal fonksiyonu, sağlığı ve yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir (99).

4.13. Bakım Yüğü

Bakım yükü yaşlı, kronik hastalığa sahip, herhangi bir özürllülüğü olan bir aile üyesi veya başka birine bakım veren kişinin güçlük çekmesi, anksiyete yaşaması veya baskı altında ya da omuzlarında yük hissetmesi olarak tanımlanmaktadır (38). Araştırmalar, inmeli hastalarda bakım verenlerin bakım verme döneminde ne yapacakları konusunda yeterli bilgiye sahip olmamasından dolayı, stres ve anksiyete yaşamaları, fiziksel problemlerinin ortaya çıkması, sosyallikten uzaklaşma ve yaşam kalitelerinin düşmesi gibi sorunların ortaya çıktığını göstermektedir (39). Yapılan epidemiyolojik çalışmalara göre, inme sonrası hayatta kalma oranının artması da göz önüne alındığında, bakım veren kişinin eğitilmesinin, inme rehabilitasyonundaki başarı için büyük bir önem taşıdığı görülmektedir, çünkü bakım verenler uzun dönemde iyileşmenin ilerlemesinde ve rehabilitasyonun etkilerinin korunmasında merkezi rollere sahiptirler (39). Başka bir deyişle bakım yükünü “bakım verenin üstlenmiş olduğu bakım sonucu, psikolojik, fiziksel, ekonomik ve sosyal problemler ile birlikte aile içi ilişkilerin bozulması ve hayatını kendisinin kontrol edememe hissine kapılması gibi negatif objektif ve subjektif problemler olarak tanımlanabilmektedir. Objektif problemler bakım verenin yaşamındaki farklılık ve kısıtlamaları içeren, bakım verme kaynaklı yorgunluk oluşması, aile rutinlerinin bozulması ve fiziksel hastalıkların ortaya çıkması gibi fiziksel problemlerle ilişkilidir. Subjektif problemler ise bakım verenin bu sorumluluk karşısında yaşadığı psikolojik problemler olarak tanımlanmaktadır (36).

Bakım yükünü etkileyen faktörler:

- Bakım verenin ve hastanın karakteristik özellikleri
- Hastanın ek hastalıkları
- Hasta ile bakım veren arasındaki ilişki

- Hastanın unutkanlık ve fiziksel aktivite problemleri
- Bakım verme süresi
- Bakım verme ile ilgili bilgi edinme
- Bakım verenlerin rol değişikliği
- Bakım verende herhangi bir hastalık olması
- Hastanın bağımsızlık durumu ve bakım sırasında yapılması gerekenler
- Başkalarının yardımı
- Bakım verenin ve hastanın gelir durumu (36)

Bakım verenlerin yaklaşık %60'ı bakım vermeden dolayı kendilerine yeterli zaman bulamadıklarını, %78'i yorgun olduklarını, %85'i hasta ile iletişiminin problemlili olduğunu ve %57' si ise ekonomik problemlerinin olduklarını ifade etmişlerdir (41).

4.14. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü

İnme, yaşanma sıklığı 65 yaş üzerinde artan, motor fonksiyonların bozulması, sözel ifadenin zayıflaması ve özürllülük oluşturabilmesi sebebiyle uzun süre bakım gerektiren, toplumda ciddi manada özürllülük ve iş görmezliğe neden olan kronik hastalıklardan biridir (37). İnme geçiren hastaların yaklaşık yarısı taburcu olmakta, %20'si taburcu olmadan hayatını yitirmekte ve geri kalanı ise uzun süre boyunca evde veya bir kurumda bakıma ihtiyaç duymaktadır. Ülkemizde inme %15.4 oranı ile evde bakıma ihtiyaç duyan hastalıklarda 2.sırada yer almaktadır (38).

Ailede birinin inme gibi kronik hastalığa sahip olup sürekli bakıma ihtiyaç duyması ailesel işlevleri bozmakta ve aile üyelerine yük olabilmektedir. Bu yük, bakım verenin üstlenmiş olduğu bakım verme kaynaklı psikolojik ve bedensel sağlık sorunları, ekonomik ve sosyal sorunlar, aile arası iletişimin azalması ve kontrolü elde tutamama hissi gibi negatif sonuçlar olarak tanımlanmaktadır (49). Bakım verenlerin genelde eşler ve kadınlar olduğu, en çok bakım yüküne sahip kişilerin ise eşlerden oluştuğı bildirilmektedir (36).

İnme beklenmedik ve ani bir şekilde meydana geldiği için aile üyelerinin bakım verme için hazır olması çok zordur. “Avrupa İnme Stratejileri İnme Bakımı 2015” hedeflerinde bakım veren aile bireyleri ile birlikte hareket edilmesi, onların her adımda bilgilendirilmesi ve yazılı eğitim ekipmanları ile destek verilmesi gerektiği ifade edilmiştir (50). Bakım verenin bazı ihtiyaçlarının karşılanmaması ve bakım yükü yaşamasından dolayı bakım verme rolünde zorluk yaşamaktadır. Bakım yükünün fazla olması verilen bakımın kalitesini tehlikeye sokmaktadır. Bu yüzden bu yükün saptanıp çözüm üretilmeye çalışılması, hem bakım veren hem de alanın ihtiyaçlarının karşılanması ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesine yardımcı olmaktadır (49)

4.15. Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre yaşam kalitesi hedefleri, umutları, standartları ve ilgi duyulan oluşumlar ile bağdaştırılarak, kişilerin hayatlarını sürdürdükleri kültür ve değer yargılarının içindeki durumlarını algılayış şeklidir. Bir başka deyişle yaşam kalitesini, bireyin hayatını devam ettirdiği sosyo kültürel çevrede, kendi sağlığını öznel olarak algılama biçimi olarak tanımlamak mümkündür (51).

Yaşam kalitesi tanımı, hem günlük aktiviteleri sürdürebilme becerisini hem de hayattan ve bireysel iyilik halinden ne kadar memnun olduğunu da içine almaktadır (52). Bu kavram, fiziksel, psikolojik ve sosyal olmak üzere üç fonksiyondan etkilenmektedir. Fiziksel fonksiyon, fonksiyonellik, ağrı, yorgunluk ve nefes darlığı; psikolojik fonksiyon iyilik durumu, psikolojik stres, zihinsel beceriler, anksiyete, bilişsel fonksiyon ve depresyon; sosyal fonksiyon ise kişilerle olan iletişim, aile içi ilişkiler, seksüel ilişkiler ve sosyal katılımı içinde barındırmaktadır (53)

Günümüzde yaşam kalitesinin arttırılması, yaşamın uzunluğu kadar önemli bir hal almaktadır. Sağlığı koruyarak yaşlanmak ve yaşlandıkça meydana gelebilecek sağlık risklerini en aza indirmenin en etkili yöntemi sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivitedir (51). Egzersizin faydaları hakkında sunulan pek çok kanıtla rağmen, yaşlı popülasyonun çoğunluğu sedanter bir hayat sürdürmektedir ve bu da onlarda hastalık yaşama riskini arttırmaktadır (54).

4.16. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi

İnme yaşanması, inme hastalarının yaşam kalitesini önemli derecede etkilediği gibi, inmeli hastalara bakım verenlerin yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir. İnme hastasının ileri derece özürlülüğü ve aktivitelerindeki kısıtlılık, bakım vereni hazırlıksız yakalamakta ve fiziksel, psikolojik ve sosyal alanda büyük bir bakım yükünün altına sokmaktadır. Yapılan çalışmalara göre, yüksek bakım yüküne sahip olan bakım verenlerin düşük yaşam kalitesine sahip oldukları belirtilmektedir (55).

56 inmeli hastaya bakım verenin dahil edildiği bir çalışmaya göre, yaş, hastanın yaşam kalitesi ve bakım verenin üstlendiği rol gibi prognostik faktörlerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır. Olumlu olarak etkileyen faktör ise bakım verenin hasta ile olan ilişkisinden duymuş olduğu memnuniyet olarak belirtilmektedir (56). Diğer bir yandan, uzun dönemli rehabilitasyon süreci ve devam eden bakım masrafları da genelde bakım verenin sorumluluğunda olduğu için, bakım yükünü arttırmakta ve bakım verenin yaşam kalitesini düşürmektedir (57).

Schulz ve Beash'ın yaptığı çalışmaya göre, dört sene boyunca bakım veren kişilerin bakım vermeyen bireylere göre %63 daha fazla ölüm yaşanması, anksiyete ve depresyondan dolayı sağlıklarının bozularak yaşam kalitelerinin azaldığı bildirilmektedir (58).

5. MATERYAL VE METOT

5.1. Olgular

Çalışmamız 2018-2019 yılları arasında Medipol Mega Üniversite Hastanesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Kliniği'nde rehabilite edilen ve gönüllülük çerçevesinde çalışmaya dahil olmayı kabul eden 40 inmeli hasta ve hastaların bakım verenleri ile gerçekleştirildi.

Çalışma için İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'nın 30.03.2018 tarihli, 10840098-604.01.01-E.10360 sayılı kararı ile etik kurulu onayı alındı. Çalışmaya dahil edilen katılımcılar araştırmanın amacı ve yapılacak değerlendirmeler ile ilgili bilgilendirildi. Ayrıca "Gönüllü Bilgilendirme Formu" (Ek-1) okutularak onayları alındı ve formun bir kopyası çalışmaya katılan kişiye verildi.

5.1.1. Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Dahil edilme kriterleri:

- İskemik inme sonucu hemipleji tablosuna sahip hastaya bakım veriyor olmak
- Hastanın 40-75 yaş arasında olması
- Bakım verenin 18-65 yaş arası olması

Dahil Edilmeme Kriterleri:

- Bakım verenin sağlık çalışanı olması
- Psikolojik rahatsızlık tanısı almış olmak
- İnsomnia tanısı almış olmak
- Hastada afazi varlığı

Değerlendirmeler klinik ortamda tek bir fizyoterapist tarafından yapılmıştır.

5.2. Veri Toplama Araçları

Hastalar:

- Hastanın Kişisel Bilgi Formu,
- Mini Mental Durum Testi,
- Barthel İndeksi
- Beck Depresyon Ölçeği ile,

Bakım Verenler:

- Bakım Vereninin Kişisel Bilgi Formu
- Zarit Bakıcı Yük Ölçeği,
- Algılanan Stres Ölçeği,
- SF-36
- Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi ile değerlendirildi.
-

5.2.1. Hastanın Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu hastanın şahsına ait bilgilerini, sosyodemografik özelliklerini ve hastalık bilgilerini (etkilenen taraf ve zamanı) içermektedir. Literatür taranarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur (Ek-2).

5.2.2. Mini Mental Durum Testi

1975 yılında Folstein ve arkadaşları tarafından yayınlanmıştır. Bu test, nöropsikiyatrik muayene metotları içinde kognitif beceriyi nicel olarak değerlendirmek amacıyla kullanılan testlerin çok fazla soru barındırmaları ve uygulanması yarım saatin üzerinde sürdüğü için, yapılması daha kolay ve hızlı olan bir kognitif değerlendirme testi olarak üretilmiştir. Klinik semptomların ayırt edilmesinde her ne kadar kısıtlı bir özgüllüğü olsa da, kognitif fonksiyon seviyesinin saptanmasında uygulanabilecek, kullanışlı, kısa ve standardize bir yöntemdir (70).

Test 19 sorudan oluşmaktadır ve değerlendirme 0 ile 30 puan aralığındadır. Uygulaması 10 dakika kadar sürmektedir. 24-30 puan arası normal; 18-23 puan arası hafif demans; 17 puan ve altı ise ağır demansı göstermektedir. Hafıza, dikkat, dil, motor fonksiyon, algı, oryantasyon ve görsel yetenekleri değerlendirmektedir (71) (Ek-3).

5.2.3. Barthel İndeksi

Hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyini belirlemek amacıyla Barthel İndeksi, 1965 yılında Barthel ve Mahonet tarafından geliştirilmiştir (72). 1999 yılında Küçükdeveci tarafından Türkçeye adapte edilmiştir. Toplam 10 alt başlıktan meydana gelmektedir. Beslenme, tekerlekli sandalyeden yatağa ve yataktan başka yerlere transfer, tuvalete gitme, kişisel bakım, banyo yapma, düz zeminde yürüme, merdiven çıkıp inme, giyinip soyunma ve bağırsak ve mesane bakımını değerlendirmektedir (73). Puanlama 0 - 100 aralığındadır. 0 puan tam bağımlılığı, 100 puan ise bağımsızlığı göstermektedir.

Ölçeğin puan sonuçları şu şekildedir (74):

0-20 Puan-Tam Bağımlı

21-61 Puan-İleri Derecede Bağımlı

62-90 Puan-Orta Derecede Bağımlı

91-99 Puan-Hafif Derecede Bağımlı

100 Puan-Tam Bağımsız (Ek-4)

5.2.4. Beck Depresyon Ölçeği

Umutsuzluk, depresyon ve hayatı sonlandırma isteği arasındaki sıkı ilişki araştırmacıları bu konu hakkında bilgi edinmeye yönlendirmiştir. Depresyon ve umutsuzluk derecesini sayısal verilere dönüştürmek amacıyla Beck ve arkadaşları 1974 yılında Beck Depresyon Ölçeği'ni geliştirdiler. Bu ölçek geçerlik ve güvenilirlik bakımından yüksek bir orana sahip olduğu için literatürde sıkça kullanılmıştır (75). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını ise Hisli yapmıştır (76).

Test toplam 21 sorudan oluşmaktadır ve her soru 0 ile 3 arasında puanlanmaktadır. Puan aralıkları şu şekildedir (76):

1-10 arası normal

11-16 arası orta derecede duygu durumu bozukluğu

17-20 arası klinik depresyon

21-30 arası orta derece depresyon

31- 40 arası ciddi depresyon

41-63 arası ağır depresyon (Ek-5)

5.2.5. Bakım Verenin Kişisel Bilgi Formu

Bakım verenin kendine ait bilgilerini, sosyodemografik özelliklerini, hastaya yakınlık derecesi, bakım verme süresi ve bakım alanlarını içermektedir. Araştırmacı tarafından literatür desteği ile hazırlanmıştır. (Ek-6)

5.2.6. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği

Zarit Bakıcı Yük Ölçeği 1980 yılında Zarit ve arkadaşları tarafından öncelikle demans hastalarına bakım verenler için geliştirilmiştir. Bakıma ihtiyacı olan kişilere bakım verenlerin deneyimledikleri problemler ve bakım yükleri ele alınmaktadır. Ölçek 22 sorudan oluşmaktadır ve “asla”, “nadiren”, “ara sıra”, “oldukça sık” ya da “neredeyse her zaman” biçiminde 1 ile 5 arasında değişen likert tipi değerlendirilmesi vardır. Türkiye’de ölçeğin geçerlik güvenilirlik çalışması Özlü ve arkadaşları tarafından 100 şizofreni hastasına bakım verenler ile birlikte yapılmış ve 22 maddenin ruhsal gerginlik ve özel hayatın bozulması, kızgınlık ve sınırlandırılmışlık, toplumsal ilişkilerde bozulma, ekonomik yük ve bağımlılık olmak üzere 5 alt başlıkta toplandığı gösterilmiştir. Bu çalışmada 1, 4 ve 16. maddelerin faktör yükü 0.50’ nin altında olduğundan Türkçe uyarlaması bu üç maddenin yok sayılmasıyla toplam 19 maddeden oluşmaktadır (77).

Ölçeğin toplam puanı 0 ile 88 arasında değişmektedir ve puan ne kadar yüksekse bireyin yaşadığı yük de o kadar yüksek manasına gelmektedir (78) (Ek-7).

5.2.7. Algılanan Stres Ölçeği

Algılanan Stres Ölçeği, 1983’ te Cohen, Kamarc ve Mermelstein tarafından, kişinin subjektif olarak stres seviyesini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. 2008 yılında modern stres değerlendirme yöntemlerini inceleyen Monroe Algılanan Stres

Ölçeği'nin diğer yöntemlere göre daha az hata içerdiğini bildirmiştir. Test 2013 yılında Eskin, Harlak, Demirkıran ve Dereboy tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (79).

Test toplam 14 sorudan oluşmaktadır. 5'li likert tipine uygun olan bu ölçekte her sorunun cevabı 0 puan değerinde olan "hiçbir zaman" seçeneği ile 4 puan değerinde olan "çok sık" seçeneği arasında değişmektedir. Cronbach Alpha, algılanan stres ile ilgili soruların güvenilirlik oranını 0,84 olarak hesaplamıştır ve bu oran istatistiksel açıdan oldukça güven vermektedir (80). Testte 4,5,6,7,9,10 ve 13. sorular tersten hesaplanmaktadır yani "çok sık" şıkkı 0 puanı "hiçbir zaman" şıkkı ise 4 puanı temsil etmektedir. Toplam puan 0 ile 56 arasında değişmekte olup fazla puan bireyin algıladığı stres seviyesinin de yüksek olduğunu göstermektedir (79) (Ek-8).

5.2.8. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Yaşam kalitesini test etmek amacıyla kullanılan en popüler ölçek SF-36'dır. 1992' de Ware ve arkadaşları tarafından geliştirilip, 1999' da Koçyiğit ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek toplam 36 maddeden oluşmaktadır ve 8 farklı fonksiyonu değerlendirmektedir. Bunlar fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel problem kaynaklı rol kısıtlılıkları, emosyonel problemlere bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık, enerji/yorgunluk, ağrı ve genel sağlık algısından oluşmaktadır (81).

Her alt başlık 0 ile 100 puandan oluşmakta ve puanın fazla olması sağlık durumunun iyi olduğunu, az olması ise sağlık durumunun bozulduğunu belirtmektedir (82) (Ek-9)

5.2.9. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi

1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve 1996 yılında Ağargün ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (66). Bu ölçek, geçen son bir aydaki uyku kalitesi, uyku probleminin tipi ve seviyesi hakkında bilgi veren bir formdur. Toplam 24 sorunun 19'u çalışmanın uygulandığı kişi tarafından yanıtlanırken 5'i bu bireyin yatağı paylaştığı kişi tarafından cevaplanmaktadır. Bu

ölçeğin değerlendirilmesi ise sadece bireyin cevaplamış olduğu sorular üzerinden hesaplanmaktadır (68). Değerlendirmeden 7 alt başlık elde edilmektedir. Bunlar: Subjektif Uyku Kalitesi, Uyuma Süresi, Uyku Latensi, Alışılan Uyku Programı, Uyku Bozukluğu, Uyku İlacı Kullanımı ve Günlük Aktivite Bozukluğudur (66).

Her alt başlık 0 ile 3 puan arasında değerlendirilerek toplam puan 0 ile 21 puan arasında değerlendirilmektedir. Toplam puanın 5 ve altında olması uyku kalitesinin iyi, 5'in üstünde olması ise uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir (66) (Ek-10).

5.3. İstatistiksel Analiz

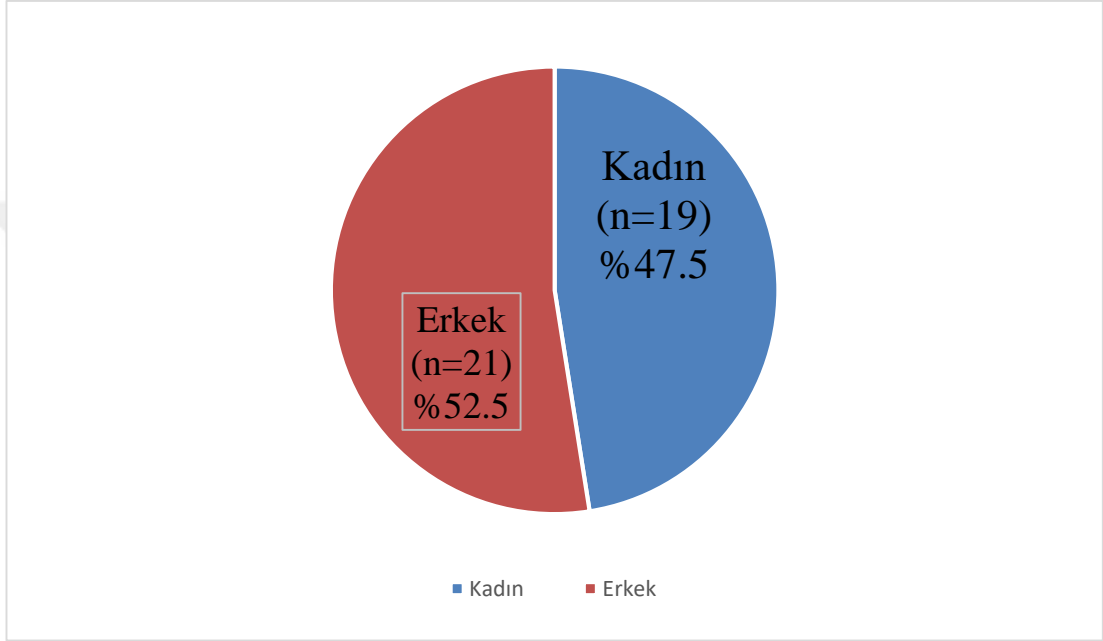
Veri analizinde Spss 22 paket programı kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov Smirnov ile test edildi. Veriler normal dağılım göstermesine rağmen, veri sayısı 30'dan az olduğu için non-parametrik testlere karar verildi. Korelasyonlar ise Spearman RHO testi ile tespit edildi.

6.BULGULAR

6.1. Hastalara Ait Demografik Veri Bulguları

Çalışmaya katılan hastaların 19'unun (%47,5) kadın, 21'inin (%52,5) erkek olduğu saptandı (Şekil 6.1).

Şekil 6.1. Hastaların Cinsiyet Grafiği



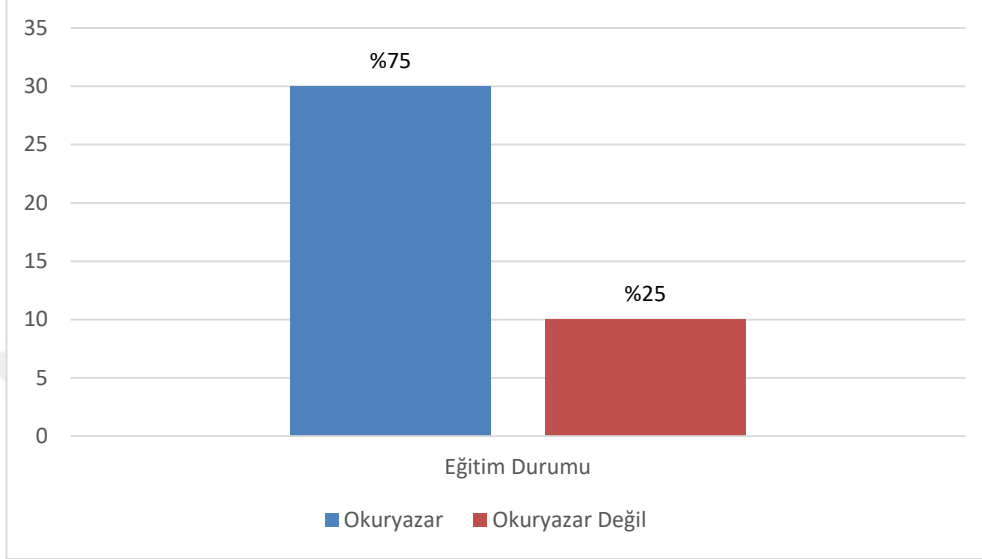
Hastaların yaş ortalamasının 57.725 ± 10.26 olduğu tespit edildi (Tablo 6.1).

Tablo 6.1 Hastaların Yaş Dağılımı

	Min-Maks	Ort-Ss
Yaş	41-78	57.725 ± 10.26

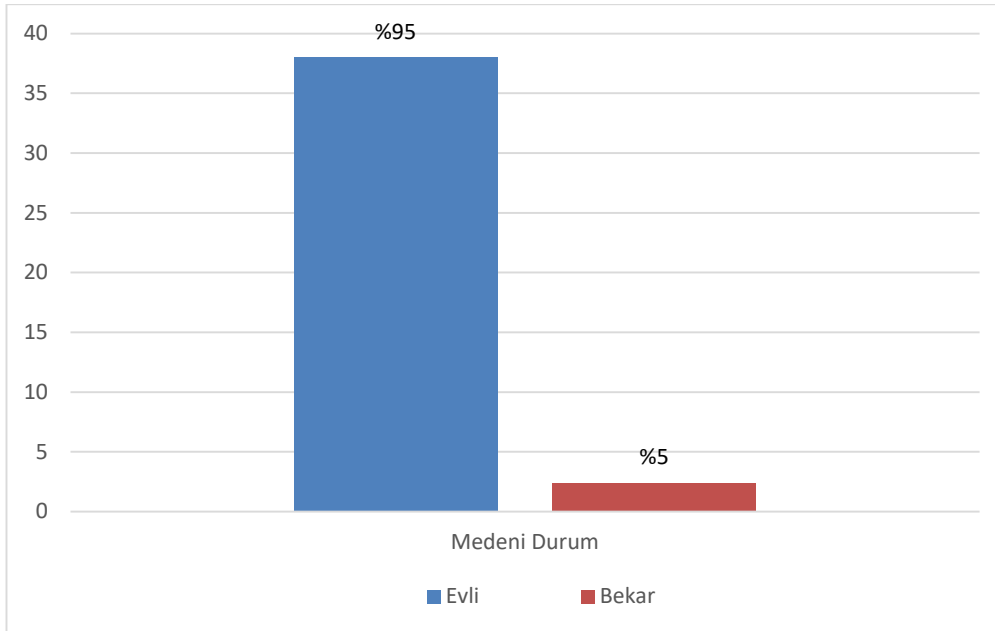
Hastalardan 30'unun (%75) okuma yazma bildiği ve 10'unun (%25) okuma yazma bilmediği (Şekil 6.2.) belirlendi.

Şekil 6.2 Hastaların Eğitim Durumu



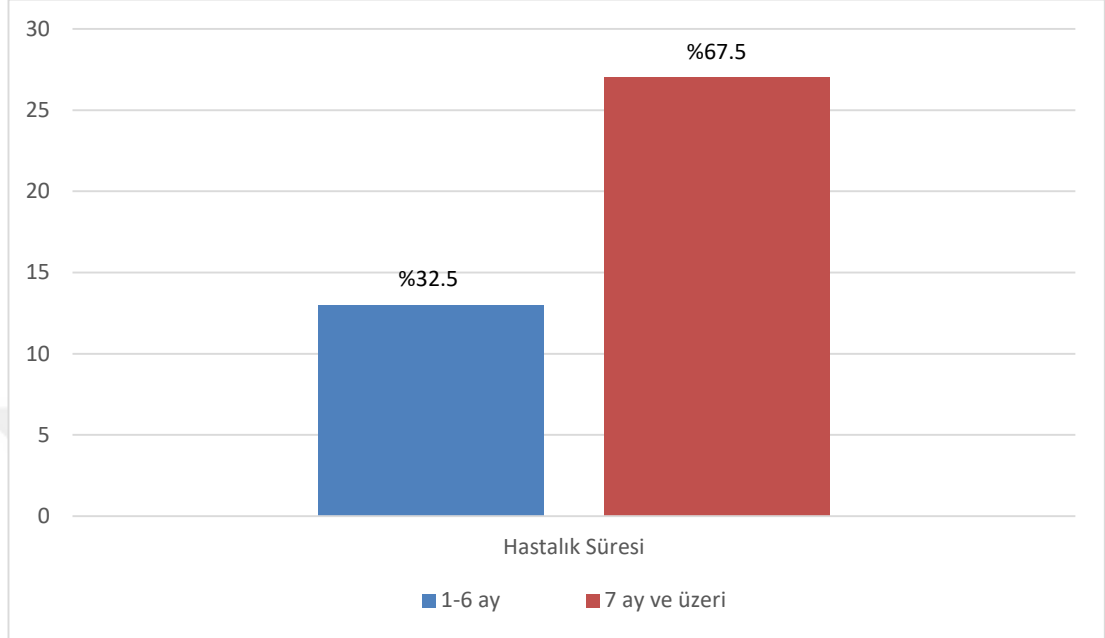
Hastaların 38'inin (%95) evli, 2'sinin (%5) ise bekar olduğu görüldü (Şekil 6.3).

Şekil 6.3 Hastaların Medeni Durumu



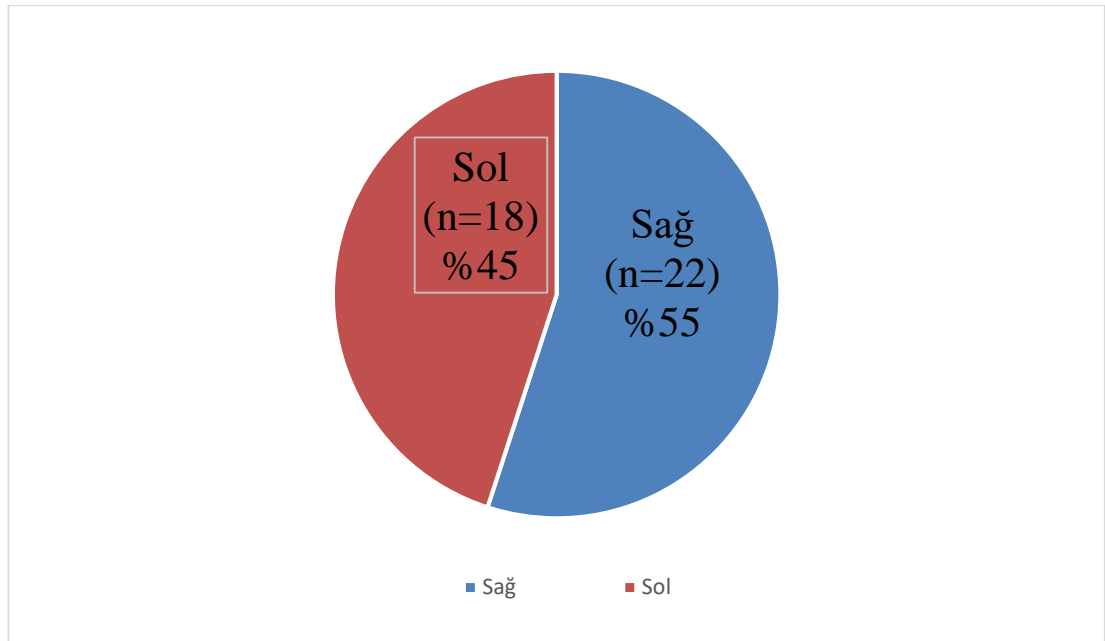
Hastaların hastalık süreleri incelendiğinde 27'sinin (%67,5) 7 ay ve üstü ve 13'ünün (%32,5) ise 1-6 ay arasında olduğu saptandı (Şekil 6.4).

Şekil 6.4 Hastaların Hastalık Süresi



Hastaların %55'inin sağ ve %45'inin sol hemisferinin etkilendiği saptandı (Şekil 6.5).

Şekil 6.5 Hastaların Etkilenen Hemisfer Kısmı



6.2. Hastaların Bilişsel Düzey, Depresyon Düzeyi ve Günlük Yaşam Aktiviteleri Bulguları

Çalışmaya katılan hastaların Barthel İndeksi ortalama puanlarının 67,87 ile orta düzeyde bağımlı grubunda oldukları, Mini Mental Durum Testi'nden aldıkları ortalama puanın 19,68 olduğu ve bu puan ile orta düzeyde mental bozukluğa sahip oldukları ayrıca Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları ortalama puanın 20,58 olduğu ve bu puan ile orta düzey depresyon grubuna girdikleri görüldü (Tablo 6.2).

Tablo 6.2. Hastaların Bilişsel Düzeyi, Depresyon Düzeyi ve Günlük Yaşam Aktiviteleri Bulguları

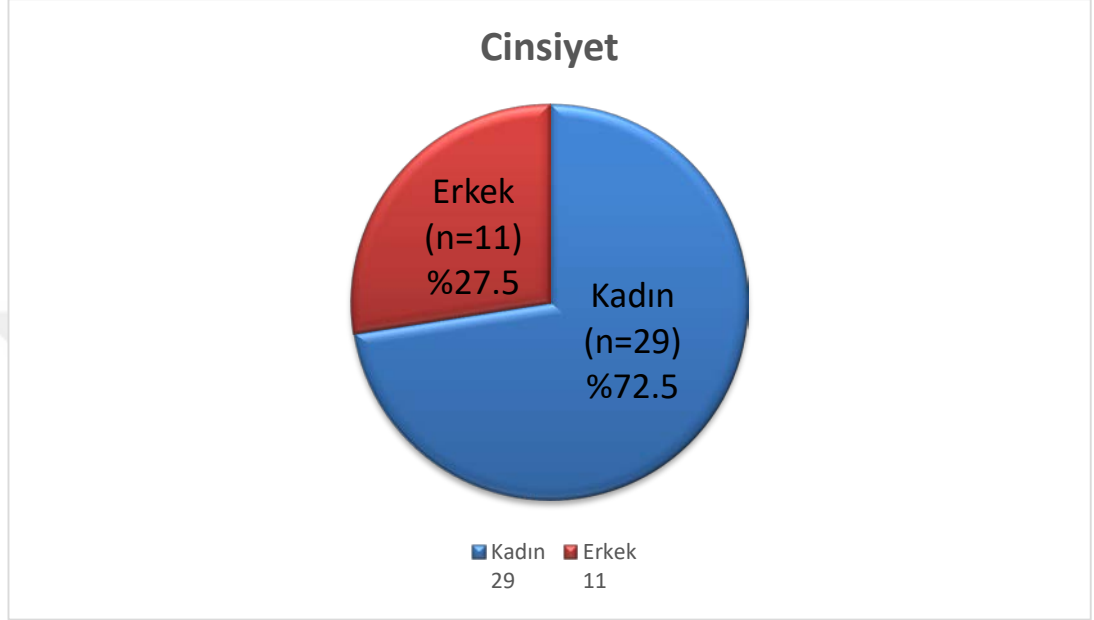
	Min-Maks	Ort-Ss	p değeri
Mini Mental Durum Testi	6-29	19,68 ± 5,071	0,043*
Beck Depresyon Envanteri	4-45	20,58 ± 9,706	0,625
Barthel İndeksi	25-100	67,87 ± 21,390	0,143

*** $p < 0.05$**

6.3. Bakım Veren Kişilere Ait Demografik Veri Bulguları

Hastalara bakım veren kişilerin 29'unun (%72,5) kadın, 11'inin (%27,5) ise erkek olduğu belirlendi (Şekil 6.6)

Şekil 6.6 Bakım Verenlerin Cinsiyet Dağılımı



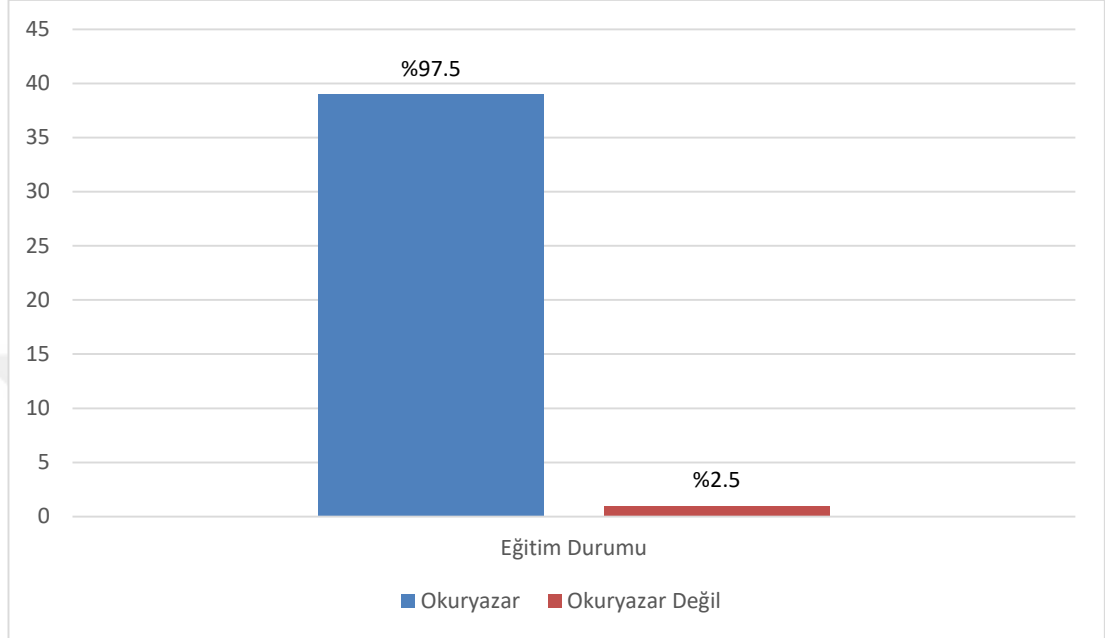
Bakım verenlerin yaş ortalamasının 36.45 ± 11.72 olduğu bulundu (Tablo 6.3).

Tablo 6.3 Bakım Verenlerin Yaş Dağılımı

	Min-Maks	Ort-Ss
Yaş	21-59	36.45 ± 11.72

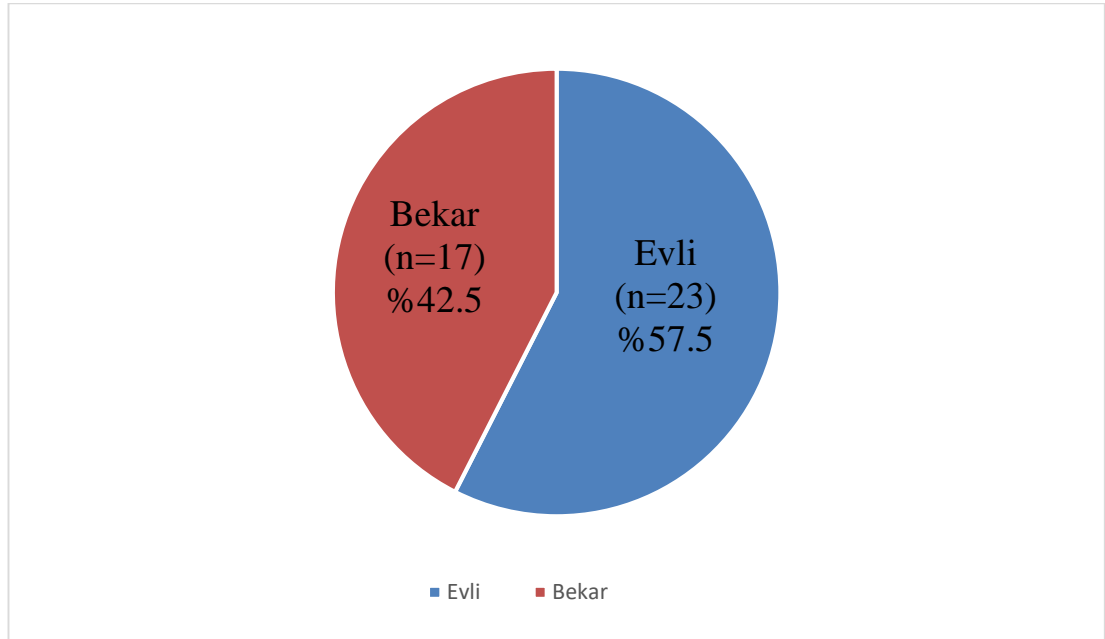
Bakım veren kişilerin 39'unun (%75) okuryazar, 1'inin (%2,5) ise okuryazar olmadığı (Şekil 6.7) tespit edildi.

Şekil 6.7 Bakım Verenlerin Eğitim Durumu



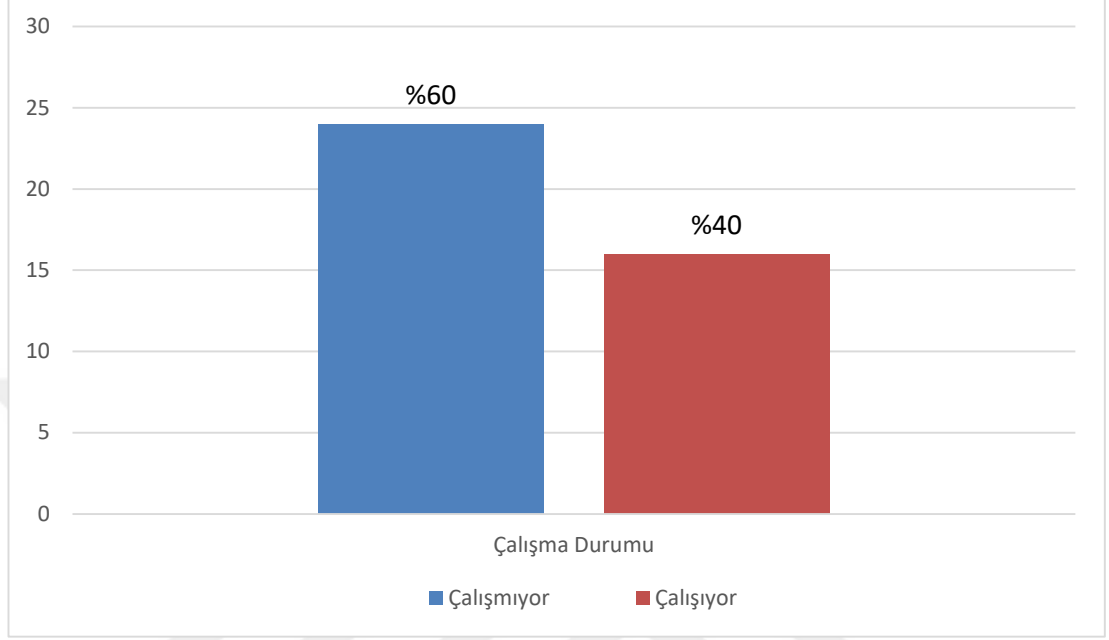
Bakım verenlerin 23'ünün (%57,5) evli ve 17'sinin (%42,5) ise bekar olduğu görüldü (Şekil 6.8).

Şekil 6.8 Bakım Verenlerin Medeni Durumu



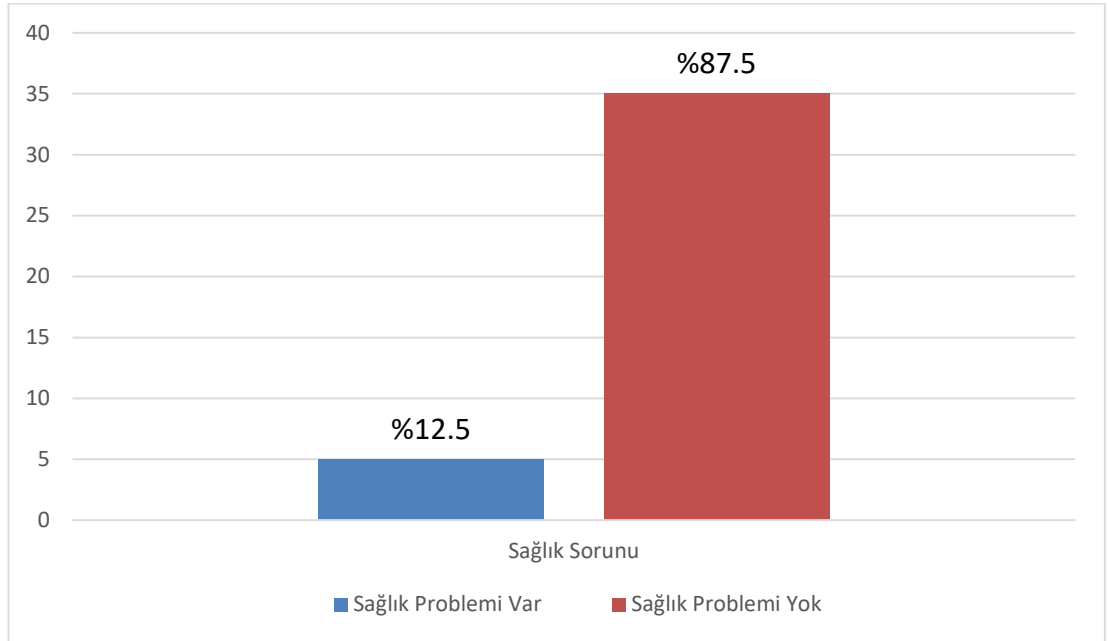
Bakım verenlerin çalışma durumlarına bakıldığında 24'ünün (%60) çalıştığı ve 16' sının (%40) çalışmadığı görüldü (Şekil 6.9).

Şekil 6.9 Bakım Verenlerin Çalışma Durumu



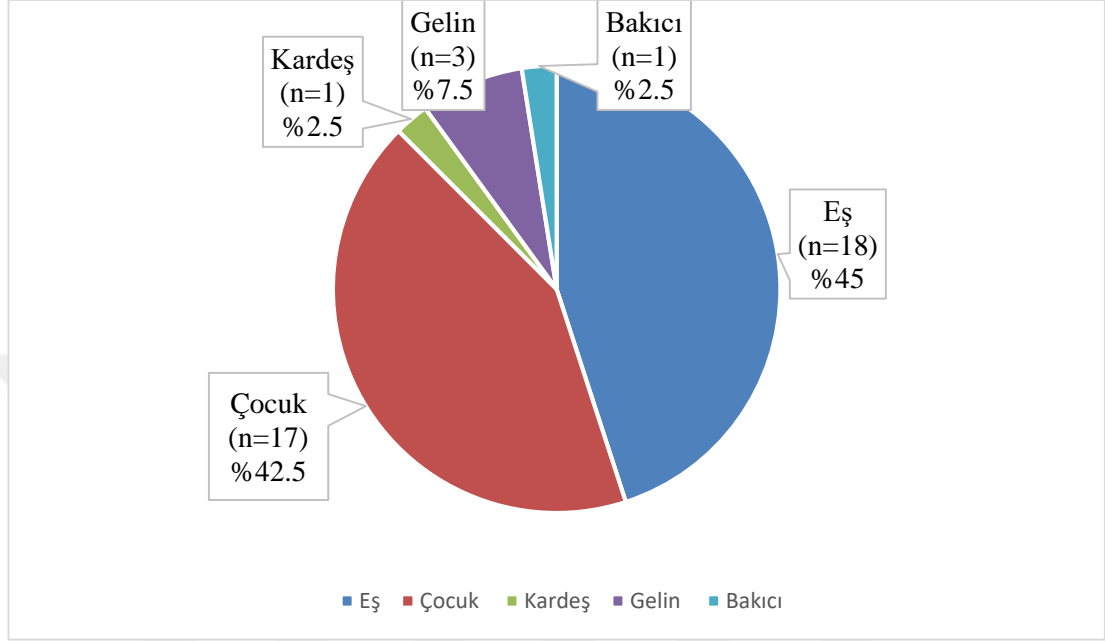
Bakım verenlerin 35'inin (%87,5) herhangi bir sağlık sorunu yokken 5'inin (%12,5) sağlık sorunu olduğu saptandı (Şekil 6.10).

Şekil 6.10 Bakım Verenlerin Kronik Sağlık Sorunu Durumu



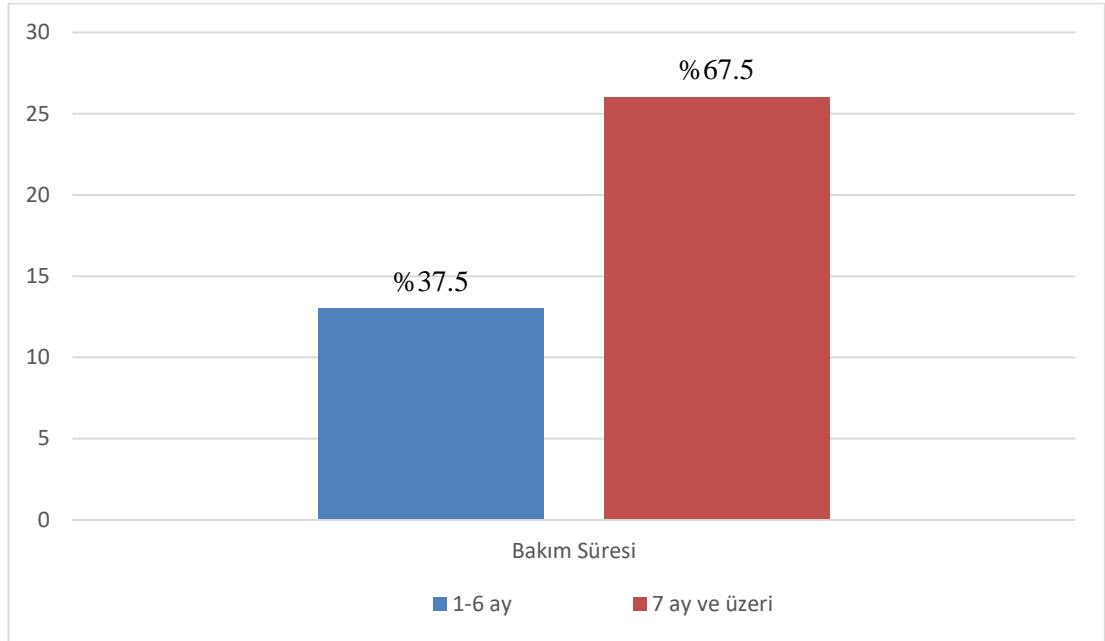
Bakım verenlerin çoğunlukla hastaların eşleri (%45) veya çocukları (%42,5) oldukları (Şekil 6.11) tespit edildi.

Şekil 6.11 Bakım Verenlerin Hastaya Yakınlık Derecesi



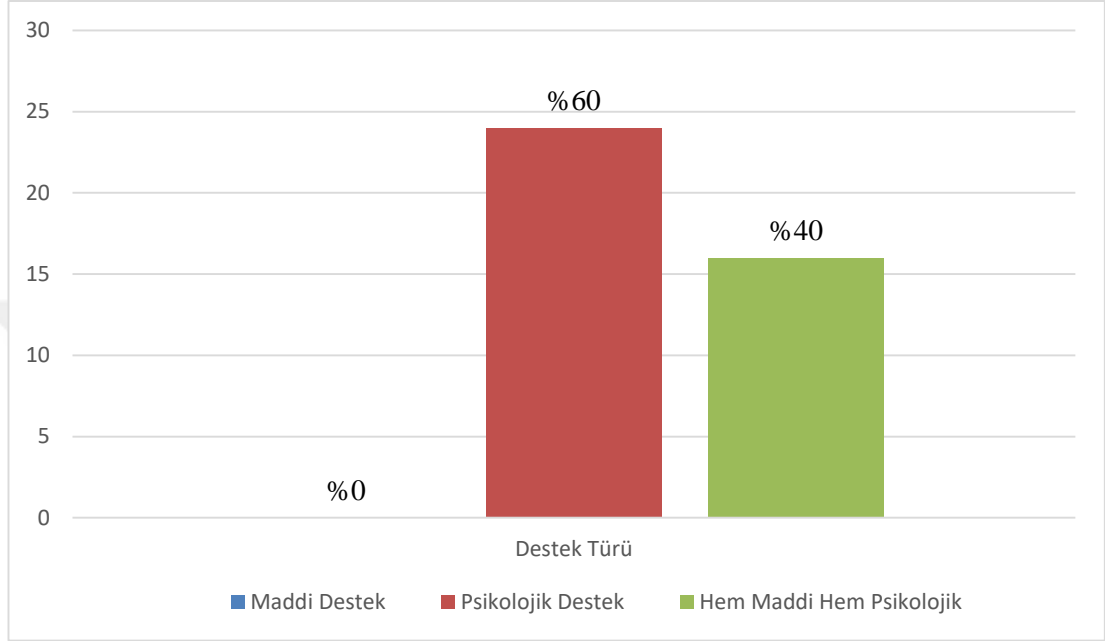
Bakım verenlerin 27'sinin (%67,5) 7 ay ve üstü ve 13'ünün (%32,5) ise 1-6 ay arasında bu bakımı sağlamış oldukları görüldü (Şekil 6.12).

Şekil 6.12 Bakım Verenlerin Hastaya Bakım Verme Süresi



Bakım verenlerin çoğunlukla (%60) sadece psikolojik destek sağladığı %40'ının bütün ihtiyaçlarını karşıladığı fakat sadece maddi destek sağlayanın ise olmadığı belirtildi (Şekil 6.13)

Şekil 6.13 Bakım Verenlerin Verdiği Destek Türü



6.4. Bakım Veren Kişilerin Değerlendirme Verileri

Bakım veren kişilerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği puan ortalamasından aldıkları 27,7 ile düşük düzeyde yük hissettikleri, Algılanan Stres Ölçeği ortalama puanının 26,23 olduğu ve bu puan ile orta düzeyde strese sahip oldukları, Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi ortalama puanının 6,43 olduğu ve bu puan ile uyku kalitelerinin kötü olduğu ve SF-36 ölçeğinin alt parametrelerinden aldıkları puanlara (Fiziksel Sağlık:76, Mental Sağlık:59,75) göre ise mental ve fiziksel sağlıklarının orta düzeyde oldukları saptandı. (Tablo 6.4)

Tablo 6.4. Bakım Veren Kişilerin Bakım Yükü, Stres Düzeyi, Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesinin Ölçeklerden Aldıkları Puanlara Göre Ait Veriler

	Min-Maks	Ort-Ss	p değeri
Zarit Bakıcı Yük Ölçeği	5-62	27,72 ± 14,924	0,028*
Algılanan Stres Ölçeği	16-44	26,23 ± 7,159	0,054
PUKİ	1-14	6,43 ± 3,296	0,104
SF-36 Fiziksel Sağlık	10-100	76,00 ± 25,700	0,000*
SF-36 Mental Sağlık	20-96	59,75 ± 19,195	0,568

**p<0.05, PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi, SF-36: Short-Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği*

6.5. Bakım Veren Kişilerin Değerlendirme Verileri Arası Korelasyon Bulguları

Hastalara bakım veren kişilerin SF-36 Fiziksel Sağlık alt boyutundan aldığı puan ile hastanın cinsiyeti pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.01$). Erkek hastalara bakım verenlerin kadın hastalara bakım verenlere oranla bakım verenlerinin yaşam kalitesi Fiziksel Sağlık alt boyut puanı daha düşük bulunmuştur. Diğer veriler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 6.5)

Tablo 6.5 Bakım Veren Kişilerin Değerlendirme Verileri Arasındaki Korelasyon Bulguları

		SF-36 Fiziksel Sağlık	SF-36 Mental Sağlık	ZBYÖ	ASÖ
Hastanın Yaşı	r	0,004	0,229	0,085	-0,117
	p değeri	0,981	0,156	0,600	0,473
Hastanın Cinsiyeti	r	-0,373*	0,113	-0,087	0,113
	p değeri	0,018*	0,487	0,594	0,488
Bakım Süresi	R	-0,059	-0,054	0,290	0,067
	p değeri	0,718	0,742	0,070	0,682

ZBYÖ: Zarit Bakıcı Yük Ölçeği, ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği, SF-36: Short Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

6.6. Korelasyon Analizleri

Hastaların Barthel İndeksi'nden aldıkları puanlar ile bakım verenin Zarit Bakıcı Yük ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p < 0.05$). Hastaların Beck Depresyon puanı ile Bakım verenlerin Algılanan Stres Ölçeği, Sf-36 Mental Sağlık alt boyutu ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinden aldıkları puan arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi ($p < 0.05$). Ayrıca hastaya uygulanan Mini Mental Durum Testi ve Beck Depresyon Ölçeği ile Barthel İndeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p < 0.05$). Hastanın Mini Mental Durum Testi ile Beck Depresyon Ölçeği'nden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p < 0.05$). Bakım verenin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği'nden aldığı puan ile Algılanan Stres Ölçeği ve SF-36 Mental Sağlık Alt Boyutu arasında ve Algılanan Stres Ölçeği ile SF-36 Alt Boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p < 0.05$). Diğer veriler arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p > 0.05$) (Tablo 6.6)

Tablo 6.6 Hastaların ve Bakım Verenlerin Değerlendirme Verileri Arası Korelasyon Bulguları

	ASÖ	PUKİ	ZBYÖ	SF-36 Fiziksel Sağlık	SF-36 Mental Sağlık	Bartel İndeksi	BDÖ	MMDT
ASÖ r	1	0,224	0,584**	-0,383*	-0,513**	-0,188	0,361*	-0,117
ASÖ P değeri	.	0,164	0**	0,015*	0,001**	0,246	0,022*	0,472
PUKİ r	0,224	1	0,174	-0,176	-0,214	-0,228	0,18	-0,111
PUKİ P değeri	0,164	.	0,284	0,277	0,186	0,157	0,266	0,494
ZBYÖ r	0,584**	0,174	1	-0,01	-0,385*	-0,349*	0,381*	-0,065
ZBYÖ p değeri	0**	0,284	.	0,952	0,014*	0,027*	0,015*	0,691
SF-36 Fiziksel Sağlık r	-0,383*	-0,176	-0,01	1	0,095	0,058	-0,041	0,174
SF-36 Fiziksel Sağlık p değeri	0,015*	0,277	0,952	.	0,559	0,72	0,802	0,283
SF-36 Mental Sağlık r	-0,513**	-0,214	-0,385*	0,095	1	0,158	-0,352*	0,223
SF-36 Mental Sağlık p değeri	0,001*	0,186	0,014*	0,559	.	0,33	0,026*	0,166
Bartel İndeksi r	-0,188	-0,228	-0,349*	0,058	0,158	1	-0,649**	0,349*
Bartel İndeksi p değeri	0,246	0,157	0,027*	0,72	0,33	.	0**	0,027*
BDÖ r	0,361*	0,18	0,381*	-0,041	-0,352*	-0,649**	1	-0,452**
BDÖ p değeri	0,022*	0,266	0,015*	0,802	0,026*	0*	.	0,003**
MMDT r	-0,117	-0,111	-0,065	0,174	0,223	0,349*	-0,452**	1
MMDT p değeri	0,472	0,494	0,691	0,283	0,166	0,027*	0,003**	.

ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği, PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi, ZBYÖ: Zarit Bakıcı Yük Ölçeği, SF-36: Short Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, MMDT: Mini Mental Durum Testi

7. TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı inme hastalarına bakım verenlerde stres seviyesi, uyku kalitesi, bakım yükü ve yaşam kalitesini değerlendirmektir. Çalışmamızın sonucuna göre: hastanın bağımsızlık düzeyi ve depresyon seviyesi ile bakım verenin bakım yükü, stres seviyesi ve yaşam kalitesi mental sağlık alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu.. Çalışmamız hipotezimizle kısmi olarak uyumlu bulunmuştur.

İnme geçiren hastalarda inme sonrası depresyon yaşama riski çalışmalara göre %30-%50 arasındadır (84). Hastanın depresyon düzeyi ile mental durumu ilişkisini araştıran çalışmalar mevcuttur. Öncel ve arkadaşlarının inmeli hastalar ile yaptığı çalışmada depresyonu olan hastaların mental durumunun depresyonu olmayan hastaların mental durumundan daha düşük olduğunu fakat istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını bildirmişlerdir (88). Hommel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada depresyona sahip inme hastalarının mental fonksiyonları, depresyona sahip olmayan inme hastalarının mental fonksiyonuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur (90). Volz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise inme hastalarının depresyon düzeyi ile bilişsel düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir (94). Biz çalışmamızda hastanın mental seviyesi ile depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulundu. Bu yönüyle çalışmamız konuyla alakalı bazı bilimsel çalışmalarla benzerlik gösterirken, bazılarıyla göstermemektedir. Hastaların ileri yaşta olmalarının mental seviyelerini etkilediğini ve hayattan beklentileri azaldığı için depresyon seviyelerinin yüksek olduğunu düşünmekteyiz.

İnme sonrası hareket kısıtlılığı hastalarda depresyona neden olabilmektedir. Atlıg ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların bağımsızlık düzeyi ile depresyon seviyesi arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (85). Gainotti ve arkadaşlarının inmeli hastalarda depresyon tedavisinin fiziksel fonksiyon üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmada, depresyon seviyesi düşük olan ve depresyon seviyesi yüksek olup depresyon tedavisi görenlerin, depresyon seviyesi yüksek olup tedavi görmeyenlere göre fiziksel fonksiyonlarındaki gelişmelerinin daha iyi olduğu ve tedavi görenlerin görmeyenlere oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede fiziksel fonksiyonlarında artış olduğu

bildirilmektedir(86). Herrman ve arkadaşlarının inmeli hastalar ile yaptıkları çalışmada, hastaların 3. ayında ve 1. yılında yaptıkları ölçümlerde depresyon ve bağımsızlık düzeyleri arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandığı ve 3. aydaki depresyon seviyesinin 1. yıldaki fonksiyonel durumu etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (87). Ilut ve arkadaşlarının 82 inmeli hasta ile yaptığı çalışmada ise, depresyon seviyesi yüksek olan hastaların bağımsızlık düzeyinin, depresyon seviyesi düşük olan hastaların bağımsızlık düzeyine göre daha az olduğu, fakat istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (89). Çalışmamızda inmeli hastaların depresyon düzeyi ile bağımsızlık durumu arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Genel olarak çalışmamız konuyla ilgili bilimsel çalışmalar ile paralellik göstermektedir. Bu bilgiler ışığında hastaların günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık seviyelerinin artmasının, hastaların kendine olan güvenlerini arttırdığı ve depresyon seviyelerini azalttığı kanısındayız.

İnmede bilişsel durum bozukluğu fonksiyonel durumu da etkilemektedir (96). Tamam ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, inme sonrası demans tanısı almış hastaların bağımsızlık düzeyi, demans tanısı almamış inmeli hastanın bağımsızlık düzeyinden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur (91). Wilkinson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, inme hastalarının mental seviyesi ile bağımsızlık düzeyi arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (92). Lim ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, inme hastalarının bağımsızlık düzeyi ile mental seviyesi arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (93). Bizim çalışmamızın sonucuna göre, inmeli hastanın mental düzeyi ile fonksiyonelliği arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulundu ($p<0.05$). Çalışmamızın sonucunun diğer bilimsel çalışmalarla paralellik gösterdiği görülmektedir. Hastaların zihinsel fonksiyonlarını etkin şekilde kullanmasının sosyal ilişkilerini de olumlu etkilediği ve aktiviteye aktif katılımlarını arttırdığını; böylelikle hastaların, günlük yaşam aktivitelerinde daha fazla fonksiyonel olduklarını düşünmekteyiz.

Fiziksel fonksiyon kayıpları yaşayan inme hastalarına bakım verenler, karşılaştıkları zorlukların seviyesine ve yoğunluğuna bağlı olarak bakım yükü altında hissetmektedir (98). McCullagh ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, inme hastasının bağımsızlık düzeyi azaldıkça bakım verenin bakım yükünün anlamlı

derecede arttığı görülmüştür (99). Kalav ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada inme hastasının bağımlılık düzeyi ile bakım verenin bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur (100). Aşiret ve Kapucu'nun yaptığı araştırmaya göre de inme hastasının bağımsızlık düzeyi arttıkça, bakım veren bireyin bakım yükü anlamlı oranda azalmaktadır (101). Mollaoğlu ve Görgülü'nün arkadaşları ile yaptıkları çalışmaya göre ise, inme hastalarının Barthel İndeksi'nden aldığı puan arttıkça bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği'nden aldıkları puanın anlamlı derecede azaldığı yani aralarında negatif yönde bir ilişki olduğu bildirilmektedir(98) (102). Çalışmamızda inme hastasının bağımsızlık düzeyi ile bakım verenin bakım yükü arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulundu ($p<0,05$). Çalışmamız bu yönüyle diğer bilimsel çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Hastanın günlük yaşam aktivitelerine katılımının artması, bakım verene olan gereksinimi azaltmaktadır. Bakım verenin kendine ayıracağı vakit artmakta ve bakım veren birey bakım yükünün azaldığını hissetmektedir diye düşünmekteyiz.

İnme hastalarına bakım verenler zamanla hem fiziksel hem de emosyonel problemlerle karşı karşıya kalmaktadır (98). McCullagh ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastanın depresyon seviyesi arttıkça bakım verenin bakım yükünün de anlamlı oranda arttığı saptanmıştır (107). Alexander ve Wilz'in yaptığı çalışmaya göre hastanın depresyon seviyesi arttıkça bakım verenin yaşam kalitesi azalmıştır fakat anlamlı bir ilişki bildirilmemiştir(108). Bilgimiz doğrultusunda inme hastasının depresyon düzeyi ile bakım verenlerin stres düzeyi arasındaki ilişkiyi araştıran yeterli sayıda bilimsel çalışma bulunmamaktadır. Yaptığımız çalışmada inme hastasının depresyon düzeyi ile bakım verenin bakım yükü ve stres düzeyi arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulundu. Ayrıca inme hastasının depresyon düzeyi ile bakım verenin mental sağlığı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulundu ($p<0.05$). Çalışmamızın bulgularının bu konudaki bilimsel çalışmalarla paralellik göstermediği görülmüştür. İnme geçirme durumunun, hastaların beklemediği bir zamanda ve ani bir şekilde gerçekleşmesinden dolayı, bireylerin olağan hayat akışları değişmekte ve duygu durumunda negatif yönde değişiklik olarak, hastanın depresyona girmesine neden olmaktadır. Hastanın depresyonda oluşu hal ve hareketlerinin değişerek çevresine yaydığı enerjiyi de olumsuz etkilemektedir. Bakım verenler inmeli hasta ile birebir

temas halinde olmalarından kaynaklı, hastanın duygu durumundaki değişiklikten de ilk etkilenen bireyler haline gelmektedir. Böylece stres seviyelerinin, bakım yüklerinin ve mental sağlıklarının olumsuz etkilendiğini düşünmekteyiz.

Yaşam kalitesi toplumların ulaşmayı hedeflediği en önemli amaçlardan biridir. İnmeli hastalarda bakım yükü de yaşam kalitesini etkileyen parametrelerden birisidir. Konuyla alakalı bilimsel çalışmalarda, inmeli hastalara bakım verenlerin bakım yükü ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu belirtilmektedir (17). McCullagh ve arkadaşlarının 232 inmeli hasta ve bakım verenleri ile yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kaliteleri arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bildirilmektedir(99). Morimoto ve arkadaşlarının 100 inmeli hasta ve bu hastalara bakım veren bireyler ile yaptıkları çalışmada, bakım verenin bakım yükü arttıkça yaşam kalitesi mental sağlık alt boyutundan elde ettiği puanın anlamlı derecede azaldığı belirtilmektedir(103). Van Den Heuvel ve arkadaşlarının 212 inmeli hasta ve bu hastalara bakım veren bireyler ile yaptıkları çalışmada, bakım verme stratejilerini uygulayan bakım verenlerin daha az bakım yükü hissettikleri, bakım verme işinde daha az zorlandıkları ve mental olarak daha rahat ve canlı hissettiklerini bildirilmektedir(104). Çalışmamızda bakım verenin bakım yükü ile yaşam kalitesi mental sağlık altı boyutu arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulundu. Bu yönüyle çalışmamız, konuyla alakalı diğer bilimsel çalışma örnekleriyle paralellik göstermektedir. İnme hastasına bakım veren bireylerde bakım verme işi uzun bir süreç olduğu için, zamanla bakım yükünün artması ve zihinsel sağlıklarının bozuluyor olması, çoğu bakım verende ortaya çıkan olumsuz sonuçlardandır diyebiliriz. Bu durumun ne yazık ki inmeli hastalara bakım veren bireylerin stres ve depresyon düzeylerinin arttırarak yaşama aktif katılımlarını azalttığını ve yaşam kalitelerinin azalmasına neden olduğunu düşünmekteyiz.

Bakım verme işi, bakım veren bireyde strese de neden olabilmektedir. Chen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada inme hastalarına bakım verenlerin stres düzeyi ve bakım yükü arasında doğru doğru orantı saptanmış fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (106). Kniepmann'ın inme hastalarına bakım verenlerle yaptığı çalışmasında stres seviyesi yüksek olan bakım veren eşlerin stres seviyesi düşük olan bakım verilere göre, bakım yüklerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla olduğu bildirilmiştir (105). Bakım verenlerde stres ve bakım

yükü arasındaki ilişkiyi inceleyen yeterli sayıda bilimsel çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda inmeli hastaya bakım verenlerde bakım yükü ile stres seviyesi arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulundu. Çalışmamızın sonuçları literatür örnekleri ile benzerlik göstermektedir. Bakım veren kişi bakım verdiği inme hastasından dolayı ne kadar bakım yükü altında hissediyorsa stres seviyesi de o ölçüde artmaktadır görüşünderiz. Bakım verenin bakım işinden dolayı strese sahip olmasıyla beraber yaşam kalitesinde de değişimler meydana gelmektedir. Kniepmann' ın inmeli hastalara bakım verenlerde yaptığı çalışmasında stres seviyesi yüksek olan bakım verenlerin stres seviyesi düşük olan bakım verenleri göre Yaşam Kalitesi fiziksel ve mental sağlık alt puanlarından daha düşük puan elde ettikleri fakat aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (105). Bilgimiz doğrultusunda literatürde bu konuyla alakalı yeterli sayıda bilimsel çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda bakım verenlerin stres seviyesi ile yaşam kalitesi alt skorlarından olan mental ve fiziksel sağlık skorları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulundu. İnmeli hastalara bakım veren bireylerde stresin, yaşanması kaçınılmaz durumlardan biri haline geldiği ve bireylerin stres seviyelerindeki artışın günlük yaşam aktivitelerine yansiyarak yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediğini düşünmekteyiz.

Çalışmanın limitasyonları:

Çalışmaya katılan bireylerin sayısı, çalışmanın yapıldığı hastanedeki hasta sayısı göz önüne alınarak belirlenmiştir. Çalışma yapılan hastane sayısı artırılıp, daha çok bireyle çalışma yapılabilirdi.

Bakım verenlerde üst yaş sınırı olmaması ileri yaştaki bireylerin de çalışmaya dahil edilebilmesine neden oldu. Yaş sınırı koyulup yaş faktörünün sebebiyet verebileceği sağlık problemlerini çalışmaya dahil etmek engellenebilirdi.

Çalışmadaki değerlendirmeler belli bir zaman sonra tekrarlanıp sonuçlar karşılaştırılabilirdi.

8.SONUÇLAR

- Hastalara bakım veren kişilerin SF-36 Fiziksel Sağlık alt boyutundan aldığı puan ile hastanın cinsiyeti (erkek olması) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0.01$).
- Hastaların Barthel İndeksinden aldıkları puanlar ile bakım verenin Zarit Bakıcı Yük ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0.05$).
- Hastaların Beck Depresyon puanı ile Bakım verenlerin Algılanan Stres Ölçeği, Sf-36 Mental Sağlık alt boyutu ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği' nden aldıkları puan arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0.05$).
- Hastaya uygulanan Mini Mental Durum Testi ve Beck Depresyon Ölçeği ile Barthel İndeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$).
- Hastanın Mini Mental Durum Testi ile Beck Depresyon Ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$).
- Bakım verenin Zarit Bakıcı Yük Ölçeği' nden aldığı puan ile Algılanan Stres Ölçeği ve Sf-36 Mental Sağlık Alt Boyutu arasında ve Algılanan Stres Ölçeği ile SF-36 Alt Boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$).
- Çalışmamızın “İnmeli hastanın mental durumu, bağımsızlık düzeyi ve depresyon seviyesi, bakım verenin bakım yükü, stres seviyesi, uyku kalitesi ve yaşam kalitesi ile ilişkilidir.” hipotezimizle kısmi olarak uyumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bu çalışmanın sonucunda şunları önerebiliriz:

- Hastaya yapılan değerlendirmeler sırasında bakım veren kişi ile değerlendirme sonuçları paylaşılıp, hastanın durumu konusunda bakım verenin bilgilendirilmesi önerilmektedir..
- Bakım verenlere bakım verme konusunda gerekli eğitimlerin verilmesi önerilmektedir.

- Bakım verenlerin fiziksel ve mental olarak kendilerini daha iyi hissedecekleri alanlara yönlendirilip, kendilerine vakit ayırmalarının sağlanması önerilmektedir.
- Bakım verme işinin tek bir kişi tarafından yapılmasından ziyade, aile fertlerinin tümü tarafından iş paylaşımı yapılarak üstlenilmesi önerilmektedir.
- Hastaların evde kendi sağlıkları açısından ne yapmaları ve ne yapmamaları konusunda bilinçlendirilmesi önerilmektedir.
- Bakım veren kişinin, ihtiyacı doğrultusunda profesyonel destek görmesi önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

1. Algun ZC. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, p.397-420, Nobel Tıp Kitapevleri Tic.Ltd.Şti. İstanbul, 2014
2. Day CB, Bierhals CCBK, Santos NOD, Mocellin D, Predebon ML, Dal Pizzol FLF et al. Nursing home care educational intervention for family caregivers of older adults post stroke (SHARE): study protocol for a randomised trial. *Trials*. 19(1):96. 2018.
3. Huang YC, Chang KH, Liou TH, Cheng CW, Lin LF, Huang SW. Effects of Kinesio taping for stroke patients with hemiplegic shoulder pain: A double-blind, randomized, placebo-controlled study. *J Rehabil Med*. 49(3):208-215, 2017.
4. Cameron JI, Naglie G, Gignac MA, Bayley M, Warner G, Green T, Czerwonka A, Huijbregts M, Silver FL, Phillips SJ, Cheung AM. Randomized clinical trial of the timing it right stroke family support program: research protocol. *BMC Health Serv Res*. 14:18, 2014
5. Karahan AY, Kucuksen S, Yilmaz H, Salli A, Gungor T, Sahin M. Effects of rehabilitation services on anxiety, depression, care-giving burden and perceived social support of stroke caregivers. *Acta Medica*. 57(2):68-72, 2014.
6. Jessup NM, Bakas T, McLennon SM, Weaver MT. Are there gender, racial or relationship differences in caregiver task difficulty, depressive symptoms and life changes among stroke family caregivers? *Brain Inj*. 29(1):17-24, 2015.
7. 7.Ain QU, Dar NZ, Ahmad A, Munzar S, Yousafzai AW. Caregiver stress in stroke survivor: data from a tertiary care hospital -a cross sectional survey. *BMC Psychol*. 2(1):49, 2014.
8. Torabi Chafjiri R, Navabi N, Shamsalinia A, Ghaffari F. The relationship between the spiritual attitude of the family caregivers of older patients with stroke and their burden. *Clinical Interventions in Aging*. 12:453-458, 2017.
9. Olai L, Borgquist L, Svärdsudd K. Life situations and the care burden for stroke patients and their informal caregivers in a prospective cohort study. *Upsala Journals of Medical Sciences*. 120(4):290-8, 2015.

10. Mei Y, Lin B, Li Y, Ding C, Zhang Z. Validity and reliability of Chinese version of Adult Carer Quality of Life questionnaire (AC-QoL) in family caregivers of stroke survivors. *Plos One*. 12(11), 2017.
11. Brasier C, Ski CF, Thompson DR, Cameron JI, O'Brien CL, Lautenschlager NT et al. The Stroke and Carer Optimal Health Program (SCOHP) to enhance psychosocial health: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 17(1):446, 2016.
12. Pierce LL, Thompson TL, Govoni AL, Steiner V. Caregivers' incongruence: emotional strain in caring for persons with stroke. NIH Public Access Author Manuscript, p 258-266, 2012.
13. Cameron JI, Cheung AM, Streiner DL, Coyte PC, Stewart DE. Stroke Survivor Depressive Symptoms Are Associated With Family Caregiver Depression During the First 2 Years Poststroke. *Stroke*. 42(2):302-6, 2011.
14. in KM, Swank PR, Vaeth P, Ostwald SK. The Longitudinal and Dyadic Effects of Mutuality on Perceived Stress for Stroke Survivors and their Spousal Caregivers. *Aging Ment Health*. 17(4):423-31. 2013.
15. Alghadir AH, Al-Eisa ES, Anwer S, Sarkar B. Reliability, validity, and responsiveness of three scales for measuring balance in patients with chronic stroke. *BMC Neurol*. 13;18(1):141, 2018.
16. Annino G1, Alashram AR, Alghwiri AA, Romagnoli C, Messina G, Tancredi V et al. Effect of segmental muscle vibration on upper extremity functional ability poststroke. *Medicine (Baltimore)*. 98(7):e14444, 2019.
17. Yıldırım S, Engin E, Başkaya VA. İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yükü Ve Etkileyen Faktörler. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 50: 169-174, 2013.
18. Bilgili N, Gözüm S. İnmeli Hastaların Evde Bakımı: Bakım Verenler İçin Rehber. *DEUHYO ED*. 7 (2); 128-150, 2014.
19. Şahan M, Satar S, Koç AF, Sebe A. İskemik İnme ve Akut Faz Reaktanları. *Arşiv*. 19:85, 2010.
20. Midi İ, Afşar N. İnme Risk Faktörleri. *Klinik Gelişim*. 1-14, 2010.
21. Onat ŞŞ, Erkin G. İnmede Risk Faktörleri. *FTR Bil Der*. 1:30-37, 2008.
22. Milot MH, Léonard G, Corriveau H, Desrosiers J. Using the Borg rating of perceived exertion scale to grade the intensity of a functional training

- program of the affected upper limb after a stroke: a feasibility study. *Clin Interv Aging*. 19;14:9-16. 2018.
23. Kamışlı S, Tecellioğlu M. İnme Nedir? İnmede Birincil ve İkincil Koruma. *Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Surg-Special Topics*. 8(1):8-15, 2016.
 24. Bulut A, Çabalar M, Şenadım S, Kayran Y, Güveli B, Yayla VA. Sigara ve Alkolün İnme Üzerine Etkisi. *İstanbul Med J*. 14: 231-3, 2013.
 25. Kalan I, Yeşil Y. Obezite ile ilgili Kronik Hastalıklar. *Mised*. 78-81. 2010.
 26. Gezici T, Kökeş Ü, Hız F, Bilge S, Çelebi A. Akut İskemik ve Akut Hemorajik İnmede Risk Faktörü Olarak Homosistein. *Annals of Medical Research (Journal of Turgut Ozal Medical Center)*. 15(3):181-5, 2008.
 27. Gomes ABAGR, Henrique M Jr, Schoeps VA, Santos MMSA, Pellegrinelli A, de Matos BP et al. Popular stroke knowledge in Brazil: A multicenter survey during "World Stroke Day". *eNeurologicalSci*. 16;6:63-67, 2016.
 28. Fekadu G, Wakassa H, Tekle F. Stroke Event Factors among Adult Patients Admitted to Stroke Unit of Jimma University Medical Center: Prospective Observational Study. *Stroke Res Treat*. 2019:4650104, 2019.
 29. Korkmaz T, Ersoy G, Kutluk K, Erbil B, Akarca FK, Sönmez N ve ark. İnme semptom veya bulguları ile acil servise başvuran hastaların başvuru zamanlarını etkileyen hastane öncesi faktörlerin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Emergency Medicine*.10;3, 2010.
 30. Kenneth S, Eric M. Diagnosis of acute stroke. *Am Fam Physician*. 91(8):528-536. 2015.
 31. Musuka TD, Wilton SB, Traboulsi M, Hill MD. Diagnosis and management of acute ischemic stroke: speed is critical. *CMAJ*. 87(12):887-93, 2015.
 32. Karaman NS, Tuncer T. Akut Dönemde İnme Rehabilitasyonu. *Türkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics*. 9(1):53-62, 2016.
 33. Nacitarhan V. İnme Hastasında Rehabilitasyon. p. 72-80. İçinde: Gökçe M, editör. İnme - II. Ankara, Türkiye Klinikleri, 2018.
 34. Durna Z, Akçıl RÇ. İnmeli Bireylerde Multidisipliner Rehabilitasyon. *Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs*. 1(1):72-82, 2015.
 35. 35. 5. Tonak HA, Taşkiran H. İnmeli Hastalarda Fizyoterapi ve Rehabilitasyon. p. 1-12. İçinde: Mutluay F, editör. Nörolojik Hastalıklarda Fizyoterapi ve Rehabilitasyon. Ankara, Türkiye Klinikleri, 2018.

36. Aşiret D, Kapucu S. İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yükü. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 3(1):46-51, 2012.
37. Karaman S, Karadakovan A. İnmeli Hastaların Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 31(1):1-10, 2015.
38. İnci FH, Kartal A, Koştu N. İnmeli Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yüküne Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamalar. Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics. 3(1):46-51, 2017.
39. Şirzai H, Delialioğlu SÜ, Sarı İF, Özel S. İnme ve Bakım Verme Yükü. J PMR Sci.18(3):162-9, 2015.
40. Demircioğlu A, İnme Hastalarına Verilen Ev Egzersiz Programının Bakım Veren Yüküne Etkisi. İ.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017.
41. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. Current Approaches in Psychiatry. 3(3):513-552, 2011.
42. Güçlü N. Stres Yönetimi. G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi. 21(1):91-109, 2001.
43. Ünal S. Okullardaki Stres Kaynakları Verimlilik İlişkisi. M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi. 11:365-372, 1999.
44. Kormaz M, Ceylan B. Örgütsel Stres Yönetimi ve Stresin İstanbul Büyükşehir Belediyesi Çalışanlarının İş Performansı Üzerine Etkisinin Uygulamalı olarak İncelenmesi. Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 1308-9196, 2012.
45. Tuna M, Olgun N. İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarında Görülen Tükenmişlik Durumunda Algılanan Sosyal Desteğin Rolü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 41-52 ,2010.
46. Ostwald SK, Bernal MP, Cron SG, Godwin KM. Stress Experienced by Stroke Survivors and Spousal Caregivers During the First Year After Discharge from Inpatient Rehabilitation. Top Stroke Rehabil. 16(2):93-104, 2009.

47. Ain QU, Dar NZ, Ahmad A, Munzar S, Yousafzai AW. Caregiver stress in stroke survivor: data from a tertiary care hospital -a cross sectional survey. *BMC Psychol.* 2(1):49, 2014.
48. Godwin KM, Swank PR, Vaeth P, Ostwald SK. The Longitudinal and Dyadic Effects of Mutuality on Perceived Stress for Stroke Survivors and their Spousal Caregivers. *Aging Ment Health.* 17(4):423-31, 2013.
49. Yıldırım S, Engin E, Başkaya VA. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerin Yükü ve Yükü Etkileyen Faktörler, *Nöropsikiyatri Arşivi* 169-174, 2013.
50. Avcı YD, Gözüm S, Özer Z. (Interventions to Develop Caregivers Competence of Families Caregivers of Patients with Stroke: A Systematic Review) İnmeli Hastaların Ailelerinin, Bakım Verme Yeterliliğini Geliştirmek İçin Yapılan Girişimler: Sistematik Derleme. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care.*10(3);164-74, 2016.
51. Vural Ö, Eller S, Güzel NA. Masa Başı Çalışanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Yaşam Kalitesi. *SPORMETRE Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi.* 8(2);69-75. 2010.
52. Genç A, Şener Ü, Karabacak H, Üçok K. Kadın ve Erkek Genç Erişkinler Arasında Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi Farklılıklarının Araştırılması. *Kocatepe Tıp Dergisi.* 12(3); 145-150. 2011.
53. Erdoğan Z, Yavuz DE. Kanserli Hastalara Bakım Vericilerde Yaşam Kalitesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi.* 23(4):724-34, 2014.
54. Koçak FÜ, Özkan F. (Physical Activity Levels and the Quality of Life in the Elderly) Yaşlılarda Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Yaşam Kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Sports Sci.* 2(1):46-54, 2010.
55. Pucciarelli G, Vellone E, Savini S, Simeone S, Ausili D, Alvaro R et al. Roles of Changing Physical Function and Caregiver Burden on Quality of Life in Stroke. *Stroke.* 48(3):733-739, 2017.
56. Efi P, Fani K, Eleni T, Stylianos K, Vassilios K, Konstantinos B et al. Quality of Life and Psychological Distress of Caregivers of Stroke People. *Acta Neurol Taiwan.* 26(4):154-166, 2017.
57. Ganjiwale D, Ganjiwale J, Parikh S. Association of quality of life of carers with quality of life and functional independence of stroke survivors. *J Family Med Prim Care.* 5(1):129-33, 2016.

58. Yeşil T, Uslusoy EÇ, Korkmaz M. Kronik Hastalığı Olanlara Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. 5(4);54-66, 2016.
59. Soysal A. İş Yaşamında Stres. Çimento İşveren Dergisi. 17-40, 2009.
60. Okutan M, Tengilimoğlu D. İş Ortamında Stres ve Stresle Başa Çıkma Yöntemleri: Bir Alan Uygulaması. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 4(3);15-42, 2002.
61. Atar NY, Kırbıyık E, Kaya N, Kaya H, Turan N, Palloş A ve ark. Bir Üniversite Hastanesinin Cerrahi Kliniğinde Yatan Hastaların Uyku Kalitesi ve Uyku Durumunu Etkileyen Faktörler. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 4(2):74-84, 2012.
62. Akova İrem, Koçoğlu G. 20 Yaş Üstü Erişkinlerde Uyku Süresi, Kalitesi, Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Bazı Antropometrik Ölçümler Arasındaki İlişkiler. Ahi Evran Med J. 2(3):67-73, 2018.
63. Özdemir Ç, Halıcı F, Özdemir İ, Görpelioğlu S, Akbıyık D, Suvak Ö ve ark. 15-49 Yaş Kadınlarda Aneminin Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 38(3):230-5, 2018.
64. Öztürk L. Uyku ve Uyanıklığın Güncel Fizyolojisi. Türkiye Klinikleri J Pulm Med-Special Topics. 1(1):5-10, 2008.
65. Pıçak R, İsmailoğulları S, Mazıcıoğlu M, Üstünbaş HB, Aksu M. Birinci Basamakta Uyku Bozukluklarına Yaklaşım ve Öneriler. TJFMPC. 4(3);12-22, 2010.
66. Şenol V, Soyuer F, Akça RP, Argün M. (The Sleep Quality in Adolescents and the Factors that Affect It) Adolesanlarda Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Kocatepe Medical Journal. 14: 93-102, Türkçe. 2012.
67. Üstün Y, Yücel ŞÇ. Hemşirelerin Uyku Kalitesinin İncelenmesi. Maltepe Üni. Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 4(1);29-38, 2011.
68. Saygılı S, Akıncı AÇ, Arıkan H, Dereli E. Üniversite Öğrencilerinde Uyku Kalitesi ve Yorgunluk. Electronic Journal of Vocational Colleges. 88-94, 2011.
69. Günaydın N. Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Uyku Kalitesi ve Genel Ruhsal Durumlarına Etkisi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 5(1):33-40, 2014

70. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R. Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 13(4):273-281, 2002.
71. Yavuz BB. Nöropsikiyatrik Değerlendirme ve Kullanılan Testler. *İç Hastalıkları Dergisi*. 15(1): 5-13, 2008.
72. Barthel M, Mahoney K. Agency For Health Care Policy and Research Publication, After Stroke Recovery Patient Guidelines Booklet; Government Printing Office Washington Dc., 23-27, 2003.
73. Büker N, Altuğ F, Kavlak E, Kitiş A. Huzurevi ve Ev Ortamında Yaşayan Yaşlılarda Moral ve Depresyon Düzeyinin Fonksiyonel Durum Üzerine Etkisi, *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 1, 44-53, 2010.
74. Temizer H., İnmeli Hastalara Evde Bakan Aile Üyelerine Verilen Hemşirelik Girişimlerinin Bilgi Düzeylerine ve Bakım Yükünü Algılamalarına Etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum, 2009.
75. Durak A, Palabıyıköglü R. Beck Umutsuzluk Ölçeği Geçerlilik Çalışması. *Kriz Dergisi* 2(2): 311-319. 1994.
76. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 7:100-108, 2006.
77. Özlü A, Yıldız M, Aker T. Zarit bakıcı yük ölçeğinin şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi* . 46:38-42, 2009.
78. İnci FH, Erdem M. Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 11: 4, 2008.
79. Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç. Algılanan Stres Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Güvenirlik ve Geçerlik Analizi. *New/Yeni Symposium Journal*. 132-140. 2013.
80. Şanlı Ö. Öğretmenlerin Algılanan Stres Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 1304-0278, 2017.
81. Şen B, Karacığer Nakli Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi. İnönü Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Bitirme Projesi, s.3-4, Malatya, 2013.

82. Vural Ö, Eller S, Güzel NA. Masa Başı Çalışanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. SPORMETRE Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi. VIII (2) 69-75, 2010.
83. Lutz B, Young ME, Creasy KR, Martz C, Eisenbrandt L, Brunny JN et al. Improving Stroke Caregiver Readiness for Transition From Inpatient Rehabilitation to Home. Gerontologist. 57(5):880-889, 2017.
84. Altınbaş K, Oral ET, Soysal A, Arpacı B. İnme Sonrası Depresyon. Klinik Psikiyatri. 9:148-153, 2006.
85. Atlıg RŞ, İçağasıoğlu A, Yumuşakhuylu Y, Turgut ST, Selimoğlu E. İnmeli hastalarda uyku kalitesi ve depresyon fonksiyonel durumu etkiler mi? Göztepe Tıp Dergisi 27(4):167-173, 2012.
86. Gainotti G, Antonucci G, Marra C, Paolucci S. Relation between depression after stroke, antidepressant therapy, and functional recovery. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 71:258-261, 2001.
87. Herrman N, Black SE, Lawrence J et al. The Sunnybrooke Stroke Study: a prospective study of depressive symptoms and functional outcome. Stroke. 29:618-624, 1998.
88. Öncel Ç, Kalaycı D, Cura Ç, Can İ, Kalkancı Ö. Akut İnmeli Hastalarda Depresyon Ve Kognitif Bozukluk. Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi 15:1; 7-11, 2009.
89. Ilut S, Stan A, Blesneag A, Vacaras V, Vesa S, Fodoreanu L. Factors that influence the severity of post-stroke depression. J Med Life. Sep;10(3):167-171, 2017.
90. Hommel M, Carey L, Jaillard A. Depression: cognition relations after stroke. Int J Stroke. 10(6):893-6, 2015.
91. Tamam B, Taşdemir N, Tamam Y. İnme Sonrası Demans: Sıklığı ve Risk Faktörleri. Turk Psikiyatri Derg. 19(1):46-5, 2008.
92. Wilkinson PR, Wolfe CD, Warburton FG, Rudd AG, Howard RS, Ross-Russell RW, Beech R. Longer term quality of life and outcome in stroke patients: is the Barthel index alone an adequate measure of outcome? Qual Health Care. 6(3):125-30, 1997.

93. Lim KB, Kim J, Lee HJ, Yoo J, You EC, Kang J. Correlation Between Montreal Cognitive Assessment and Functional Outcome in Subacute Stroke Patients With Cognitive Dysfunction. *Ann Rehabil Med.* 42(1):26-34, 2018.
94. Volz M, Möbus J, Letsch C, Werheid K. The influence of early depressive symptoms, social support and decreasing self-efficacy on depression 6 months post-stroke. *J Affect Disord.* 206:252-255, 2016.
95. Bilen Ş, Yön Mİ. Depresyon ve İnme. *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics* 7(4);102-4, 2014.
96. Eskiuyurt N, Yalınan A, Vural M, Kızıлтаş H, Bölükbaş N, Çeşme F. İnmeli Olguların Özellikleri ve Fonksiyonel Durum Sonuçları. *İst. Tıp Fak Derg.* 68:71-77, 2005
97. Chen P, Fyffe DC, Hreha K. Informal caregivers' burden and stress in caring for stroke survivors with spatial neglect: an exploratory mixed-method study. *Top Stroke Rehabil.* 24(1):24, 2017.
98. Mollaoğlu M, Tuncay FÖ, Fertelli TK. İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yükü Ve Etkileyen Faktörler. *DEUHYO ED* 4 (3), 125-130, 2011.
99. McCullagh E, Brigstocke G, Donaldson N, Kalra L. Determinants of Caregiving Burden and Quality of Life in Caregivers of Stroke Patients. *Stroke.* 36:2181–2186, 2005.
100. Kalav S, Yurtsever S. İnme Tanısı Almış Hastalara Bakım Beren Aile Üyelerinin Bakım Verme Yükü ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki. *UHD.* 6(15):48-69, 2019.
101. Aşiret GD, Kapucu S. İnmeli Hastaların Bakıcılarındaki Bakım Yükü. *Türk Nöroloji Dergisi.* 19(1):5-10, 2013.
102. Gorgulu U, Polat U, Kahraman BB, Ozen S, Arslan E. Factors affecting the burden on caregivers of stroke survivors in Turkey. *Medical Science and Discovery.* 3(4): 159-165, 2016.
103. Morimoto T, Schreiner AS, Asano H. Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. *Age Ageing.* 32(2):218-23, 2003.

104. Van den Heuvel ET, de Witte LP, Schure LM, Sanderman R, Meyboom-de Jong B. Risk factors for burn-out in caregivers of stroke patients, and possibilities for intervention. *Clin Rehabil.* 15(6):669-77, 2001.
105. Kniepmann K. Family caregiving for husbands with stroke: an occupational perspective on leisure in the stress process. *OTJR (Thorofare N J).* 34(3):131-40, 2014.
106. Chen P, Fyffe DC, Hreha K. Informal caregivers' burden and stress in caring for stroke survivors with spatial neglect: an exploratory mixed-method study. *Top Stroke Rehabil.* 24(1):24-33, 2017.



10.EKLER

EK.1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu çalışma bilimsel bir araştırma olup adı “İnmeli hastalara bakım verenlerin stres, uyku, bakım yükü ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi” dir.

İnme hastaları hastalık dönemlerinin çoğunu evde geçirmektedir ve evde de onlara bakım veren birilerine ihtiyaç duymaktadır. Bu yüzden bu çalışmanın amacı evdeki inme hastalarına bakım veren kişilerin stresi, uyku, bakım yükü ve yaşam kalitesini değerlendirmektir.

Araştırma sırasında bakım vermiş olduğunuz inme hastasının zihinsel durumu, duyu durumu ve günlük yaşam aktivitelerini ölçecek ölçekler kullanılacaktır. Sizin ise stres, uyku, bakım yükü ve yaşam kalitenizi ölçecek ölçekler kullanılacaktır. Bu ölçeklerin uygulanmasında herhangi bir yan etki yoktur, size rahatsızlık vermeyecek ve sizi yormayacaktır. Ayrıca demografik ve klinik bilgileriniz tarafımızca hazırlanan değerlendirme formu ile kaydedilecektir. Muayene ve anket formları dışında bir uygulama yapılmayacaktır.

Kimliğiniz, vereceğiniz yanıtlar ve sizinle ilgili veriler sadece sonuç olarak kullanılacak olup araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Ancak araştırmanın sorumluları, etik kurul ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Aynı zamanda bu araştırma için sizden veya bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

Araştırma esnasında sizi ilgilendirecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize bildirilecektir. Araştırmayla ilgili bir paylaşımında bulunmak için 0531 870 13 95 numaralı telefonda Fzt. Zeynep Soy ile iletişim kurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilir ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz, bu durumda

hiçbir yaptırım uygulanmayacaktır. Araştırmaya dahil olan katılımcıların araştırma programına uyum göstermeleri beklenmektedir. Aksi takdirde araştırmacı katılımcıyı çalışma dışı bırakma yetkisine sahiptir.

Lütfen yukarıdaki bilgileri dikkatli okuyup beyanı imzalayınız.

Çalışmaya Katılma Onayı

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” ndaki tüm açıklamaları okudum. Yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli olarak veya gerekçe göstermeden araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın kabul ediyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

Gönüllünün,

Adı&Soyadı:

Adresi:

Telefon numarası:

Tarih ve İmza:

Gönüllünün Yasal Temsilcisinin (Gerekliyse),

Adı&Soyadı:

Yakınlık Derecesi:

Tarih ve İmza:

Araştırmacının,

Adı&Soyadı:

Tarih ve İmza:



EK.2. HEMİPLEJİK HASTANIN KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Ad Soyad:

Cinsiyet: Kadın / Erkek

Yaş: 40-54 / 54-69 / 70 ve üstü

Eğitim Durumu: Okuryazar / Okuryazar Değil

Medeni Durum: Evli / Bekar

Hastalık Süresi: 1-6 ay / 7 ay ve üstü

Etkilenen Taraf: Sağ / Sol



EK.3. MİNİ MENTAL DURUM TESTİ

Adı:

Soyadı:

Tarih:

Oryantasyon (Her soru 1 puan, toplam 10 puan)

- 1) Hangi yıl içindeyiz?
- 2) Hangi ülkede yaşıyoruz?
- 3) Hangi mevsimdeyiz?
- 4) Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?
- 5) Hangi aydayız?
- 6) Şu an bulunduğunuz semt neresi?
- 7) Bugün ayın kaçı?
- 8) Şu an bulunduğunuz bina neresidir?
- 9) Hangi gündeyiz?
- 10) Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız?

Kayıt belleği (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim 3 kelimeyi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın

(masa, bayrak, elbise) (20 sn. süre tanınır, her doğru kelime 1 puan)

Dikkat ve hesap yapma (Toplam puan 5)

100'den geriye doğru 7 çıkararak gidin.

(Her doğru işlem için 1 puan.)

Hatırlama (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.

(masa, bayrak, elbise) (her doğru kelime için 1 puan verilir)

Lisan (Toplam puan 9)

- a) Bu gördüğünüz nesnelere adı nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn. tutun).
- b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. 'eğer ve fakat istemiyorum' (10 sn. tutun) 1 puan.
- c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim: 'masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen' toplam puan 3, süre 30 sn. her bir doğru işlem 1 puan.
- d) Bir kâğıda 'gözlerini kapat' cümlesini yazın, okumasını ve yazan emri yerine getirmesini söyleyin (1 puan)
- e) Bir cümle yazmasını söyleyin (1 puan).

EK.4. BARTHEL İNDEKSİ

1. Beslenme (10)

10 puan: Tam bağımsız yemek yemek için gerekli aletleri kullanabilir

5 puan: Bir miktar yardıma ihtiyaç duyar

2. Tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersi transferler (15)

15 puan: Tam bağımsız

10 puan: Geçişler sırasında minimal yardım alır.

5 puan: Tek basına yatakta oturma pozisyonuna geçebilir ama geçiş için yardım alır

3.Kendine bakım (5)

5 puan: Elini yüzünü yıkayabilir dişlerini fırçalayabilir, tras olabilir, makyaj yapabilir.

4.Klozete oturup kalkma (10)

10 puan: Duvardan veya bardan destek alabilir tuvalet kâğıdını kendi kullanabilir.

5 puan: Elbiselerini giyip çıkarmak, tuvalet kâğıdını kullanmak için bir miktar yardım alır.

5.Yıkanma (5)

5 puan: Hasta yardımsız olarak küvette yıkanabilir, duş alabilir veya keselenebilir.

6.Düzgün yüzeyde yürüme (15)

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

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

5 puan: Hasta yürüyemez ama tekerlekli sandalyeyi kullanabilir. Hasta köseleri dönebilir. Yatağa tuvalete yanaşabilir. Tekerlekli sandalyeyi en az 45 metre kullanabilmelidir.

7.Merdiven inip çıkma (10)

10 puan: Yardımsız ve gözetilmeksizin merdivenlerden inip çıkabilir. Gerekirse

tırabzanlara tutunabilir. Baston veya koltuk değneği kullanabilir.

5 puan: Yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar.

8.Giyinip soyunma (10)

10 puan: Hasta giyinip soyunabilir. Ayakkabı bağlarını çözebilir. Korse veya breys takıp çıkarma bu maddeye dâhil değildir.

5 puan: Yardıma gereksinim duyar. İşin en az %50 sini kendisi yapabilmelidir.

9.Bagırsak bakımı (10)

10 puan: Suppozituar kullanabilir veya gerekirse lavman yapabilir.

5 puan: Hasta bunlar için yardıma gereksinim duyar

10.Mesane bakımı (10)

10 puan: Hasta gece ve gündüz mesanesini kontrol edebilmelidir. Kateter bakımını bağımsız bir şekilde kendisi yapabilmelidir.

5 puan: Bazen tuvalete yetişemez veya sürgüyü bekleyemez altına kaçıırır

Hasta eğer bağımlıysa her başlık için 0 puan alır.

EK.5. BECK DEPRESYON ENVANTERİ

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle

okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz.

Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak

işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir.

Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarıyım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Depresyon derecesi Toplam

- Minimal depresyon 0-9
- Hafif depresyon 10-16
- Orta depresyon 17-29
- Şiddetli depresyon 30-63



EK.6. BAKIM VERENİN KİŞİSEL TANITIM FORMU

Ad Soyad:

Cinsiyet: Kadın / Erkek

Yaş: 18-34 / 35-49 / 50 ve üstü

Eğitim Durumu: Okuryazar değil / Okuryazar

Medeni Durum: Evli / Bekar

Çalışma Durumu: Çalışmıyor / Çalışıyor

Sağlık Sorunu: Var / Yok

Hastaya Yakınlık Düzeyi: Anne-Baba / Eş / Çocuk /
Kardeş / Bakıcı

Bakım Verme Süresi: 1-6 ay / 7 ay ve üstü

Bakım Alanları: Maddi Destek / Psikolojik Destek
Bütün İhtiyaçları Karşılama

EK.7. ZARİT BAKICI YÜK ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların bir başka insanın bakımını üstlendiğinde kendini nasıl hissedebileceğini yansıtan ifadelerden oluşan bir liste yer almaktadır. Her ifadeden sonra sizin ne kadar sık böyle hissettiğinizi belirtin: nadiren, ara sıra, oldukça çok, nerdeyse her zaman şeklinde. Yanlış ya da doğru cevap bulunmamaktadır.

	Asla	Nadiren	Arasıra	Oldukça Sık	Nerdeyse Her Zaman
1- Yakınınızla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını düşünür müsünüz?					
2- Yakınıza bakma ve aileniz ya da işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hisseder misiniz?					
3- Yakınınızla birlikteyken kızgınlık hisseder misiniz?					
4- Yakınınızın şu anda ailenin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla olan ilişkinizi olumsuz şekilde etkilediğini düşünür müsünüz?					
5- Yakınınızın geleceği ile ilgili korkularınız olur mu?					
6- Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?					
7- Yakınınızla birlikteyken kısıtlanmış hisseder misiniz?					
8- Yakınınızla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hisseder misiniz?					
9- Yakınınız yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünür müsünüz?					
10- Yakınıza bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hisseder misiniz?					
11- Yakınınız nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?					
12- Yakınınızın sanki sırtını dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz gibi, sizden ona bakmasını beklediğini hisseder misiniz?					
13- Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınınıza bakacak kadar paranız					

olmadığını düşünür müsünüz?					
14- Yakınınız hastalandığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi hisseder misiniz?					
15-Yakınınızın bakımını biraz da başkasına bırakabilmiş olmayı diler misiniz?					
16- Yakınınızla ilgili ne yapacağınız konusunda kararsızlık hisseder misiniz?					
17- Yakınınız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünür müsünüz?					
18- Yakınınızın bakımı ile ilgili olarak daha iyisini yapabilirdim diye düşünür müsünüz?					
19- Tümüyle değerlendirdiğinizde yakınınızın bakımı ile ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz?					

EK.8. ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ

Yönerge: Aşağıda geçtiğimiz ay içerisindeki kişisel deneyimleriniz hakkında bir dizi soru yöneltilmektedir. Her soruyu dikkatlice okuyarak size en uygun seçeneğin altındaki kutuya bir çarpı işareti koyarak cevaplayınız. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Önemli olan sizin duygu ve düşüncelerinizi yansıtan yanıtları vermenizdir.

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

EK.9. SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Adı-Soyadı:

Tarih:

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır.

Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar?

AKTİVİTELER	Bir tanesini yuvarlak içine alınız		
	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç Kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız	
	EVET	HAYIR
a. İş ya da diğer aktiviteler için harcadığımız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sınırlı hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız	
	EVET	HAYIR
a. İş ya da diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı(ağrı) hissettiniz?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağır normal işinize ne kadar engel oldu?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız					
	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a.Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c.Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d.Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f.Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız				
	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

EK.10. PİTTSBURGH UYKU KALİTE İNDEKSİ

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplar için
son bir ayı göz önünde bulundurun.
Lütfen tüm soruları cevaplandırın.

- 1 Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız? _____
- 2 Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı? _____
- 3 Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız? _____
- 4 Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)
_____ saat

5 Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

	Haftada	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'den Çok
5a	30 dakika içinde uykuya dalamadınız	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5b	Gece yarısı veya sabah erkenden uyanınız	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5c	Tuvalete veya banyo yapmaya kalktınız	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5d	Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5e	Öksürdünüz veya gürültülü şekilde horladınız	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5f	Aşırı derecede üşüme hissettiniz	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5g	Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5h	Kötü rüyalar gördünüz	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5i	Ağrı duydunuz	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5j	Geçen ay başkandan enler ne sıklıkla uykusorunu oldu	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

- 6 Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.
- ₀ Çok iyi ₁ Oldukça iyi ₂ Oldukça kötü ₃ Çok kötü

- 7 Geçen hafta uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?
- ₀ Hiç ₁ 1'den ₂ 1 - 2 kez ₃ 3'den Çok

- 8 Geçen hafta araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?
- ₀ Hiç ₁ 1'den az ₂ 1 - 2 kez
- 9 Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

- ₀ Hiç problem oluşturmadı
₁ Yalnızca çok az bir problem oluşturdu

- ₂ Bir dereceye kadar problem oluşturdu
₃ Çok büyük bir problem oluşturdu

10 Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

- ₀ Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok
₁ Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var

- ₂ Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil
₃ Partner aynı yatakta

Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkta yaşadığınızı sorun.

11 Gürültülü Horlama

Hiç 1'den az 1 - 2 kez 3'den Çok

₀ ₁ ₂ ₃

12 Uykuda nefes alıptermeler arasında uzun aralıklar

₀ ₁ ₂ ₃

13 Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama

₀ ₁ ₂ ₃

14 Uyku esnasında sersemlik veya şaşkınlık

₀ ₁ ₂ ₃

15 Uyurken Olan diğer huzursuzluklarınız varsa belirtiniz

₀ ₁ ₂ ₃

₀ Hiç

₁ 1'den az

₂ 1 - 2 kez

₃

Psychiatry Res. 1989 May;28(2):193-213

11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.10360
Konu : Etik Kurulu Kararı

30/03/2018

Sayın Zeynep SOY

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “İnmeli Hastalara Bakım Verenlerin Stres, Uyku, Bakım Yükü Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi” isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 30.03.2018 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağımızı <https://cbys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 01BB2C28X2 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İnmeli Hastalara Bakım Verenlerin Stres, Uyku, Bakım Yükü Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Zeynep SOY			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Fizyoterapist			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	07/03/2018		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	07/03/2018		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
Karar Bilgileri	Karar No: 238	Tarih: 28/03/2018				
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Hikmet UÇIŞIK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı-Soyadı	Zeynep SOY
E-mail adresi	Zynp.9321@gmail.com
Telefon	0531 870 13 95

Eğitim Düzeyi

	Kurum Adı	Mezuniyet Yılı
Lise	Fatih Gelenbevi Anadolu Lisesi	2011
Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	2016
Yüksek Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	2019

İş Deneyimi

Görevi	Kurum Adı	Çalışma Süresi
Fizyoterapist	Özel Deren Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi	5 ay

Dil Bilgisi

Yabancı Dil	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	İyi	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Program Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi*
Microsoft Office	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin