



**İNME GEÇİRMİŞ BİREYLERE BAKIM VEREN AİLE
ÜYELERİNİN BAKIM YÜKÜ, DUYGU VE
ALGILARININ İNCELENMESİ: KARMA YÖNTEM
ARAŞTIRMASI**

Serpil ÖZCAN
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI

Doktora Tezi-2023



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

**İNME GEÇİRMİŞ BİREYLERE BAKIM VEREN AİLE
ÜYELERİNİN BAKIM YÜKÜ, DUYGU VE ALGILARININ
İNCELENMESİ: KARMA YÖNTEM ARAŞTIRMASI**

Serpil ÖZCAN

**Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI**

**ERZURUM
2023**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VIII
TABLolar DİZİNİ	IX
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. İnme Geçirmiş Bireylere Bakım Veren Aile Üyeleri	6
2.1.1. Bakım Veren Kavramının Tanımı	6
2.1.2. Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verici Rolü ve Sorumlulukları.....	7
2.2. İnme Sonrası Bakım Süreci	8
2.3. Bakım Yüğü Kavramı	12
2.3.1. Öznel Yüğü	13
2.3.2. Nesnel Yüğü.....	13
2.4.1. Fiziksel Güçlükler.....	14
2.4.2. Duygusal Güçlükler	14
2.4.3. Ekonomik ve Sosyal Güçlükler	14
2.6. Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yüğü Üzerinde Hemşirenin Rolü	17
3. MATERYAL VE METOT	20
3.1. Araştırmanın Tipi	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	22
3.4.1. Modifiye Barthel İndeksi	23
3.5. Veri Toplama Araçları ve Özellikleri	25
3.5.1. Nicel Veri Toplama Araçları	25
3.5.1.1. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı	25
3.5.2. Nitel Veri Toplama Araçları	26
3.5.2.1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	26
3.5.2.2. Ses Kayıt Cihazı.....	26
3.6. Verilerin Toplanması	27
3.6.1. Katılımcılarla Görüşme Yapılan Yerin Özellikleri.....	29
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
3.7.1. Nicel Verilerin Değerlendirilmesi	30
3.7.2. Nitel Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	31
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri	32
4. BULGULAR.....	33
4.1. Nicel Bulgular.....	33
4.2. Nitel Bulgular	39
4.2.1. Tema 1. Bakım Veren Aile Üyelerinin Yükleri.....	41
4.2.1.1. Alt Tema 1. Ekonomik Yük	41
4.2.1.2. Alt Tema 2. Sosyal Yük	41
4.2.1.3. Alt Tema 3. Fiziksel Yük	42
4.2.2. Tema 2. Bakımla İlgili Duygu ve Algılar.....	43
4.2.2.1. Alt Tema 4. Olumlu Duygu ve Algılar.....	44
4.2.2.1. Alt Tema 5. Olumsuz Duygu ve Algılar.....	45

5. TARTIŞMA	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	58
KAYNAKLAR.....	60
EKLER	77
EK-1. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU	77
EK-2. ETİK KURUL İZNİ	78
EK-3. RESMİ KURUM YAZISI	79
EK-4. BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİ İÇİN TANITICI BİLGİ FORMU	81
EK-5. BARTHEL İNDEKSİ	82
EK-6. BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ.....	84
EK-7. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU	85
EK-8. ÖLÇEK İZİN YAZILARI.....	86
EK-9. GÖRÜŞÜ ALINAN UZMANLAR	87
EK-10. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....	88
EK-11. GÜÇ ANALİZİ.....	89
EK-12. SERTİFİKALAR	90
EK-13. COREQ CHECKLIST	91
EK-14. TEZ ADI/KONUSU DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU	92

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimimin ve tez araştırmamın her aşamasında değerli katkılarını ve desteğini hissettiğim, bilgisi, nezaketi, rehberliği, içtenliği ve güler yüzlülüğü ile her zaman yolumu aydınlatan danışman hocam Sayın Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI'ya sonsuz saygılarımı ve teşekkürlerimi sunarım.

Bana tez sürecim ve öğrenim hayatım boyunca her zaman güler yüzlü, nezaketli ve yol gösterici tavırlarıyla ve kıymetli görüşleriyle katkı sunan Sayın Prof. Dr. Nuray BİNGÖL ve Sayın Doç. Dr. Afife YURTTAŞ'a,

Araştırmama katılım sağlayan değerli bakım veren aile üyelerine,

Lisans ve lisansüstü eğitimimde bende emeği bulunan ve bana bu mesleği sevdiren tüm hocalarıma,

Dostlukları ile hayatıma renk katan, beni her zaman ve her koşulda destekleyen çok kıymetli arkadaşlarım ve akademik hayattaki yoldaşlarım Sayın Doç. Dr. Arzu SARIALIOĞLU'na, Sayın Doç. Dr. Bahar ÇİFTÇİ'ye, Sayın Doç. Dr. Gülcan BAHÇECİOĞLU TURAN'a, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Meryeme AKSOY'a ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Semra KÖSE'ye,

Beni bugünlere getiren ve haklarını ödeyemeyeceğim canım annem Neriman DEDEŞİN'e ve canım babam Vahdettin DEDEŞİN'e,

Annemin ve babamın kıymetli emanetleri canım kardeşlerim Büşra ve Alper'e, kıymetlim Belma'ya ve Havva anneme,

Canım eşim Gökhan'a ve biricik kızlarım Sude ve Gülnur'a sonsuz teşekkür ederim.

Serpil ÖZCAN

ÖZET

İnme Geçirmiş Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü, Duygu ve Algılarının İncelenmesi: Karma Yöntem Araştırması

Amaç: Bu araştırma inme geçirmiş hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ile duygu ve algılarının incelenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

Materyal ve Metot: Nicel ve nitel araştırma yöntemlerini içeren karma yöntem ile gerçekleştirilen araştırmanın evrenini Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinde nöroloji, palyatif ve fizik tedavi ve rehabilitasyon servislerinde yatan inme geçirmiş hastalara bakım veren aile üyeleri oluşturdu. Örneklemi ise Mayıs 2023- Kasım 2023 tarihleri arasında inme tedavisi için nöroloji, palyatif ve fizik tedavi ve rehabilitasyon servislerine yatış yaptıran hastalara bakım veren aile üyeleri oluşturdu. Araştırmanın nicel bölümünde örnekleme 128 bakım veren aile üyesi, nitel bölümünde ise 21 bakım veren aile üyesi oluşturdu. Veri toplama araçları olarak araştırmanın nicel bölümü için “Tanıtıcı bilgi formu” ve “Bakım Verme Yükü Ölçeği”, nitel bölümü için “Yarı yapılandırılmış görüşme formu” kullanıldı. Nicel verilerin değerlendirilmesi için Kolmogorov Smirnov testi, frekans, yüzde, Bağımsız Gruplarda t Testi, One Way Anova ve pearson korelasyon analizi kullanıldı. Nitel verilerin değerlendirilmesi için “İçerik Analizi” yöntemi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmanın nicel bölümüne katılan bakım veren aile üyelerinin bakım yükü puan ortalamasının (61.32 ± 13.57), nitel bölümüne katılanların ise bakım yükünün (62.47 ± 16.36) olduğu belirlendi. Araştırmanın nicel bölümüne katılanların yaş ortalamalarının 43.02 ± 13.85 , %61.7’inin kadın, %75’inin evli, %35.2’sinin 1-2 çocuk sahibi, %35.2’sinin ortaöğretim mezunu, %45.3’ünün ev hanımı ve %54.7’sinin gelirinin giderlerinden az, %64.8’inin bakım verdiği kişinin çocuğu olduğu, %78.9’nun daha önceden bakım deneyiminin olmadığı, %74.2’inin başka bir kişiden bakım için destek aldığı ve %48.4’ünün 1-4 yıldır hastasına bakım vermekte olduğu belirlendi. Medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, bakım deneyimi, inme geçirmiş bireyin sağlık güvencesi durumu ve inme geçirmiş bireyin sahip olduğu kronik hastalık durumunun bakım yükünü anlamlı derecede etkilediği bulundu ($p < 0.05$). Araştırmanın nitel bölümünde katılımcılar ile yapılan görüşmelerden elde edilen verilerin analizi sonucunda “Bakım Veren Aile Üyelerinin Yükleri” ve “Bakımla İlgili Duygu ve Algılar” olmak üzere 2 tema, “Ekonomik Yük”, “Sosyal Yük”, “Fiziksel Yük”, “Olumlu Duygu ve Algılar” ve “Olumsuz Duygu ve Algılar” olmak üzere 5 alt tema ve 26 kod oluşturuldu. Araştırmanın nitel bölümüne katılanların ise yaş ortalamalarının 42.61 ± 16.60 , %76.2’sinin kadın, %71.4’ünün evli, %42.9’unun çocuğunun olmadığı, %42.9’unun ilköğretim mezunu, %71.4’ünün çalışmıyor olduğu, %52.4’ünün ev hanımı, %57.1’inin gelirinin giderine eşit olduğu, %52.3’ünün bakım verdiği kişinin çocuğu olduğu, %76.2’sinin bakım deneyiminin bulunmadığı, %76.1’inin başka bir kişiden bakım için destek aldığı ve %42.9’unun 1-4 yıldır hastasına bakım vermekte olduğu belirlendi.

Sonuç: İnme geçirmiş hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yüklerinin ağır bakım yükü düzeyinde olduğu sonucuna varıldı. Katılımcıların medeni durumlarının, çocuk sayılarının, eğitim durumlarının ve bakım deneyimlerinin bakım yüklerini etkilediği, kendilerini en çok sosyal ve fiziksel yük altında hissettikleri, vefa, sahiplenme, sorumluluk, kendini adama, çaresizlik, kaygı ve geçmişe özlem gibi duyguları daha yoğun yaşadıkları belirlendi.

Anahtar kelimeler: İnme, bakım veren aile üyesi, bakım yükü, hemşirelik, karma yöntem

ABSTRACT

Investigation of Care Burden, Feelings and Perceptions of Family Members Nursing Patients with Stroke: A Mixed Method Research

Aim: This study was conducted to examine the burden of care, feelings and perceptions of family members who care for stroke patients.

Material and Method: The population of the study, which was carried out with a mixed method including quantitative and qualitative research methods, consisted of family members who cared for stroke patients hospitalized in neurology, palliative and physical therapy and rehabilitation services at Atatürk University Research Hospital. The sample consisted of family members who cared for patients who were hospitalized in neurology, palliative and physical therapy and rehabilitation services for stroke treatment between May 2023 and November 2023. In the quantitative part of the study, the sample consisted of 128 caregiver family members, and in the qualitative part, 21 caregiver family members. As data collection tools, "Introductory information form" and "Caregiving Burden Scale" were used for the quantitative part of the study, and "Semi-structured interview form" was used for the qualitative part. Kolmogorov Smirnov test, frequency, percentage, t Test in Independent Groups, One Way Anova and pearson correlation analysis were used to evaluate quantitative data. "Content Analysis" method was used to evaluate qualitative data.

Results: It was determined that the mean care burden score of the caregiver family members who participated in the quantitative part of the study was (61.32 ± 13.57) , and the care burden of the caregivers who participated in the qualitative section was (62.47 ± 16.36) . The mean age of the participants in the quantitative part of the study was 43.02 ± 13.85 , 61.7% were female, 75% were married, 35.2% had 1-2 children, 35.2% were secondary school graduates, 45.3% were housewives and 54.7% of the income was less than their expenses, 64.8% were the children of the caregiver, 78.9% had no previous care experience, 74.2% received support for care from another person and 48.4% of them had been caring for their patients for 1-4 years. Marital status, number of children, educational status, care experience, health insurance status of the individual who had a stroke and the chronic disease status of the individual who had a stroke were found to significantly affect the burden of care ($p < 0.05$). As a result of the analysis of the data obtained from the interviews with the participants in the qualitative part of the research, 2 themes, namely "Burdens of Caregiver Family Members" and "Feelings and Perceptions Related to Caregiving", 5 sub-themes and 26 codes: "Economic Burden", "Social Burden", "Physical Burden", "Positive Emotions and Perceptions" and "Negative Emotions and Perceptions" were created. It was determined that the mean age of the participants in the qualitative part of the study was 42.61 ± 16.60 , 76.2% were female, 71.4% were married, 42.9% had no children, 42.9% were primary school graduates, 71.4% were not working, 52.4% were housewives, 57.1% were equal to their income, 52.3% were the children of the caregivers, 76.2% had no care experience, 76.1% received support for care from another person and 42.9% had been caring for their patients for 1-4 years.

Conclusion It was concluded that the burden of care of family members caring for patients who had a stroke was at the level of heavy care burden. It was determined that the marital status, number of children, educational status and care experiences of the participants affected their care burden, they felt under the most social and physical burden, and they experienced emotions such as loyalty, ownership, responsibility, dedication, helplessness, anxiety and longing for the past more intensely.

Key Words: Stroke, care burden, family caregiver, nursing, mixed method

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ASA	: American Stroke Association
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FAST	: Face, Arm, Speech, Time
NANDA	: North American Nursing Diagnosis Association
NIH	: National Institute of Neurological Disorders and Stroke
WHO	: World Health Organization



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 3.1. Araştırma akış şeması..... 25

Şekil 3.2. Ses kayıt cihazı..... 27



TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. Barthel İndeksi değerlendirme yöntemi.....	24
Tablo 4.1. Bakım veren aile üyelerinin demografik özelliklerinin dağılımı.....	33
Tablo 4.2. İnme geçirmiş bireylerin demografik özelliklerinin dağılımı.....	34
Tablo 4.3. Bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükü ölçeği puan ortalaması.....	35
Tablo 4.4. Bakım veren aile üyelerinin demografik özellikleri ile bakım verme yükü ölçek puanlarının karşılaştırılması	35
Tablo 4.5. İnme geçirmiş bireylerin demografik özellikleri ile bakım verme yükü ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.6. Nitel araştırmaya katılan bakım veren aile üyelerinin demografik özellikleri	39
Tablo 4.7. Görüşmelerden elde edilen tema, alt tema ve kodlar.....	40

1. GİRİŞ

Bakım, hastanın bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi ve bakım sürecinin hastanın gereksinimlerine göre planlanması ve yürütülmesini içeren bir süreçtir. Bakım sürecinin önemli bir bileşeni olan bakım verenler “hastalığı, sakatlığı ya da sadece yaşlılığı nedeniyle kendine bakamayan kişilere yardım eden ya da yardımı düzenleyen kişiler” olarak tanımlanmaktadır. Bakım yükü ise hasta bireye bakım veren kişilerde hasta bireyin bakımından kaynaklı olumsuz duygu ve algılanan strese karşı verilen çok boyutlu bir tepki olarak tanımlanmaktadır (Duruk, 2021; Uygun & Taylan, 2018).

İnme, beyindeki kan damarlarının obstrüksiyonu veya rüptürü sonucu oluşan serebral dolaşımdaki değişiklikler nedeniyle motor fonksiyon kaybı, duyu problemleri, bilişsel konuşma ve konuşma problemleri ve dengede bozukluğu ile karakterize olan ve günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesini etkileyen ani ortaya çıkan vasküler bir sendromdur (Karadakovan, 2017). 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 (Annino ve ark., 2019; Thrift ve ark., 2017). İnme sonrası yaşanan problem ise yutma güçlüğü, kas gücü kaybı, uyku bozuklukları, hafıza kaybı, konuşma güçlüğü, beynin etkilene bölgesine bağlı olarak sağ veya sol ekstremitelerde geçici veya kalıcı hemipleji şeklindedir (Pohl ve ark., 2021).

Bilişsel, duyuşsal ve motor bozuklukların meydana geldiği, sözel iletişimin bozulduğu kronik bir hastalık olan inmede, uzun dönem bakımın gerekebildiği ve aile üyelerinin fazlasıyla desteğine ihtiyaç duyulan bir sürece girilmektedir (Ceyhan ve ark., 2022; Yurttaş & Dünder, 2019). İnme geçiren hastalar, sağlık durumlarındaki bozulma ve günlük yaşam aktivitelerinden birini veya birkaçını bağımsız bir şekilde yerine getirememekten dolayı başka bir kişiden bakım almaya gereksinim duymaktadırlar. Bu

hastaların hastalık süreçleri boyunca ihtiyaç duydukları bakımı vermedeki en büyük rolü hemşireler ve birinci dereceden aile üyeleri üstlenmektedir. Uzun dönemli bakım ihtiyacının fazla olduğu ve hastaya bakım veren aile üyelerinin bakım sürecinde aktif rol aldığı inme hastalığında, bakım veren kişilerin hastalık ve bakım sürecinin beraberinde getirdiği bakım yükünü yönetmek için eğitim, danışmanlık ve rehberliğe ihtiyaç duydukları açıktır (Hekmatpou ve ark., 2019; Hong ve ark., 2017; İnci & Temel, 2016; Zhang ve ark., 2019).

Bakım yükü bakım veren kişinin üstlendiği bakımdan kaynaklanan psikolojik sıkıntı, fiziksel bulgularla belirlenen sağlık problemleri, finansal problemler, sosyal problemler, aile içi dinamiklerin bozulması gibi objektif ve subjektif yük kavramı olarak tanımlanmaktadır. Öznel yük, bakım verenin bu sorumluluk karşısında yaşadığı psikolojik problemler olarak tanımlanmaktadır. Nesnel yük ise bakım verenin yaşamındaki farklılık ve kısıtlamaları içeren, bakım verme kaynaklı yorgunluk oluşması, aile rutinlerinin bozulması ve fiziksel hastalıkların ortaya çıkması gibi fiziksel problemlerle ilişkilidir. (Boonsin ve ark., 2021).

Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede bağımlı olan hastaların bakımında, bakım veren aile üyelerinin desteğine duyulan ihtiyaç çok fazladır (Dağdeviren ve ark., 2019). İnme geçirmiş bireylere bakım veren aile üyeleri, hastanın günlük yaşam aktivitelerini devam ettirmesini destekleme, emosyonel iyilik halini sağlama, tıbbi ilaç tedavisini sürdürme, hastane ortamında gerekli tetkiklerin yapılmasını destekleme ve gerekli tıbbi malzemeleri karşılama gibi pek çok sorumluluk üstlenmektedir (Bilgehan & İnkaya, 2021; Kulu & Özsoy, 2020).

Bunun yanında bakım veren aile üyesinin kendi özel yaşamlarında üstlendiği rol ve sorumlulukları devam ettirme ve bireysel gereksinimlerini sürdürmek için yapması gereken pek çok aktivitesi bulunmaktadır. Üstlendiği bu sorumluluklar bakım veren aile

üyesini fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik yönden çok boyutlu bir yük altına sokmaktadır. İçinde bulundukları bu süreçte bakım yükünü üstelenen aile üyelerinin kendi rol ve işlevlerindeki değişikliklerin yanında duygu ve davranışları da derinden etkilenmektedir. Yaşadıkları bu süreç ise yaşam kaliteleri üzerinde olumsuz bir etkiye neden olmaktadır (Panzeri ve ark., 2019; Soy, 2019).

Bakım yükünün bakım veren aile üyeleri üzerinde yarattığı fiziksel, sosyal, ekonomik ve psikolojik yükler bakım sürecini etkili bir şekilde yönetmesini zorlaştırmaktadır. Daha önce karşılaşmadıkları bir hastalıkla mücadele etme, kendilerini güvensiz ve hazırlıksız hissetmeleri, bakım konusunda nasıl davranacağını bilememe, kaygı, stres, yorgunluk, uykusuzluk, aile içi ilişkilerde meydana gelen değişiklikler bakım yüklerinin artmasında, yaşam kalitelerinin düşmesine sebep olmakla beraber verecekleri bakımın kalitesini de etkilemektedir (Caro ve ark., 2018; Cheng ve ark., 2018; Hekmatpou ve ark., 2019; Panzeri ve ark., 2019).

Aile üyelerinin üstlendiği bu roller hastanın iyileşme periyodu ve yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Hastanın kendini güvende hissetmesi hastalık sürecinde hastanın iyileşme sürecini olumlu yönde etkileyen önemli bir faktördür. Bu açıdan aile üyelerinin bakım verme sürecine katılması hastanın psikolojik iyilik halini desteklemesi ve kendini güvende hissetmesi yönüyle kıymetlidir (Karakurt ve ark., 2018).

Yapılan araştırmalara göre kronik hastalara bakım veren aile üyelerinin karşılaştıkları güçlükler fiziksel yorgunluk, ekonomik zorluklar, sosyal izolasyon, duygusal tükenmişlik ve stres, uyku problemleri, bakım veren aile üyesinin kendi sağlık sorunları ve bilgi eksiliği olduğu saptanmıştır (Al-Zyoud ve ark., 2021; Hodgson ve ark., 2019; Kol & Karabulutlu, 2021). Bu güçlükler, bakım veren aile üyesinin aile yapısına, kişisel durumuna, bakım verdiği hastanın hastalığının ciddiyetine, ekonomik durumuna ve diğer faktörlere göre değişiklik göstermektedir. Bu nedenle, bakım veren kişilere

destek olmak ve onların gereksinimlerini anlamak önemlidir (Gray & Pattaravanich, 2020).

İnme hastalarının uzun yaşam süreleri içerisinde bakım gereksinimleri günden güne artmakta ve zorlaşmaktadır. Bu bireylere uzun süreli bakım veren kişiler ise hasta bireyin gereksinimlerini kendi gereksinimlerinden ön planda tuttuğu için yaşadığı stresi, tükenmişliği hatta kendi sağlık sorunlarını bile fark edemeyecek ve algılayamayacak duruma gelebilmektedir (Bilgehan & İnkaya, 2021). De Korte-Verhoef ve ark., (2014) yaptıkları bir araştırmada bakım veren aile üyelerinin %66'sının bakım yüklerinin yüksek düzeyde olduğu belirtilmiştir. Aynı araştırma sonucunun diğer bir bulgusuna göre de bakım verenlerin sadece %25'i bakım yüklerinin farkındadır. Bu açıdan bakıldığında bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecindeki duygu ve algılarının değerlendirilmesi önemli ve gerekli hale gelmektedir (De Korte-Verhoef ve ark., 2014).

Duygu ve algıların değerlendirilmesi yönünde bakım veren aile üyelerinin kendilerini ifade etmelerine olanak tanınmalıdır. Bu yüzden hemşireler, danışmanlık rolünün de gerektirdiği gibi bakım veren aile üyesinin hastalık sürecini yönetmeye, bakım yükünü karşılamaya ve yaşadıkları stresin farkında olmaya yönelik duygu ve algılarını açığa çıkarmalıdır ve bu doğrultuda yol kat etmelidir. Hemşire elde ettiği çıktılar doğrultusunda danışmanlık yapmalı ve bakım vermelidir. Bu bağlamda bakım veren bireylerin bakım yüklerinin değerlendirilmesi, bakım yüklerine yönelik duygu ve algılarının incelenmesi önemlidir. Bakım veren bireylerin duygu ve algıları, hastalarına bakım verdikleri süre boyunca motivasyonlarını, stresle başa çıkabilme durumlarını, verdikleri bakımın kalitesini ve bakımın sürdürülebilirliğini etkilemektedir (Bucki ve ark., 2019; Varughese ve ark., 2022). Yapılan literatür taramasında inme geçirmiş bireylere bakım veren aile üyelerinin duygu ve algılarının incelendiği az sayıda araştırma olduğu (Jones, 2006; Sundin ve ark., 2016; McCurley ve ark., 2019; Sajwani-Merchant

ve ark., 2023) tespit edildi. Ayrıca inme geçirmiş bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yüklerini, duygu ve algılarını inceleyen karma yöntemle yapılmış bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu sebeple bu araştırmada inme geçirmiş bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yükleri ile bakım yüklerine dair duygu ve algılarının incelenmesi amaçlanmaktadır.

Bu araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmaktadır;

- İnme geçirmiş bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yükü düzeyi nedir?
- İnme geçirmiş bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yüklerini etkileyen faktörler nelerdir?
- İnme geçirmiş bireylere bakım veren aile üyelerinin duygu ve algılarını etkileyen faktörler nelerdir?
- İnme geçirmiş hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecinde bakım yüklerine yönelik duygu ve algıları nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnme Geçirmiş Bireylere Bakım Veren Aile Üyeleri

21. yüzyılda teknolojinin gelişmesi ile birlikte yeni tedavi yöntemlerinin bulunması ile birlikte hastaların yaşam kalitesi dahi iyi düzeylere taşınmaktadır. Bunun yanında artan yaşam süresi ile paralel olarak kronik hastaların görülmesinde de artış söz konusu olmaktadır. Kronik hastalığa sahip hasta sayısının artması ve tedavilerinin uzun sürmesinden dolayı bu hastaların bakım ihtiyacı artmaktadır. Kronik hastalıklardan biri olan inmede de hastalar uzun dönemli bakıma ihtiyaç duymakta ve bakım gereksinimleri aile üyeleri tarafından sağlanmaya devam etmektedir (Akdoğan & Kaya, 2022)

2.1.1. Bakım Veren Kavramının Tanımı

Bakım; hastalıkların önlenmesi ve tedavisi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi, bireyin fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik halinin devamlılığının sağlanma çabası olarak tanımlanmaktadır (Smeltzer ve ark., 2010). Başka bir tanımda ise bakım, “bakım veren kişinin yaptığı tüm uygulamalar” olarak tanımlanmaktadır. Bakım aynı zamanda insan gereksinimlerine dayalı, karşılıklı ilişkilere ve güvene dayanan, duyuşsal özelliklere ve ahlaki boyuta sahip, bilimsel bilgi ve uzman psikomotor beceriler gerektiren bir kavramdır (Pont ve ark., 2020).

Bakım veren ise “hastalığı, sakatlığı ya da sadece yaşlılığı nedeniyle kendine bakamayan kişilere yardım eden ya da yardımı düzenleyen kişiler” olarak tanımlanmaktadır. Bakım verenler birincil (primer) ve ikinci bakım veren olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Birincil bakıcı sorumluluğu sürdürmekten birinci derece sorumlu olan kişidir. İkinci bakıcı ise birincil bakıcıya destek veren kişilerdir. Genel olarak, birincil bakıcılar aile üyeleridir ve ikinci bakıcılar akrabalar, arkadaşlar ve komşulardır (Uygun & Taylan, 2018).

2.1.2. Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verici Rolü ve Sorumlulukları

Hasta açısından aile başlıca psikolojik, duygusal ve sosyal destek sistemidir. Aile üyelerinin bakım rolleri hastanın fiziksel, sosyal, ekonomik ve emosyonel açıdan iyilik halini sağlamak ve sürdürmek için yaptıkları eylemleri içermektedir (Gertrude ve ark., 2019).

Aile üyelerinin bakım sürecindeki öncelikli amacı fiziksel bakımı sağlamak ve sürdürmektir. Fiziksel bakım, hastaların günlük yaşam aktivitelerinin devamlılığını sağlamayı içeren aktivitelerdir. İnme gibi motor fonksiyonların kaybı ile sonuçlanan bir hastalıkta fiziksel bakımın yeri çok önemlidir. Fiziksel bakım, beslenme, boşaltım, kişisel hijyen, giyinme ve mobilitayı sağlama gibi aktiviteleri içermektedir. Fiziksel bakımın yanı sıra hastanın iyileşme sürecinde tıbbi görevlerin yönetilmesi de yine aile üyelerinin sorumluluğu altında gerçekleştirilmektedir. İlaçların düzenli kullanılmasını sağlama ve tıbbi kontrollerin gerçekleştirilmesi aşamasında aile üyeleri aktif rol oynamaktadır (Freytes ve ark., 2021).

İnme sonrası hastanın hastane ve evde bakım sürecinin devamlılığı sağlanırken, hastanın yaşam koşullarındaki gerileme ve hastalık sonrası süreçte oluşan olumsuz duyguları yönetebilmesi için aile üyeleri tarafından desteklenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda inme sonrası süreçte hastaların sosyal ve duygusal açıdan desteklenmesinde aile üyelerinin rolü ve katkısı önemlidir. Aile üyeleri bakım verdikleri hastalara şefkat ve sevgi ile yaklaşmalı, hastaların motivasyonlarını daima yüksek tutmalıdır. Bunun yanında hastanın sosyal izolasyonunu önlemek için hastanın aile üyeleri ve dış çevreyle olan iletişimini sürekli aktif tutmalıdır (Chen ve ark., 2020).

Fiziksel, sosyal ve emosyonel destekteki rollerinin yanı sıra, aile üyeleri bakım sürecindeki ekonomik durumu yönetme ve planlama sorumluluğunu da üstlenmektedir. İnme sonrası süreçte sağlık bakım hizmetine yönelik harcamaları, kişisel ihtiyaçlar için

ayrılan bütçeyi ve hastanın yaşamını sürdürmesi için gerekli kaynakların sağlaması için aile üyelerinin aktif rol oynaması gerekmektedir (Hesamzadeh ve ark., 2017).

Bakım verme sürecinde bakım veren aile üyelerinin üstlendikleri bu roller ve sorumluluklar, bakım verende oluşan bedensel, psikosoyal, spiritüel ve duygusal etkiler yük olarak tanımlanan durumun ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Hastalık sonrası bakım sürecinde bakım verenlerin içinde bulundukları durumdan dolayı yaşadıkları zorluklar ise bakım yükü kavramını ortaya çıkarmaktadır (Kazemi ve ark., 2021).

2.2. İnme Sonrası Bakım Süreci

Bakım, hastanın bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi ve bakım sürecinin hastanın gereksinimlerine göre planlanması ve yürütülmesini içeren bir süreçtir. Bu süreç hastanın fiziksel gereksinimlerinin karşılanmasıyla sınırlı olmayan duygusal, fiziksel ve sosyal iyilik halinin sürdürülmesine dair sorumlulukların da yerine getirilmesini kapsayan bir süreçtir. Hastaya sunulan bakımın amacı, bütüncül ve çok boyutlu bir yaklaşımla hastanın genel iyilik halini desteklemek ve yaşam kalitesini artırmaktır (Şenay, 2019).

Kronik hastalıklar genellikle tam iyileşmenin olmadığı ve hastaların uzun dönem bakım ihtiyacının olduğu durumlardır. Kronik hastalıklarda bakım, hastaların yaşam kalitesini iyileştirmek, korumak, komplikasyonları önlemek, hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak açısından önemlidir. Kronik hastalıklarda bakım sürecinin etkili bir şekilde yönetilmesi hasta ve bakım veren kişilerin iş birliği içinde ilerlemesiyle mümkün olabilmektedir (Camicia ve ark., 2021).

İnme dünya genelinde en sık görülen kronik hastalıklar arasında yer alan ve bireylerde beden fonksiyonlarının geçici veya kalıcı olarak yitirilmesine neden olan bir hastalıktır. Bu nedenle inme sonrası bakım hastaların yaşam kalitesini artırmada, komplikasyonları önlemede, günlük yaşam aktivitelerinin devamlılığını sağlamada kritik öneme sahiptir (Hall ve ark., 2019; Hekmatpou ve ark., 2019). İnme geçiren hastanın

bilişsel, duyuşsal ve psikomotor becerilerinde gerileme olması, hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesinde geçici veya kalıcı yetersizliklere yol açmaktadır. Bu yetersizlikler yutma güçlüğü, kas gücü kaybı, uyku bozuklukları, hafıza kaybı, konuşma güçlüğü, beynin etkilene bölgesine bağlı olarak sağ veya sol ekstremitelerde geçici veya kalıcı hemipleji şeklindedir (Pohl ve ark., 2021). Bu konuda yapılmış birden çok araştırma vardır. Yapılan bu araştırmalardan birinde inme sonrası hastalarda en sık görülen sorunun hemipleji olduğu tespit edilmiştir (Fridriksson & Hillis, 2021). Yapılan başka bir araştırmada ise hemiplejiden sonra en sık rastlanan nörolojik bozukluk ise bilişsel bozukluklar olduğu, en sık rastlanan diğer bozuklukların ise dil-konuşma bozuklukları ve yutma güçlüğü olduğu tespit edilmiştir (Heberman & Shin, 2017).

İnme geçiren hastalarda motor fonksiyonların azalmasına bağlı olarak güç kaybı meydana gelmektedir. Bu sebeple hasta kişisel hijyenini, beslenmesini ve boşaltımını sağlamada yetersiz kalabilmekte ve günlük yaşam aktivitelerinin çoğunu yerine getirmekte zorlanmaktadır (Sudarsih & Santoso, 2022). Günlük yaşam aktiviteleri bireylerin yaşamlarını sürdürebilmesi için gerçekleştirilmesi gereken temel aktiviteler olarak tanımlanmaktadır. Günlük yaşam aktiviteleri, bireylerin kendi iyilik hallerini sürdürebilmesi için yeme-içme, hareket etme, boşaltım, kişisel hijyen, giyinme ve vücut bakımı dahil olmak üzere yaptıkları günlük aktivitelerdir (Deyhoul ve ark., 2020; Galeoto ve ark., 2019). Yapılan bir araştırmada inme geçiren hastaların yarısından çoğunun günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede bağımlı olduğu sonucuna varılmıştır (Whitiana ve ark., 2017). Oktari ve ark., (2020) araştırmasında ise inme hastalarının günlük yaşam aktivitelerinde %32.1 hafif bağımlı, %26.4 orta derecede bağımlı, %17.0'inin tam bağımlılık yaşadığı ve %9.4'ünün bağımsız olduğunu tespit edilmiştir. İnme sonrası hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesine engel olan bir başka sorun ise bilişsel fonksiyonlarında meydana gelen azalma sebebiyle hafıza kaybı, dikkat

eksikliği ve karar verme süreçlerini yönetememdir. Bilişsel fonksiyonlardaki azalma hastanın bulunduğu ortama oryantasyonunu etkilemekte, el ve vücut becerilerinin koordinasyonu kaybetmeye neden olmaktadır. Bu uyum bozukluğu uyku, iletişim, konuşma, kişisel gereksinimlerini fark etme gibi pek çok günlük yaşam aktivitesini gerçekleştirmesine engel olmaktadır. İnme sonrası hastalarda gelişen afazi (konuşma güçlüğü) sebebiyle ise duygularını ve isteklerini sözel olarak ifade edemediği için iletişim aktivitesini yerine getirememektedir (Habermann & Shin, 2017).

Hastaların günlük aktivitelerini yerine getirmede bağımlı hale gelmesi inme sonrası süreçte bakım gereksinimlerinin karşılanmasını gerektirmektedir. Bu bağlamda inme hastaları hastane sürecinde ve taburculuk sonrası bakıma ihtiyaç duymaktadır. Hastanın bu süreçteki bakım ihtiyacını karşılamada pek çok kişi veya kurumun (hemşire, fizyoterapist, konuşma terapisti, nörologlar, rehabilitasyon merkezleri) katkısı olsa da bakım sürecindeki en büyük rolü aile üyeleri üstlenmektedir (Sudarsih & Santoso, 2022; Whitehead & Baalbergen, 2019).

Aile üyelerinin, inme sonrası hastalarının bakım gereksinimlerini karşılaması ve hastasının durumuna, spesifik gereksinimlerine yönelik bakım vermesi oldukça önemlidir. İnme sonrası hastanın ihtiyaç duyduğu bakım, geçirdiği inmenin türüne, vücudunun etkilenen bölgesine göre ve hastanın bilişsel ve duygusal gereksinimlerine göre değişiklik göstermektedir. İnme sonrası bakım süreci temelde iki aşamada ele alınmaktadır (Alankaya, 2019; ASA, 2023):

1. İnme sonrası hastanın günlük yaşam aktivitelerinin devamlılığını sağlama.
2. İnme geçirmiş hastanın rehabilitasyonu sağlama.

İNME SONRASI HASTANIN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNİN DEVAMLILIĞININ SAĞLANMASINDA hemşirelerin rehberliği önemlidir. Hemşire öncelikle hastanın günlük yaşam aktivitelerini değerlendirip, hastanın gereksinimlerine ve fonksiyonel durumuna bağlı olarak bireysel

bir plan hazırlayarak bakım veren aile üyelerine rehberlik, danışmanlık ve eğitim vermelidir (Alankaya, 2019).

İnme sonrası süreçte karşılaşılan zorluklar motor fonksiyon kaybı, bilişsel ve duyuşsal bozukluklardır. Günlük yaşam aktivitelerinin devamlılığının sağlanması Maslow'un temel ihtiyaçlar hiyerarşi bağlamında ele alınabilir (Li ve ark., 2022). Maslow'un temel ihtiyaçlar hiyerarşine göre hastanın ilk etapta karşılanması gereken ihtiyaçları fizyolojik ihtiyaçlardır. Bu bağlamda inme geçirmiş hastanın öncelikle solunumunun sürdürülmesinin, yeterli beslenmesinin, boşaltımının, yeterli uyku ve hidrasyonunun sağlanması önemlidir. İnme geçirmiş hastanın bu ihtiyaçlarında bir bağımlılık durumu söz konusu ise fizyolojik gereksinimlerinin devamlılığı hemşire ve bakım veren aile üyeleri tarafından karşılanmalıdır. Sonrasında temel ihtiyaçlar hiyerarşinin ikinci basamağında yer alan güvenlik ihtiyacı sağlanmalıdır. İnme sonrası motor ve bilişsel fonksiyonlarda meydana gelen bozulmalar sebebi ile inme geçirmiş hastanın düşme riski, yer, zaman ve mekân algısının yitimine bağlı güvenliğini sağlayamama, beden ve sağlık algısının azalması ve kaybolmasına bağlı çevreye adaptasyonun azalması gibi sorunlara neden olabilmektedir. Bu durumda hastanın güvenliği ve çevreye adaptasyonu sağlanmalı ve sürdürülmelidir (Erol ve ark., 2016; Wang ve ark., 2023).

Güvenlik ihtiyacından sonra hastanın ait olma/sevgi ihtiyacı gelmektedir. Hastaya aile üyeleri tarafından bakım verilmesi ve gereksinimlerinin karşılanması temelde sevgi ve ait olma ihtiyacının büyük bir kısmını karşılamaktadır. Bu süreçte bakım veren kişilerin sevgi, ilgi ve istekle bakım vermesinin önemi büyüktür. Saygınlık ve kendini gerçekleştirme ihtiyacının giderilmesinde aile üyelerinin rolü ve olumlu tutumu oldukça önemlidir. Aile üyeleri, hastanın özgüvenini ve öz saygısını sürdürebilmesi için günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde yerine getirmesi yönünde destek vermelidir.

Bakım veren aile üyeleri hastanın yaşam içindeki rollerinin (anne, baba, eş, çocuk, vb.) devamlılığını sağlamada motive etmelidir (Acun ve ark., 2022; Wang ve ark., 2023).

İnme geçirmiş hastanın temel ihtiyaçlarının karşılanması ve günlük yaşam aktivitelerinin devamlılığının sağlanması önemlidir. Fakat esas önemli olan hastanın günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde yerine getirmesini sağlayabilmektir. Bu sebeple hastanın fonksiyonel kapasitesinin artırılması ve bağımsızlığının sağlanmasında inme sonrası rehabilitasyon gerekmektedir (Whitehead & Baalbergen, 2019).

İnme geçirmiş hastanın rehabilitasyon sürecinde aile üyelerinin sürece dahil olması ve hastasını desteklemesi gerekmektedir. Hastanın rehabilitasyon sürecindeki motivasyonu kısa sürede iyileşmesi ve sürece adaptasyonu açısından önemlidir. Yapılan bir araştırmada aile üyelerinin rehabilitasyon programlarına dahil olmasının hastaların tedavi süreçlerine katılımını ve sürekliliğini sağlamada etkili olduğu tespit edilmiştir (Utami ve ark., 2023). Başka bir araştırmada ise aile üyelerinin desteğinin inme geçiren hastalarının rehabilitasyon sürecini hızlandırdığı ve depresyon seviyelerinin azalttığı bulunmuştur (Yamanie ve ark., 2022).

2.3. Bakım Yüğü Kavramı

Yük, bir bakıcının bakım sağlama taleplerine verdiği tepki ve davranışlarla ilgili fiziksel, ekonomik, sosyal ve psikolojik sonuçlar olarak tanımlanmaktadır. Kişinin iyilik durumu, bakım verdiği hastanın durumu ve değişimlere sağladığı uyum ile çok boyutlu bir kavramdır (Suksatan ve ark., 2022).

Bakım yükü ise hasta bireye bakım veren kişilerde hasta bireyin bakımından kaynaklı olumsuz duygu ve algılanan strese karşı verilen çok boyutlu bir tepki olarak tanımlanmaktadır (Işıl & Yaşlı, 2016). Bakım yükü bakım verenlerin, fiziksel, psikolojik, duygusal ve fonksiyonel sağlığını tehdit eden bir süreçtir. Bakım yükü özellikle kronik hastalığı veya yetersizliği olan kişilerin uzun dönem bakımlarını üstlenen bakım veren

bireylerin zorlanması, gerilmesi, baskı hissetmesi ya da yük altına girmesi olarak da tanımlanmaktadır. Sürekli bakım vermek ve bakım verme sürecinde çevreden destek almamak fiziksel yorgunluğu sebep olur. Bu durum gün geçtikçe bakım verenin sağlığının bozulmasına yol açarak psikolojik sorunlara da sebep olur. (İnci ve ark., 2017). Bakım yükü öznel ve nesnel olarak iki boyutta ele alınır.

2.3.1. Öznel Yük

Bakım verenin bakım verme esnasında yaşadığı ve algıladığı durum ile ilişkili olarak ortaya çıkan tutum ve davranışlardır. Stres, suçluluk duygusu, utanç, keder gibi duygularla ortaya çıkabilir. Öznel yük soyuttur. Bakım verenin içinde bulunduğu durum nedeniyle duygularında ortaya çıkan değişiklikler, bu duruma karşı gösterdiği tutumlar ve duygusal tepkileri olarak tanımlanmaktadır. Hissedilen bu duygular stres, utanç duygusu, keder, sıkıntı, suçluk duygusu gibi duygulardır. Öznel yük soyut olduğu için nesnel yük kadar kolay anlaşılır ve belirlenebilir değildir (Bilgen ve ark., 2020; Özcan Yüce & Taşçı, 2020).

2.3.2. Nesnel Yük

Nesnel yük bakımın ortaya çıkardığı güçlükler ve olarak tanımlanmaktadır. Nesnel yük somuttur. Hastalığın ortaya çıkardığı zaman görülmektedir. Bu yük bakım verenin tüm işleri (yardım, kontrol, ödemeler), deneyimleri (aile ya da sosyal ilişkilerin bozulması) ve yapamadığı aktiviteleri (hobiler, kariyer, meslek) içermektedir. Nesnel yük bakım verenin ve ailenin yaşamındaki değişim ve engellenmeleri kapsamaktadır. Bakım verenin bakım verme nedeniyle yorulması, hastalığın neden olduğu ekonomik zorluklar, gelir kaybı, günlük yaşamdaki ve sosyal etkinliklerdeki kısıtlanmalar, ev ortamındaki gerginlik, aile rutinlerinin engellenmesi, bakım verenin fiziksel hastalığı gibi fiziksel sorun ve sıkıntılar, aileye getirdiği gözlenebilir, somut bedellerdir (García-Cantillo ve ark., 2022; Özcan Yüce & Taşçı, 2020)

2.4. Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükünü Etkileyen Güçlükler ve Diğer Faktörler

Bakım veren bireylerin bakım verme sürecinde yaşadıkları pek çok güçlük bulunmaktadır. Bu güçlükler fiziksel, duygusal ve ekonomik ve sosyal güçlükler olarak ele alınmaktadır.

2.4.1. Fiziksel Güçlükler

Bakım veren aile üyelerinde özellikle yorgunlukla paralel olarak uyku düzeninde bozulma başlamaktadır. Bunların beraberinde yemek yeme düzeninde bozulma, sindirim sistemi bozuklukları, iştahta değişim, baş ağrısı gibi şikâyetlerde artma görülebilir. Kişisel hijyen ve görünümüne özensizlik ve dikkat güçlüğü de yaşanan diğer problemler arasında yer almaktadır (Gao ve ark., 2019; Yıldız ve ark., 2016).

2.4.2. Duygusal Güçlükler

Bakım veren aile üyeleri hastalarına ayırdıkları bakım sürelerinin uzun olması ya da yalnız bırakılmaktan ve destek eksikliğinden dolayı fazlaca duygusal problemlerle baş etmek zorunda kalmaktadır. Bakım verenlerin yaşadığı duygusal güçlükler çoğunlukla bakım vermekte zorlanma, umutsuzluk, kızgınlık, suçluluk hissi, hayal kırıklığı, sosyal izolasyon, benlik saygısını kaybetme veya azalma, huzursuzluk, sosyal aktivitelerden uzaklaşma ve tükenmişlik hissidir (Kara ve ark., 2020; Öztürk, 2020).

2.4.3. Ekonomik ve Sosyal Güçlükler

Bakım veren aile üyeleri zamanlarının büyük bir kısmını bakım vermeye ayırdıkları için hastalarını istedikleri anda bırakıp dışarı çıkamamaktadır. Bakım veren aile üyesi eğer çalışıyorsa bu durum işe devam edebilme durumunu etkilemektedir. Özellikle bakım veren bireyler hastanın bakımını tek başına üstelenmişse işle ilgili yaşayacağı problemler de artacaktır. Genellikle bakım veren aile üyeleri iş saatlerinin azaltılması ve işten çıkarılma gibi durumlarla karşı karşıya kalmaktadır. Bunun

sonucunda ekonomik açıdan bir çıkmaza girilmekle beraber bakım verdiği kişinin de masraflarını karşılayamayacak duruma gelebilmektedir. Bu süreçte ekonomik zorluğun yanından gelecek endişesi, bıkkınlık, stres ve tükenmişlik gibi belirtiler de ortaya çıkmaktadır (Bradley, 2019; Öztürk, 2020).

Bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecinde yaşadıkları güçlüklerden bir diğeri de sosyal güçlüklerdir. Bakım veren aile üyeleri sosyal çevrelerinden uzaklaşma, arkadaş ve akraba ilişkilerinin azalması, kendi sosyal ihtiyaçlarından uzaklaşma ve bakım sürecinde diğer aile üyelerinden destek alamama gibi sosyal güçlükler yaşayabilmektedirler (Oni ve ark., 2019)

Bakım verme süreci bakım veren aile üyeleri için çeşitli güçlüklerle yol açmaktadır. Fakat bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları güçlükler her zaman aynı değildir. Bazı bakım veren bireyler daha az güçlük yaşarken bazıları daha fazla güçlük yaşayabilmektedir. Bu durumu etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır (Bilgehan & İnkaya, 2021; Erkuran & Altay, 2020).

Bakım veren aile üyelerinin yaşadığı güçlükleri etkileyen faktörleri şöyle sıralayabiliriz;

- Bakım verenin kişisel özellikleri (cinsiyeti, yaşı, çalışma durumu, eğitim düzeyleri)
- Bakım verenin ve hastanın karakteristik özellikleri
- Kendi sağlığına ilişkin algısı, dini inancı, etnik kökeni, bakım vermeye bakışı
- Kültürel düzeyi, sosyoekonomik durumu
- Daha önceden bakım verme tecrübesi
- Bakım verdiği kişi ile aynı/ayrı evi paylaşma durumu
- Hastanın ek hastalıkları
- Hasta ile bakım veren arasındaki yakınlık ilişkisi

- Bakım verirken sosyal, ekonomik ve fiziksel açıdan desteklenmesi
- Hastanın gelir durumu
- Hastanın bağımlılık/bağımsızlık düzeyi
- Bakım verme süresi
- Bakım verenlerin rol değişikliği
- Şehirde/kırsal kesimde yaşama durumu (Altay ve ark., 2018; Bilgehan & İnkaya, 2021; Işıksan, 2018).

2.5. Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Süreci ile İlgili Deneyimleri

Bakım verenler için uzun süre bakım verme; sağlığın devamlılığını sürdürme, psikolojik ve sosyo-ekonomik durum gibi göstergeleri etkileyen bir süreçtir. Bakım veren aile üyelerinin en çok zorlandıkları durum ise fiziksel gereksinimlerinin ve sağlık durumlarının devamlılığını sağlamaktır. Çünkü öncelikler fiziksel ihtiyaçların karşılanmaması sağlık durumunun bozulmasına ve bakım yükünün artmasında neden olmaktadır. Bu konu ile ilgili yapılan araştırmalar ise bakım veren aile üyelerinin, bakım sürecinde fiziksel gereksinimlerini karşılayamaması dolayısıyla sağlık sorunları yaşadığı ve bakım yüklerinin arttığını kanıtlar niteliktedir (Freytes ve ark., 2021; Gertrude ve ark., 2019)

Bakım veren aile üyelerin bakım süreci ile ilgili algıları üzerine yapılan araştırmalarda ise katılımcıların yeni rolleri dolayısıyla stres hissettikleri ve artan iş yükleri nedeniyle rutinlerinin bozulduğuna dair ifadeler kullandıkları görülmüştür (Gertrude ve ark., 2019; Masuku ve ark., 2018). Yapılan başka bir araştırmada ise bakım veren aile üyelerinin fiziksel ve psikososyal durumlarının bakım verme rolünden etkilendiğine, yaşam tarzları, rutinleri ve yaşam durumlarının olumsuz yönde etkilendiğine dair duygularını ifade ettikleri görülmüştür. Bunun yanında kendilerini aşırı iş yükü altında olduklarını hissettikleri, aile içi ilişkilerinin bozulduğunu, sırt, boyun,

bacaklarında ağrı problemleri yaşadıklarını ve mali durumlarının kötüye gittiğini belirten ifadelerde bulunmuşlardır (Wagachchige Muthucumarana ve ark., 2018).

2.6. Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü Üzerinde Hemşirenin Rolü

Hemşireler için her birey özeldir ve her bireyin duygu durumu, kendini ifade ediş şekli, iletişim kurma becerileri farklıdır. Hemşirelik bakımının bireye özgü olması, hemşirenin bireyi bir bütün olarak ele almasından kaynaklanmaktadır. Bu bağlamda hemşire hastayı ele alırken yaşadığı çevresi, alışkanlıkları, rolleri, bakım veren aile üyeleri ve diğer bakım verenleri ile bir bütün olarak değerlendirmektedir (Chen & Qiu, 2023; Pentecost ve ark., 2020).

Bilişsel, duyuşsal ve psikomotor becerilerin önemli ölçüde etkilendiği akut gelişen fakat kronik seyredabilen bir hastalık olan inmede, hasta ve hastaya bakım veren kişiler aniden beklemedikleri bir sürecin içine dahil olmak zorunda kalırlar. Bu süreçte hemşirelerin rolü oldukça önemlidir. Çünkü hastayı ve bakım veren aile üyelerini ani gelişen bu sürece hazırlamak, onlara güç vermek, bilgi eksikliklerini gidermek, motive etmek, hastanın tedavi ve bakımlarını devam ettirmek, en erken sürede rehabilitasyonunu sağlamak ve bakım veren aile üyelerinin gereksinimlerini belirlemek ve desteklemek öncelikli olarak hemşirenin sorumluluğundadır (Meng ve ark., 2020).

Çağdaş hemşirelik rolleri rehberliğinde inme geçirmiş hastaya verilen hemşirelik bakımı temelde hastanın günlük yaşam aktivitelerini devam ettirmesini sağlamayı ve bağımsızlığını en üst düzeye çıkarmayı içermektedir. Hemşire hastanın sağlığını korumayı ve sürdürmeyi amaçlamanın yanı sıra, bakım veren aile üyelerinin veya diğer bakım verenlerin yaşam kalitesini artırmayı ve bakım verme sürecine bağlı olarak gelişen bakım yükü ve diğer sorunlarla baş edebilmelerini sağlamayı amaçlayarak eğitim ve danışmanlık yapmalıdır. (Duruk, 2021). Yapılan pek çok araştırmada hemşirelerin bakım veren bireylere eğitim, danışmanlık ve bakım konusunda rehberlik etmelerinin bakım

verenlerin anksiyete ve stres düzeylerini azalttığı, yetkinlik düzeylerini, yaşam kalitelerini, memnuniyetlerini arttığı ve bakım yüklerini azalttığı sonucuna varılmıştır (Becqué ve ark., 2019; Hall ve ark., 2019; Holm ve ark., 2016; Luker ve ark., 2015)

Hemşire temel hemşirelik rolleri arasında önemli bir yere sahip olan eğitici ve danışmanlık rolü ile bakım veren aile üyelerinin refahını ve adaptasyonunu en yüksek seviyeye taşımayı hedeflemelidir. Hemşirenin eğitici rolü birey, aile ve toplum sağlığını korumaya, geliştirmeye, hastalık durumunda iyileştirmeye ve uygun sağlık davranışı kazandırmaya yönelik planlı biçimde eğitim verme uygulamalarını kapsamaktadır. Danışmanlık rolü ise eğitici rolüyle yakın ilişkili olmakla beraber, hasta ve ailesine hastalıkla ilgili farkındalık sağlayarak hastalıkla ilgili gerekli bilgilendirmeyi yapma, hastalığın ortaya çıkarttığı sorunlar ile baş etmeye destek olacak kaynaklar konusunda farkındalık yaratma, kaynakların kullanımı için destekleme gibi konularda danışmanlık vermektedir (Gedük, 2018).

Hemşirenin inme geçirmiş bir hastaya bakım veren aile üyelerine eğitim ve danışmanlık yapabilmesi için hastanın mevcut ve gelecekteki durumunu ve bakım veren aile üyelerinin fiziksel, sosyal, ekonomik ve psikolojik açıdan ayrıntılı olarak değerlendirmesi gerekmektedir (Yang ve ark., 2019). Bakım veren aile üyelerinin bakım yüklerinin azaltılmasında hemşirenin rolü önemlidir. Bakım veren aile üyeleri fiziksel, sosyal, ekonomik ve duygusal olarak bakımının getirdiği yükleri ve bu sürecin sorumluluğu ile baş etmeye yeterince hazırlıklı olamamaktadır. Bu doğrultuda duygusal, fiziksel, sosyal ve ekonomik açıdan pek çok sıkıntı yaşamaktadırlar.

Bakım verenlerin konumu 'destek veren' ama aynı zamanda 'desteğe ihtiyaç duyan' olarak görülmektedir. Hemşire bakım verme süreci içinde bulunan bakım verenleri bireysel olarak değerlendirip bilgi eksikliklerini, bakıma hazır bulunuşluklarını, bakım yükünün zorlukları karşısında baş etme mekanizmalarını, stres ve anksiyete düzeylerini,

sağlık düzeylerini değerlendirerek gereksinimlerini belirlemeli ve bu doğrultuda eğitim, rehberlik ve danışmanlık sağlamalıdır (Becqu  ve ark., 2021).



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma inme geçirmiş hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yüklerinin ve bakım yüklerine yönelik duygu ve algılarının incelenmesi amacıyla nicel ve nitel araştırma yöntemlerini içeren karma yöntem araştırması olarak yürütüldü. Karma yöntem araştırma desenlerinden yakınsayan paralel desene dayalı olarak gerçekleştirildi (Creswell & Clark, 2007).

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 05.10.2022-28.11.2023 tarihleri arasında yürütüldü. Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi nöroloji, palyatif ve fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniklerinde tedavi gören inme geçirmiş hastalara bakım veren aile üyeleri ile gerçekleştirildi.

Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi 13 Şubat 1966 tarihinden bu yana hizmet vermekte olan 1419 yatak kapasitesine sahip bir sağlık kuruluşudur. Nöroloji kliniği bayan ve erkek olmak üzere iki ayrı klinik şeklinde hizmet vermektedir. Bayan kliniğinin içinde yer alan inme kliniği ile inme geçirmiş hastalara ve günü birlik tedavi ünitesi ile ayaktan tedavi gören hastalara bakım ve tedavi hizmeti sunmaktadır. Nöroloji kliniği 8 hemşire, 22 hekim, 2 temizlik ve destek hizmetler personeli ile hizmet vermektedir. Klinik 44 yatak kapasiteli olup klinikte 1 hemşire dinlenme odası, 1 hekim dinlenme odası, 1 çok amaçlı oda, 1 girişim ve muayene odası, 1 adet öğrenciler için eğitim odası, mevcuttur.

Palyatif kliniği 7 hemşire, 52 hekim, 2 temizlik ve destek hizmetler personeli ile hizmet vermektedir. Klinik 29 yatak kapasiteli olup klinikte 1 hemşire dinlenme odası, 1 hekim dinlenme odası, 1 çok amaçlı oda, 1 girişim ve muayene odası, 1 adet öğrenciler için eğitim odası, mevcuttur.

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon kliniği 6 hemşire, 27 akademik personel ve 2 temizlik ve destek hizmetler personeli ile hizmet vermektedir. Klinik 40 yatak kapasiteli olup, erkek ve kadınlar için ayaktan fizik tedavi üniteleri ve rehabilitasyon ünitelerinde romatoloji, algoloji ve spor hekimliği bilim dalları ile birlikte hizmet verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinde nöroloji, palyatif ve fizik tedavi ve rehabilitasyon servislerinde yatan inme geçirmiş bireylere bakım veren aile üyeleri oluşturdu. Örneklem seçimine gidilmemiş olup, ilgili tarihlerde araştırmaya katılmaya gönüllü olan tüm bakım vericiler örnekleme dahil edilmiştir. Araştırmanın sonuçlarının güvenilir olmasına ve istatistiksel analizin yapılabilmesine yetecek bir örneklem büyüklüğüne ulaşmak için araştırmanın nicel verilerinde araştırmaya dahil edilecek örneklem büyüklüğü G-Power programında hesaplandı. Araştırmada örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için G-Power 3.1.9.4 programındaki priori güç analizi kullanıldı. Priori güç analizi için, konu ile ilgili yapılan çalışmalardan Kargı'nın (2022) çalışmasındaki bakım yükü puan ortalamalarının (29.66 ± 9.54 ; 35.36 ± 7.10) bağımsız gruplarda t testine göre karşılaştırması dikkate alınarak etki büyüklüğü .67 bulundu (Kargı, 2022). Bu sonuç doğrultusunda, bu araştırmada etki büyüklüğü 0.67 alındığında, güven aralığı %95 (Erdfelder ve ark., 2014), anlamlılık düzeyi 0.05 (Erdfelder ve ark., 2014) ve gücü 0.95 (Çapık, 2014) olduğunda araştırmaya alınması gereken minimum bakım veren sayısının 116 olduğu belirlendi (Çapık, 2014; Erdfelder ve ark., 2014) (EK-11). Bu çalışma için %10'luk veri kaybı olma ihtimali (Kazemi ve ark., 2021) dikkate alınarak 128 bakım verenden oluşan bir örneklem büyüklüğü ile son şekli verilmiştir. Araştırmada belirtilen tarihler arasında 327 bakım verene ulaşıldı. Bakım verenlerden 108'i araştırma kriterlerine uymadığı ve 91'i araştırmaya katılmak

istemediği için toplam 128 bakım veren aile üyesi araştırmanın örneklemini oluşturdu (Şekil 3.1).

Araştırmanın nitel verileri için örneklem büyüklüğünde, araştırmaya katkı sağlayacak güçte olabilmesi için gerekli kişi sayısı 20-40 olarak belirtilmektedir. Ancak veri toplama sürecinde tekrarlayan yanıtların olduğu araştırmacı tarafından tespit edilip veri doygunluğuna ulaşıncaya kadar veri toplama sonlandırılabilir (Erdoğan ve ark., 2014). Araştırmanın nitel aşamasında örnekleme yöntemi olarak ölçüt örnekleme yöntemi kullanıldı. Ölçüt örnekleme yönetiminde araştırmacılar belirli kriterleri karşılayan ölçütleri kullanabilir (Johnson & Christensen, 2014; Yıldırım & Şimşek, 2021). Nitel veriler, nicel verilerin toplandığı inme geçirmiş hastalara bakım veren aile üyelerinden görüşmelere katılmayı kabul eden ve nitel araştırma katılma kriterlerine (ölçütlerine) sahip olan bakım veren aile üyelerinden toplandı. Araştırmada nicel katılımcılar içerisinde nitel araştırmanın ölçüt örnekleme kriterlerine uyan katılımcılar ile nitel görüşmeler gerçekleştirildi. Yeterli veri doygunluğuna ulaşıldığı için araştırmanın nitel bölümü 21 bakım veren aile üyesi ile sonlandırıldı.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmanın nicel bölümü için dahil edilme kriterlerinde bakım veren aile üyelerinden en az 4 aydır bakım veriyor olma şartı arandı. Yapılan literatür taramasında bu kriterin 1 ay (Çelik & Kara, 2019; Fadilah & Rahariyani, 2019; Selçuk & Avcı, 2016) ile 4 ay (Gertrude ve ark., 2019; Kavga ve ark., 2021) arasında değişiklik gösterdiği tespit edildi.

Araştırmanın nitel bölümünde ise bakım veren aile üyelerinin bakım yükü, duygular ve algılarını daha derinlemesine incelemek için bakım verdikleri hastaların Barthel İndeksi puanı 0-20 puan (Tamamen bağımlı), 21-61 puan (İleri derecede bağımlı) ve 62-90 puan (Orta derecede bağımlı) olanlar araştırmaya dahil edildi.

3.4.1. Modifiye Barthel İndeksi

Mahoney ve Barthel tarafından 1965 yılında geliştirilen Barthel indeksi ile hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyi belirlenmektedir (Mahoney & Barthel, 1965). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği, 2000 yılında Küçükdeveci ve ark. tarafından nöroloji hastaları ile yapılmıştır (EK-5). Buna göre Barthel indeksinin iç tutarlılığı 0.93, Kapa yeterlilik düzeyi 0.5'in üzerinde bulunurken, sınıf içi korelasyon katsayısı ise 0.99, Cronbach's alpha değeri 0.93 olarak bulunmuştur. Bu araştırma için Cronbach's alpha değeri ise 0.89 bulundu.

Barthel indeksi hastaların yapabildikleri günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme düzeylerini belirlemek ve fonksiyonel kapasiteyi ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Transfer, ambulasyon, merdiven inip çıkma, beslenme, giyinme, kişisel bakım, banyo yapma, tuvalet kullanımı, idrar inkontinansı ve gaita inkontinansı olmak üzere toplam on maddeden oluşmaktadır. Bu on maddenin her birinde günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme düzeyini belirleyen beş madde bulunmaktadır. Barthel indeksi puanları 0-100 arasında değişmektedir. Alınan 0 puan tam bağımlılığı, 100 puan ise bağımsızlığı anlatır. Barthel indeksinin kullanıldığı çalışmalarda 60 puan sınır olarak alınmış olup, 60'ın üzerindeki puanlar bağımsız olarak aktivite yapabilmeyi göstermektedir. Puanlama; 0-20 puan tamamen bağımlı, 21-61 puan ileri derecede bağımlı, 62-90 puan, orta derecede bağımlı, 91-99 puan, hafif derecede bağımlı, 100 puan, bağımsızlığı açıklamaktadır (Küçükdeveci ve ark., 2000; Tuncay & Mollaoglu, 2006). Bu durum Tablo 3.1'de gösterilmiştir.

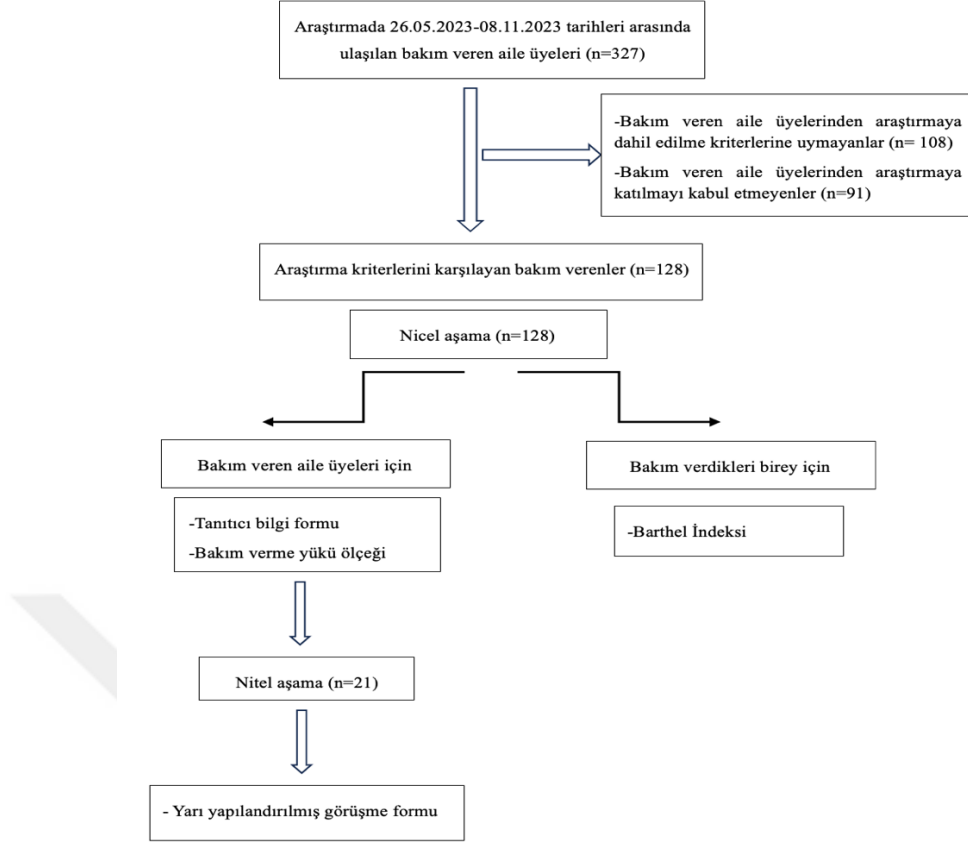
Tablo 3.1. Barthel İndeksi değerlendirme yöntemi

Puan	Bağımlılık seviyesi
0-20	Tamamen bağımlı
21-61	İleri derecede bağımlı
62-90	Orta derecede bağımlı
91-99	Hafif derecede bağımlı
100	Tam bağımsız

Karma araştırma yöntemlerinde nitel olarak seçilecek örnekleme belirli ölçütler belirlenmektedir. Nitel araştırmaya dahil edilecek örneklem nicel olarak belirlenen dahil edilme kriterlerinin yanında daha derinlemesine bir araştırma yapabilmek adına belirli ölçütler dahilince nicel araştırma örnekleminin içinden seçilebilmektedir (Koralay, 2021; Tütüncü, 2022).

Araştırmanın Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş ve üzerinde olmak
- Hastanın birinci derece yakını olmak (Eş veya çocuk)
- Hastayla birlikte yaşıyor olmak (Kavga ve ark., 2021).
- En az 4 aydır inme geçirmiş bir hastaya bakım veriyor olmak
- Sözel iletişimi engelleyen bir durumu olmamak
- Tanılanmış psikiyatrik problemi olmamak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- Barthel İndeksi puanı 0-20 (Tamamen bağımlı), 21-61 (İleri derecede bağımlı) veya 62-90 (Orta derecede bağımlı) olan hastalara bakım veren aile üyeleri (Araştırmanın nitel kısmına dahil edilecek katılımcılar için)



Şekil 3.1. Araştırma akış şeması

3.5. Veri Toplama Araçları ve Özellikleri

Veri toplama araçları olarak 15 sorudan oluşan “Bakım veren aile üyeleri için tanıtıcı bilgi formu” (EK-4) ve “Bakım Verme Yükü Ölçeği” (EK-6) kullanıldı. Derinlemesine görüşmeler için hazırlanmış açık uçlu sorular (EK-7) kullanıldı. Derinlemesine görüşmelerin kayıt altına alınması için bir ses kayıt cihazı kullanıldı.

3.5.1. Nicel Veri Toplama Araçları

3.5.1.1. Bakım Verme Yükü Ölçeği (EK-6)

1980 yılında Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından geliştirilen Bakım Verme Yükü Ölçeği, bakım gereksinimi olan kişiye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi ölçme amacıyla kullanılan bir ölçektir. Ölçek, bakım vericiler ya da çalışmacının kendisi tarafından sorularak doldurulur. 22 ifadeden oluşarak, bakım vermenin kişinin üzerindeki etkisini gösterir. Ölçek asla, nadiren, bazen, sık sık, ya da hemen her zaman şeklinde

0'dan 4'e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Çalışmalarda ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği 0.71, iç tutarlılık katsayısı ise; 0.87 ile 0.94 arasında bulunmuştur. Ölçekten en fazla 88, en az 0 puan kazanılabilmektedir. Ölçekte yer alan ifadeler çoğunlukla emosyonel ve sosyal alanlara yöneliktir. Ölçekten kazanılan puanın yüksek olması, kişinin yaşadığı problemin yüksek olduğunu gösterir. Puanlamada 0-20 puan: "bakım yükü yok", 21- 40 puan: "hafif bakım yükü", 41-60 puan: "orta düzeyde bakım yükü", 61-88 puan ise "ağır bakım yükü" olarak belirlenmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliliği 2008 yılında İnci ve Erdem tarafından yapılmıştır (İnci & Erdem, 2006). Bu araştırma için ölçeğin Cronbach's alpha değeri 0.88 bulundu.

3.5.2. Nitel Veri Toplama Araçları

3.5.2.1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (EK-7)

Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatür araştırmaları (Er & Yıldırım, 2019; İnci & Temel, 2016; Kokorelias ve ark., 2020) sonucu oluşturulmuş olan yarı yapılandırılmış 5 açık uçlu sorunun ve 2 sonda sorunun bulunduğu bir form kullanıldı (EK-7) (Er & Yıldırım, 2019; İnci & Temel, 2016; Kokorelias ve ark., 2020; Mollaoğlu ve ark., 2011). Sonda soru katılımcının verdiği cevapları derinlemesine anlamak, sorduğunuz ana soruya daha ayrıntılı ve açıklayıcı bir şekilde yanıt almak için araştırmacı tarafından sorulan ek bir sorudur. Bu tür sorular, katılımcının düşüncelerini, duygularını ve deneyimlerini daha geniş bir şekilde ifade etmesine yardımcı olmaktadır (Yıldırım & şimşek, 2021).

Form soruları 3 pilot uygulama sonrası yeniden düzenlendi. Sonrasında 8 adet uzmanın görüş (EK-9) ve nerileri doğrultusunda formun son hali verildi.

3.5.2.2. Ses Kayıt Cihazı

Odak grup görüşmesinde, verileri kayıt altına almak amacıyla Kingboss dijital ses kayıt cihazı kullanıldı. Cihaz 8 GB dahili belleğe ve 650 saate kadar kayıt yapabilme

özelliğine sahiptir. Kalem büyüklüğünde, portatif ve şarj edilebilir özelliktedir. MP3, WMA, ASF, and WAV ses dosyası formatlarını desteklemektedir. Jacklı özel kulaklık yeri bulunmakta ve kulaklığın bir ucu kulaklık olarak kullanılabilirken diğer ucu mikrofon olarak kullanılabilir. Böylece aynı zamanda hem ses kaydı hem de kaydedilen sesi dinleme imkânı sağlar. Uzun menzilli ses kayıt imkânı ile 5 metreye kadar kusursuz ses kaydı yapar. Cihaza kaydedilen sesler mikro USB kablosu ile bilgisayara aktarılabilir (Şekil 3.2)



Şekil 3.2. Ses kayıt cihazı

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler Mayıs 2023- Kasım 2023 tarihleri arasında araştırmacı tarafından toplandı. Kurum izni alındıktan sonra ilgili kurumun nöroloji, palyatif ve fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniklerinde yatarak tedavi gören inme geçirmiş hastalara bakım veren aile üyelerinden toplandı. Veriler toplanmadan önce araştırmanın amacı ve veri toplama yöntemleri hakkında bilgi verildikten sonra katılımcıların sözlü ve yazılı onamları alındı (EK-10).

Veriler karma araştırma yöntemlerinden yakınsayan paralel desene uygun olarak nicel ve nitel veri toplama yöntemlerine uygun olarak toplandı. Yakınsayan paralelde desenin amacı, araştırma problemini en iyi şekilde anlamak için aynı konu üzerinde farklı

fakat birbirini tamamlayıcı veri toplamaktır. Nicel ve nitel veriler eş zamanlı olarak toplanmaktadır. Bu desenin kullanılmasındaki amaç nicel yöntemlerle nitel yöntemlerin farklılaşan güçleri ve örtüşmeyen zayıflıklarını bir araya getirmektir. Bu araştırmada yakınsayan paralel desen seçilmesinin amacı ise nicel verilerle elde edilen ölçümlerin nitel verilerle desteklenmesi ve doğrulanmasıdır (Creswell & Clark, 2007; Teddlie & Tashakkori, 2015; Tekindal, 2021).

Araştırmanın nicel verileri hazırlanan anket formu eşliğinde bizzat araştırmacı (S.Ö) tarafından yüz yüze toplandı. Anket formu bakım veren aile üyeleri tarafından dolduruldu. Anlaşılmayan sorular katılımcıya tek tek açıklandı, formu eksiksiz ve doğru bir şekilde doldurması sağlandı. Nicel verilerin toplanma süresi yaklaşık 5-10 dakika sürdü.

Araştırmanın nitel bölümü ise tanımlayıcı fenomenoloji (olgu bilim) desene dayalı olarak gerçekleştirildi. Fenomenolojik çalışmalarda genellikle belli bir olguya ilişkin bireysel algıların veya perspektiflerin ortaya çıkarılması, olaya veya duruma yüklenilen anlamların değerlendirilmesi ve yorumlanması amaçlanmaktadır (Johnson & Christensen, 2014; Yıldırım & Şimşek, 2021).

Fenomenoloji araştırmalarında başlıca veri toplama aracı görüşmedir. Bu araştırmada veriler yarı yapılandırılmış görüşme tekniği ile derinlemesine görüşmeler yaparak toplandı. Yarı yapılandırılmış görüşme tekniği, yapılandırılmış görüşme tekniğinden biraz daha esnek bir yapıya sahiptir. Bu teknikte, araştırmacı önceden sormayı planladığı soruları içeren görüşme sorularını hazırlar. Buna karşın araştırmacı görüşmenin akışına bağlı olarak değişik yan ya da alt sorularla görüşmenin akışını etkileyebilir ve kişinin yanıtlarını açmasını ve ayrıntılı yanıtlar vermesini sağlayabilir. Derinlemesine görüşme tekniğinde ise katılımcının belirli bir deneyimi, duygu, inancı veya motivasyonu hakkında daha ayrıntılı olarak bilgi almayı sağlayan bir yöntemdir. Bu

yöntemde araştırmacı, görüşme sırasında yeni sorular sorma veya konu üzerinde daha fazla derinleşme özgürlüğüne sahiptir. Katılımcının konuyla ilgili esas görüşünü anlamlandırmak için açık uçlu sorularak daha derin ve detaylı bilgi elde edilir (Gürbüz & Şahin, 2014; Yıldırım & Şimşek, 2021).

Araştırma verilerini toplayan araştırmacı (S.Ö) bayan doktora öğrencisidir. Daha önce nitel araştırma ile ilgili ders almış ayrıca bir nitel araştırma kursuna katılıp sertifika almıştır. Araştırmanın nitel verileri bizzat araştırmacı tarafından inme geçirmiş hastalara bakım veren aile üyeleri ile yüz yüze derinlemesine görüşmeler yoluyla toplandı. Yapılan görüşmeler 10-27 dakika sürdü ve ses kayıt cihazına kaydedildi. Ses kayıt cihazı katılımcının sesini net olarak alabilecek bir mesafeye ve katılımcının görebileceği bir yere konuldu. Yapılan görüşmeler her bir katılımcıya kod adı (K1, K2, ...K7) verilerek bilgisayar ortamına aktarıldı.

3.6.1. Katılımcılarla Görüşme Yapılan Yerin Özellikleri

Araştırmanın nicel ve nitel verilerinin elde edilmesi için hasta güvenliği ve rahatı sağlandıktan ve düşme riski olan hastalar için bir hemşire veya öğrenci hemşire tarafından gözetim altında tutulması sağlanacak şekilde önlem alındıktan sonra bakım veren aile üyesi ile hastanın olmadığı sessiz ve rahat konuşabileceği bir ortama geçildi. Çünkü katılımcının nicel ve nitel görüşmeler esnasında vereceği cevapların hastayı olumsuz etkilemesi ve sorulara cevap verdiği sırada yaşayacakları duygu yoğunluğundan hastaların olumsuz etkilenmesi muhtemeldir. Bu sebeple nitel görüşmeler sırasında hasta için uygun ortam sağlanıp, bakım veren aile üyesi hasta yanından ayrıldıktan sonra görüşmeler gerçekteştirildi.

Görüşmeler klinik içinde bulunan hemşire odası veya çok amaçlı odada gerçekteştirildi. Bu odalarda görüşme yapılacak saat dilimleri odaların kullanılmadığı zamanlara denk gelecek şekilde ayarlandı. Görüşmeler odaların kapısı kapatılarak ve içeri

giriş çıkışların olmaması sağlanarak yapıldı. Verilerin toplanması için seçilen mekanlar yeterli ısı, ışık ve havalandırmaya sahip, sessiz ortamlardı. Araştırmacı ve katılımcının karşılıklı oturarak görüşme yapabileceği kanepe veya sandalye bulunuyordu. Görüşmeler sırasında ortamda sadece araştırmacı ve katılımcı vardı.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

3.7.1. Nicel Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen nicel veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 23 paket programı kullanılarak analiz edildi. Tanımlayıcı özelliklere ilişkin verilerin değerlendirilmesinde frekans, yüzde hesapları, ortalama ve standart sapma değerleri kullanıldı. Değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığını belirlemek için Kolmogorov Smirnov testi, histogram ve Q-Q grafik kullanıldı. Ayrıca, normal dağılıma uygunluk için Skewness ve Kurtosis değerleri (-1,5 ile +1,5) değerlendirildi. Verilerin normal dağılım gösterdiği belirlendi ve parametrik testler kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelikler, ortalamalar, One Way Anova ve Independent Sample t Testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alındı (Bursal, 2018).

3.7.2. Nitel Verilerin Değerlendirilmesi

Yarı yapılandırılmış soru formunun hazırlanma aşamasında derinlemesine görüşme yöntemiyle yapılan 3 pilot görüşme verileri araştırma bulgularına dahil edilmedi. 3 pilot veri sadece görüşme formunun hazırlanması ve geliştirilmesi için kullanıldı.

Araştırma tasarımına karar verildikten sonra niteliksel araştırmaların raporlanması için hazırlanmış olan COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) Cheklist rehberliğinde toplanan veriler analiz edildi (Tong ve ark., 2007) (EK-13). Nitel verilerin analizi içerik analizi yöntemi kullanılarak yapıldı. Veri çözümlenmesi araştırmacılardan birisi tarafından (S.Ö.) elde kodlama ile gerçekleştirildi. Kodlanan

veriler excel programına aktarıldıktan sonra tablo haline getirildi ve alt tema ve temalar oluşturuldu. Daha sonra Atatürk Üniversitesi Kazım Karabekir Eğitim Fakültesinde öğretim üyesi olan, Karma ve Nitel Araştırma yöntemlerinde yetkin olan Prof. Dr. Osman Samancı tarafından ikinci bir uzman görüşü alındıktan sonra tema, alt tema ve kodlara son hali verildi.

Derinlemesine görüşmeler tamamlandıktan sonra ses kayıt cihazına kaydedilen görüşmeler kod adları ile birlikte bilgisayar ortamına aktarıldı. Daha sonra araştırmacı tarafından yazılı metne dönüştürüldü. Yazılı metinler içerik analizi yöntemi ile 4 aşamada analiz edildi (Yıldırım & Şimşek, 2021);

- Aşama: Verilerin kodlanması: Görüşmelerin her bir sorusundan elde edilen bilgiler incelenerek anlamlı bir bütün oluşturan bölümlere ayrıldı. Bu bölümlerden tek tek kodlar oluşturuldu.
- Aşama: Temaların oluşturulması: Elde edilen kodlar bir araya getirilerek incelendi. Bu kodlar arasındaki ortak yönler bulunmaya çalışıldı. Kapsam ve derinliğine göre kategorize edilen kodlardan yola çıkarak temalar oluşturuldu.
- Aşama: Kodlara ve temalara göre verilerin düzenlenmesi: Veriler ilişkili bir şekilde düzenlendi ve böylece belirli olgulara göre verilerin tanımlanması ve yorumlanması daha kolay hale geldi. Bu tanımlamalara ise bulgulara yer verildi.
- Aşama: Bulguların yorumlanması: Verilerden yola çıkılarak tanımlanan bulgular olduğu gibi yüzdeleri ile sunulduktan sonra, her bulgunun sonunda araştırmacının yorum ve görüşlerine yer verildi.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi amacıyla Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu'ndan 2022-10/4 sayılı ve 05.10.2022 tarihli etik kurul onayı alındı

(EK-2). Etik kurul onayı alındıktan sonra Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinden kurum izni alındı (EK-3). Araştırmada kullanılacak ölçek formlarının kullanımına yönelik gerekli izinler alındı (EK-8). Araştırmaya dahil edilme kriterlerine sahip olan bakım veren aile üyelerinden araştırmanın amacının ve yönteminin açıklandığı “Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur Formu” ile yazılı onamları alındı (EK-10). Katılımcılara, söz konusu verilerin araştırma dışında kullanılmayacağı ve diledikleri zaman araştırmadan ayrılacakları bilgisi verildi. Araştırma insandan elde edilen verilerin kullanımına dayalı olduğundan bu nedenle de kişisel hakların gözetilmesi gerekliliğinden ötürü konuyla alakalı etik prensiplerden “Bilgilendirilmiş Onam”, “Gönüllülük” ve “Gizliliğin Korunması” İlkelerine uyuldu. Araştırmada katılımcıların ses kayıtlarına dair verilerin güvenli depolama ile sadece araştırmacının ulaşabileceği şekilde şifreli dosya halinde saklanmaktadır. Araştırmada bireysel hakların korunması gerektiğinden araştırma süresince İnsan Hakları Helsinki Deklarasyonu’na sadık kalındı.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri

Araştırma, araştırmanın gerçekleştirileceği kurumdaki verilerin toplanacağı zaman diliminde nöroloji, palyatif ve fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniğinde yatan inme geçirmiş hastalara bakım veren aile üyeleri ile sınırlıdır. Bu yüzden araştırma sonuçları tüm inme geçirmiş hastalara bakım veren aile üyelerine genellenemez. Ayrıca araştırmanın bir tez çalışması olması nedeniyle süre zaman sınırlılığı bulunmaktadır.

Bu araştırma toplumu ilgilendiren önemli bir hastalık olan inmeye ilgili bakım yüküne dair bir konuyu ele alması bağlamında toplumsal etkisinin yüksek olması açısından, inme geçiren hastalara bakım veren aile üyelerinin duygu ve algıları üzerine yeni ve önemli bilgiler sağlayabilmesi açısından güçlü yönleri bulunmaktadır.

4. BULGULAR

İnme geçirmiş hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükünü değerlendirmek için yapılan araştırmanın nicel ve nitel bulguları aşağıda yer almaktadır.

4.1. Nicel Bulgular

Tablo 4.1. Bakım veren aile üyelerinin demografik özelliklerinin dağılımı

Özellikler	Değişkenler		
Yaş (yıl) ort $\pm$ ss (min-maks)		43.02 $\pm$ 13.85 (18-85)	
		n	%
Cinsiyet	Kadın	79	61.7
	Erkek	49	38.3
Medeni durum	Evli	96	75
	Bekar	32	25
Çocuk sayısı	Yok	39	30.5
	1-2	45	35.2
	3-4	36	28.1
	5 ve üstü	8	6.3
Eğitim durumu	Okuryazar değil	14	10.9
	İlköğretim	38	29.7
	Orta öğretim	45	35.2
	Üniversite	31	24.2
Meslek	Memur	28	21.9
	İşçi	20	15.6
	Ev hanımı	58	45.3
	Diğer (öğrenci, serbest meslek, emekli, akademisyen)	22	17.2
Gelir düzeyi	Gelir giderden fazla	3	2.3
	Gelir gidere eşit	55	43
	Gelir giderden az	70	54.7
Yakınlık derecesi	Eş	45	35.2
	Çocuk	83	64.8
Bakım deneyimi	Yok	101	78.9
	Var	27	21.1
Başka bir kişiden bakım için destek alma	Var (eş, çocuk, anne, baba)	95	74.2
	Yok	33	25.8
Bakım verdiği süre	5-11 ay	56	43.8
	1-4 yıl	62	48.4
	5 yıl ve üzeri	10	7.8
Toplam		128	100

Bakım veren aile üyelerinin yaş ortalamaları 43.02 ± 13.85 yıldır. Bakım veren aile üyelerinin demografik özellikleri incelendiğinde %61.7'i kadın, %75'i evli, %35.2'si 1-2 çocuk sahibi, %35.2'si ortaöğretim mezunu, %45.3'ü ev hanımı ve %54.7'sinin geliri giderlerinden azdır. Bakım veren aile üyelerinin %64.8'i bakım verdiği kişinin çocuğu iken %78.9'nun daha önceden bakım deneyimi bulunmamakta, %74.2'i başka bir kişiden bakım için destek almakta ve %48.4'ü 1-4 yıldır hastasına bakım vermektedir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. İnme geçirmiş bireylerin demografik özelliklerinin dağılımı

Özellikler	Değişkenler	n	%	
İnme geçirmiş bireyin sağlık güvencesi	Var	84	65.6	
	Yok	44	34.4	
İnme geçirmiş bireyin kronik hastalığı	Hipertansiyon	37	28.9	
	Diyabet	9	7	
	Kanser	4	3.1	
	Yok	78	60.9	
Pleji türü	Monopleji	12	9.4	
	Hemipleji	66	51.6	
	Parapleji	8	6.3	
	Kuadripleji	42	32.8	
Etkilenen diğer bölgeler	Yutma güçlüğü	Var	48	37.5
		Yok	80	62.5
	Konuşma Güçlüğü	Var	83	64.8
		Yok	45	35.2
	Hafıza	Etkilendi	73	57
		Etkilenmedi	55	43
Toplam		128	100	

İnme geçirmiş bireylerin %65.6'nın sağlık güvencesi bulunmakta, %60.9'nun inme geçirmeden önce herhangi bir kronik hastalığı bulunmamaktadır. İnme geçirdikten sonra hastaların %51.6'sında en çok hemiplejinin görüldüğü, %62.5'nin yutma güçlüğü yaşamadığı, %64.8'nin konuşma güçlüğü yaşadığı ve %57'sinin ise hafızasının etkilendiği sonucuna varıldı (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükü ölçeği puan ortalaması

Bakım Verme Yükü Ölçeği	X ± SS	Min-Max	Madde sayısı
	61.32±13.57	24-88	22

Bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükü ölçek toplam puanı incelendiğinde bakım verme yüklerinin 61.32±13.57 olduğu tespit edildi (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Bakım veren aile üyelerinin demografik özellikleri ile bakım verme yükü ölçek puanlarının karşılaştırılması

			Bakım Verme Yükü Ölçeği
Özellikler	Değişkenler	n	X ± SS
Cinsiyet	Kadın	79	60.29±14.32
	Erkek	49	60.38±12.41
	Test,p		t: 0.039 p: 0.969
Medeni durum	Evli	96	58.78±13.92
	Bekar	32	64.96±11.45
	Test,p		t: 2.269 p:0.025
Çocuk sayısı	Yok (1)	39	63.17±11.98
	1-2 (2)	45	62.00±11.50
	3-4 (3)	36	54.83±15.01
	5 ve üstü (4)	8	61.75±19.60
	Test,p		F:2.923 p:0.037
	Post Hoc (LSD)		1>3, 2>3 (p<0.05)
Eğitim durumu	Okuryazar değil (1)	14	55.14±13.68
	İlköğretim (2)	38	54.97±15.91
	Orta öğretim (3)	45	64.91±11.50
	Üniversite (4)	31	62.58±10.33
	Test, p		F: 5.094 p:0.002
	Post Hoc (LSD)		3>1, 3>2, 4>2 (p<0.005)
Meslek	Memur	28	63.50±10.03
	İşçi	20	61.30±14.39
	Ev hanımı	58	59.05±14.23
	Diğer (öğrenci, serbest meslek, emekli)	22	58.77±15.04
	Test, p		F: 0.807 p:0.492
Gelir düzeyi	Gelir giderden fazla	3	54.33±22.05
	Gelir gidere eşit	55	61.76±10.66
	Gelir giderden az	70	59.45±15.23
	Test, p		F: 0.741 p:0.479

Tablo 4.4. (Devamı)

		Bakım Verme Yüğü Ölçeği	
Özellikler	Değişkenler	N	X ± SS
Hastaya yakınlık derecesi	Eş	45	60.08±13.87
	Çocuk	83	60.45±13.49
	Test, p		t:0.146 p:0.884
Bakım deneyimi	Var	27	52.85±15.89
	Yok	101	62.32±12.21
	Test, p		t: 2.878 p: 0.007
Başka bir kişiden bakım için destek alma	Var	95	60.58±13.89
	Yok	33	59.57±12.78
	Test, p		t:0.368 p:0.713
Bakım verdiği süre	5-11 ay	56	57.82±12.31
	1-4 yıl	62	61.70±14.25
	5 yıl ve üzeri	10	65.80±14.52
	Test, p		F: 2.125 p:0.124
Bakım Verme Yüğü Ölçeği			
Yaş	r	0.001	
	p	0.990	

Bakım veren aile üyelerinin demografik özellikleri ile bakım verme yüğü ölçek puanları incelendiğinde, bakım veren aile üyelerinin medeni durumu ile bakım verme yüğü ölçek puanı (t: 2.269, p:0.025) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (p<0.05). Medeni durumu bekar olanların puan ortalaması daha yüksektir. Bakım veren aile üyelerinin çocuk sayısı ile bakım verme yüğü ölçek puanı (F:2.923, p:0.037) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. Buna göre çocuğu olmayanların ve çocuk sayısı 1-2 olanların puan ortalamaları çocuk sayısı 3-4 olanlardan yüksektir (p<0.05).

Eğitim durumu ile bakım verme yüğü ölçek puanı (F: 5.094, p:0.002) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (p<0.05). Buna göre orta öğretim mezunu olanların puan ortalaması okur-yazar olmayanlardan ve ilköğretim mezunu olanlardan yüksektir, üniversite mezunu olanların puan ortalaması ise ilköğretim mezunu olanlardan yüksektir (p<0.05).

Bakım veren aile üyelerinin bakım deneyimi durumu ile bakım verme yükü ölçek puanı (t: 2.878, p:0.007) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (p<0.05). Bakım deneyimi olmayanların puan ortalamaları daha yüksektir.

Bakım veren aile üyelerinin cinsiyeti, mesleği, gelir düzeyi, hastaya yakınlık derecesi, başka bir kişiden bakım için destek alma ve bakım verdiği süre ile bakım verme yükü ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0.05). Bakım veren aile üyelerini yaşı ile bakım verme yükü ölçek puanı arasında çok zayıf, pozitif yönde ama istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 4.5. İnme geçirmiş bireylerin demografik özellikleri ile bakım verme yükü ölçek puanlarının karşılaştırılması

			Bakım Verme Yükü Ölçeği	
Özellikler		n	X ± SS	
İnme geçirmiş bireyin sağlık güvencesi	Var	84	58.45±13.88	
	Yok	44	63.90±12.33	
	Test, p		t: 2.192 p:0.030	
İnme geçirmiş bireyin kronik hastalığı	Hipertansiyon (1)	37	60.00±14.01	
	Diyabet (2)	9	61.66±11.95	
	Kanser (3)	4	61.66±15.50	
	Yok (4)	78	34.25±13.17	
	Test, p		F: 5.799 p:0.001	
	Post Hoc (LSD)		3>1,2,4 (p<0.005)	
Pleji türü	Monopleji	12	56.33±14.64	
	Hemipleji	66	60.89±13.15	
	Parapleji	8	55.87±12.20	
	Kuadripleji	42	61.42±14.26	
	Test, p		F:0.759 p:0.519	
Diğer sorunlar	Yutma	Var	48	62.27±13.78
	güçlüğü	Yok	80	59.16±13.40
	Test,p		t:1.257 p:0.211	
	Konuşma	Var	83	60.90±14.48
	Güçlüğü	Yok	45	59.26±11.80
	Test, p		t: 0.650 p:0.517	
	Hafıza	Etkilendi	73	62.05±12.67
		Etkilenmedi	55	58.03±14.48
	Test, p		t:1.669 p:0.098	

p<0.001* ileri düzeyde anlamlılık

İnme geçirmiş bireyin demografik özellikleri ile bakım verme yükü ölçek puanları incelendiğinde, inme geçirmiş bireyin sağlık güvencesinin olma durumu ile bakım verme yükü ölçek puanı ($t: 2.192, p:0.030$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. İnme geçirmiş bireyin kronik hastalığı olma durumu ile bakım verme yükü ölçek puanı ($F: 5.799, p:0.001$) arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre kanser hastası olanların puan ortalaması hipertansiyonu ve diyabeti olanlar ve kronik hastalığı olmayanlardan daha yüksektir ($p<0.05$).

İnme geçirmiş bireyin pleji türü, yutma güçlüğü, konuşma güçlüğü ve hafızasının etkilenmesi ile bakım verme yükü ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

4.2. Nitel Bulgular

Tablo 4.6. Nitel araştırmaya katılan bakım veren aile üyelerinin demografik özellikleri

	Yaş	Cinsiyet	Medeni durum	Çocuk sayısı	Eğitim durumu	Meslek	Gelir düzeyi	Yakınlık derecesi	Bakım deneyimi	Başka bir kişiden bakım için destek alma	Bakım verdiği süre	İnme geçirmiş bireyin Barthel İndeksi
Katılımcı 1	28	Kadın	Bekar	Yok	Üniversite	Memur	Gelir giderden az	Çocuk	Yok	Var	1-4 yıl	Orta derece bağımlı
Katılımcı 2	25	Kadın	Evli	Yok	Orta öğretim	Ev Hanımı	Gelir ve gider eşit	Çocuk	Var	Var	5 ve üzeri	Tam bağımlı
Katılımcı 3	38	Kadın	Evli	1-2	Üniversite	Memur	Gelir ve gider eşit	Çocuk	Var	Var	1-4 yıl	Orta derece bağımlı
Katılımcı 4	67	Kadın	Evli	5 ve üstü	İlköğretim	Ev hanımı	Gelir giderden az	Eş	Yok	Var	5-11 ay	Tam bağımlı
Katılımcı 5	39	Kadın	Evli	3-4	İlköğretim	Ev Hanımı	Gelir giderden az	Eş	Yok	Var	1-4 yıl	Tam bağımlı
Katılımcı 6	40	Kadın	Evli	1-2	Üniversite	Memur	Gelir ve gider eşit	Eş	Yok	Var	5 ve üzeri	Tam bağımlı
Katılımcı 7	55	Kadın	Evli	3-4	Okuryazar değil	Ev Hanımı	Gelir ve gider eşit	Eş	Var	Var	5-11 ay	Tam bağımlı
Katılımcı 8	42	Kadın	Evli	5 ve üstü	Okuryazar değil	Ev Hanımı	Gelir giderden az	Eş	Yok	Var	5-11 ay	Tam bağımlı
Katılımcı 9	18	Kadın	Bekar	Yok	İlköğretim	Ev Hanımı	Gelir giderden az	Çocuk	Yok	Var	5-11 ay	Tam bağımlı
Katılımcı 10	49	Erkek	Evli	3-4	İlköğretim	İşçi	Gelir giderden az	Çocuk	Yok	Var	1-4 yıl	Tam bağımlı
Katılımcı 11	44	Kadın	Bekar	Yok	Üniversite	Üniversite	Gelir ve gider eşit	Çocuk	Var	Var	5-11 ay	Tam bağımlı
Katılımcı 12	39	Kadın	Evli	3-4	İlköğretim	Ev Hanımı	Gelir ve gider eşit	Eş	Yok	Yok	1-4 yıl	Tam bağımlı
Katılımcı 13	76	Erkek	Evli	Yok	İlköğretim	Emekli	Gelir giderden az	Eş	Yok	Yok	5-11 ay	Tam bağımlı
Katılımcı 14	33	Erkek	Bekar	Yok	Üniversite	İşçi	Gelir ve gider eşit	Çocuk	Yok	Var	1-4 yıl	Tam bağımlı
Katılımcı 15	65	Kadın	Evli	5 ve üstü	Okuryazar değil	Ev Hanımı	Gelir giderden fazla	Eş	Yok	Var	5 ve üzeri	Tam bağımlı
Katılımcı 16	70	Erkek	Evli	5 ve üstü	İlköğretim	Emekli	Gelir ve gider eşit	Eş	Yok	Yok	5-11 ay	Tam bağımlı
Katılımcı 17	34	Erkek	Evli	1-2	Üniversite	Serbest	Gelir ve gider eşit	Çocuk	Yok	Var	1-4 yıl	Orta derece bağımlı
Katılımcı 18	25	Kadın	Bekar	Yok	Orta öğretim	Ev Hanımı	Gelir ve gider eşit	Çocuk	Yok	Var	1-4 yıl	Orta derece bağımlı
Katılımcı 19	25	Kadın	Bekar	Yok	Orta öğretim	Ev Hanımı	Gelir giderden az	Çocuk	Yok	Yok	5 ve üzeri	Tam bağımlı
Katılımcı 20	49	Kadın	Evli	3-4	İlköğretim	Ev Hanımı	Gelir ve gider eşit	Eş	Yok	Yok	1-4 yıl	Tam bağımlı
Katılımcı 21	25	Kadın	Bekar	Yok	Orta öğretim	Öğrenci	Gelir ve gider eşit	Çocuk	Var	Var	5 ve üzeri	Tam bağımlı

Araştırmanın nitel bölümüne 21 tane bakım veren aile üyesi katıldı. Katılımcıların yaşları 18 ile 76 arasında değişmektedir. Katılımcıların 16'sı kadın, 14'ü evli, 9'unun çocuğu bulunmamaktadır. 9'u ilköğretim mezunu, 11'i ev hanımı, 12'sinin geliri giderine eşittir. Katılımcıların 11'i inme geçirmiş bireyin çocuğu, 16'sının daha önceden herhangi bir bakım deneyimi yok, 16'sı bakım verirken destek görüyor ve 9'u 1-4 yıl üzeri bakım vermektedir. Katılımcıların 17'sinin ise bakım verdiği inme geçirmiş bireyin Barthel İndeksi' ne göre bağımlılık düzeyi Tam Bağımlı olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.6). Ayrıca araştırmanın nitel bölümüne katılan aile üyelerinin bakım yükünün ağır bakım yükü (62.47 ± 16.36) düzeyinde olduğu tespit edildi.

Tablo 4.7. Görüşmelerden elde edilen tema, alt tema ve kodlar

Tema	Alt tema	Kod	Katılımcılar	n
Bakım Veren Aile Üyelerinin Yükleri	Ekonomik yük	İş kaybı ve işsizlik	10, 12, 20	3
		Gelir azlığı	2, 5	2
	Sosyal yük	Sosyal yaşantı kaybı/ sosyal izolasyon	1, 3, 6, 7, 11, 18, 21	7
		Rol değişimi	1, 3, 6, 7, 8, 12	6
		Başka kişilerden destek alamama	12, 13, 16, 19, 20	5
		Aileye vakit ayıramama/aile içi ilişkilerin bozulması	7, 14, 12, 17	4
		Kendine vakit ayıramama	3, 6, 12, 16	4
		İşine vakit ayıramama	3, 6	2
		Eğitimden kopma	1, 21	2
	Fiziksel yük	Uykusuzluk/yorgunluk	1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 12, 14, 15, 20, 21	13
		Sağlık problemleri	2, 3, 5, 6, 16, 19, 20	7
		Kişisel gereksinimlerini giderememe	1, 3, 8, 20, 21	5
Bakımla İlgili Duygu ve Algılar	Olumlu Duygu ve Algılar	Vefa ve sahiplenme	3, 7, 10, 12, 13, 15, 16, 19, 21	9
		Sorumluluk hissi ve kendini adama	1, 3, 7, 8, 10, 11, 17, 19, 21	9
		Mutluluk ve sevgi hissi	7, 8, 11, 13, 15, 17, 19, 21	8
		Sevap kazanma	2, 10, 11, 13, 15, 19	6
		Acıma ve empati hissi	1, 8, 12, 13, 16	
		Olgunlaşma hissi	1, 3, 6, 17	4
		Umutlu olma	8, 12, 18, 21	4
		Hastane imkanlarından memnun olma	11, 10	2
	Olumsuz Duygu ve Algılar	Çaresizlik ve kaygı	1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21	18
		Geçmişe özlem	6, 7, 8, 15, 16, 17, 18, 20, 21	9
		Ruhsal zorlanma ve stres	1, 3, 5, 12, 17, 18, 19	7
		Kızgınlık ve isyan	1, 6, 16, 18, 20, 21	6
		Üzülme	2, 6, 11, 14, 17, 18	6
		Yoksunluk ve muhtaç kalma hissi	6, 7, 12, 13, 16	5

İnme geçirmiş hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükleri ile yapılan görüşmelerden elde edilen verilerin analizi sonucunda “Bakım Veren Aile Üyelerinin Yükleri” ve “Bakımla İlgili Duygu ve Algılar” olmak üzere 2 tema, “Ekonomik Yük”, “Sosyal Yük”, “Fiziksel Yük”, “Olumlu Duygu ve Algılar” ve “Olumsuz Duygu ve Algılar” olmak üzere 5 alt tema ve 26 kod oluşturuldu (Tablo 4.7).

4.2.1. Tema 1. Bakım Veren Aile Üyelerinin Yükleri

Bakım veren aile üyelerinin yükleri “Ekonomik Yük”, “Sosyal Yük” ve “Fiziksel Yük” alt temaları altında toplandı (Tablo 4.7).

4.2.1.1. Alt Tema 1. Ekonomik Yük

Ekonomik yük alt boyutuna yönelik 2 kod: “iş kaybı, işsizlik” ve “gelir azlığı” olarak belirlendi (Tablo 4.6). Katılımcılar bakım verdikleri bireylerin bakım gereksinimlerini karşılamak için işlerini bırakmak zorunda kaldıklarını, gelirleri az olduğu için bakım gereksinimlerini karşılamada zorluk yaşadıklarını ve bakım verdikleri bireylerin yanında kalabilmek için var olan işlerini sürdüremedikleri için iş kaybı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Alt tema 1’de belirlenen her bir koda yönelik bazı görüşme örnekleri şöyledir;

K 10: “Ama iş anlamında zorlandım. Ekonomik olarak yani. Buraya gelip anneme baktığım için çalışmadım. Biz inşaatçıyız sezonda çalışmamız gerekir ama çok çalışmadım. O beni biraz zorladı.....”

K 20: “Köydeki işlerimi bıraktım geldim. İşim yok sadece 2500 TL bakıcı aylığı alıyorum, tek o başka gelirim yok.”

4.2.1.2. Alt Tema 2. Sosyal Yük

Sosyal yük alt boyutuna yönelik 7 kod: “sosyal yaşantı kaybı ve sosyal izolasyon”, “rol değişimi”, “başka kişilerden destek alamama” “aileye vakit ayıramama/aile içi ilişkilerin bozulması”, “kendine vakit ayıramama”, “işine vakit ayıramama” ve

“eğitimden kopma” olarak belirlendi (Tablo 4.7). Katılımcılar bakım verdikleri süre boyunca sosyal hayatlarını yaşayamadıklarını, kendilerini sosyal hayattan kısıtladıklarını, aile üyeleriyle özellikle eş ve çocuklarıyla yeterince vakit geçiremediklerini, aile içi ilişkilerinin zayıfladığını, kendilerine dinlemek için dahi vakit ayıramadıklarını belirttiler. Ayrıca hastane ve evde bakım süreçleri boyunca işlerine yeterince vakit ayıramadıklarını, eğitim hayatlarından vazgeçtiklerini ya da devam ettiremediklerini, rollerinin değiştiğini ve bakım verdikleri süre içerisinde aile içindeki diğer kişilerden destek göremediklerini belirttiler. Alt tema 2’ de belirlenen her bir koda yönelik bazı görüşme örnekleri şöyledir;

K 1: “Tabi ki başlarda sıkışmış, sosyal hayatı üst düzeyde sınırlanmış hissettiriyordu. Kendimi sıkışmış hissettim. Yani evlat rolünden bakım veren rolüne geçmek çok benim için ağır oldu, çok yıkıcı oldu.”

K 3: “Sosyal hayatımız hiç yoktu sadece kardeşlerimi eşimi bir de çocuğumu görebiliyordum başka kimseyle görüşemiyordum. Bütün rollerimi bir kenara ittim ben evlat rolüne büründüm ve yani sadece babama adadım kendimi”

K 7: “Arada gelenler olursa gelir yoksa kimseyle konuşmuyorum. Çevremle olan ilişkim azaldı. Hiç mutlu değilim böyle olmasından.”

K 21: “Eşle dostla, akrabayla, arkadaşlarla görüşme hepsi azaldı. Daha çok içime kapandım. Mesela ben üniversiteye gidemedim anneme bakıyorum diye. Üniversiteyi kazandım ama hiç gitmedim.”

K 14: “Ailemiz dağıldı. Yani çevreyle, eşimle, dostumla ilişkilerim azaldı.”

K 16: “Ne bileyim işte kendi ihtiyaçlarımı boş verdim.”

4.2.1.3. Alt Tema 3. Fiziksel Yük

Fiziksel yük alt boyutuna yönelik 3 kod: “uykusuzluk, yorgunluk”, “sağlık problemleri” ve “kişisel gereksinimlerini giderememe” olarak belirlendi. Katılımcılar

bakım verdikleri ve hastanede kaldıkları süre boyunca konforlarının bozulduklarını ve sağlık sorunları yaşadıklarını, hastanın kişisel gereksinimlerini giderirken hastayı çevirme ve kaldırma gibi durumlardan dolayı fiziksel olarak zorlandıklarından, bel, sırt ve baş ağrısı yaşamaktan, banyo yapma, boşaltım, beslenme ve kişisel gereksinimlerini gideremediklerini, tüm süreç boyunca uykusuzluk ve yorgunluk problemi yaşadıklarını belirttiler. Alt tema 3’de belirlenen her bir koda yönelik bazı görüşme örnekleri şöyledir;

K 5: “Bütün hastalıklarım burada çıktı. Burada bel fıtığı oldum, şekerim hastası oldum. Sert yerlerde yata yata ağrılarım oluyor.”

K 2: “İndirip kaldırırken bazen sıkıntı oluyor, güçlük yaşıyoruz.” “Zorlanıyorum, yorgunluk ve uykusuzluktan şikayetçiyim.”

K 3: “Fiziksel olarak çok zorlandım. Her şeyi tek başıma halletmek zorunda kalıyordum ya tek başına çeviriyordum tek başına altını temizliyordum her şeyi tek başıma yapıyordum. Hiç uyuyamıyordum çok uykusuz kalıyordum ve uykusuz bir şekilde sabah güne devam etmek zorunda kalıyordum.”

K 1: “İlk zamanlarda uyuyamıyordum. Kendi ihtiyacımı gidermemi bile etkiliyordu bu durum. Tuvalete hemen girip çıkmam gerekiyordu.”

K 8: “Banyo yapamıyorum, keşke banyo yapabilsem.”

K 21: “Uyku problemim var. Uyamıyorum. Tedirgin olduğum için uyuyamıyorum. Mesela sürekli annemin nefesini kontrol ederdim ki nefes alıyor mu diye.”

4.2.2. Tema 2. Bakımla İlgili Duygu ve Algılar

Bakım veren aile üyelerinin bakımla ilgili duygu ve algıları “Olumlu Duygu ve Algılar” ve “Olumsuz Duygu ve Algılar” alt temaları altında toplandı (Tablo 4.6).

4.2.2.1. Alt Tema 4. Olumlu Duygu ve Algılar

Olumlu duygu ve algılar alt boyutuna yönelik 8 kod: “vefa ve sahiplenme”, “sorumluluk hissi ve kendini adama”, “mutluluk ve sevgi hissi”, “sevap kazanma”, “acıma ve empati hissi”, “olgunlaşma hissi”, “umutlu olma” ve “hastane imkanlarından memnun olma” olarak belirlendi. Katılımcılar bakım verdikleri bireylere bakım verdiklerini için mutlu olduklarını, sevdikleri ve sahiplendikleri için baktıklarını, bakım verdikleri kişinin içinde bulunduğu durumda ötürü acıma merhamet hissettiklerini, kendini onların yerine koyup empati yaptıkları için baktıklarını, hastanın geleceği ile ilgili ümit beslediklerini, dini inanışları gereği hastalık sürecini bir imtihan ve ahirete hizmet olarak gördükleri için bakım verdiklerini ve bakım verdikleri süre boyunca hastanenin onlara sunduğu imkanlardan memnun kaldıklarını belirttiler. Alt tema 4’de belirlenen her bir koda yönelik bazı görüşme örnekleri şöyledir;

K 1: “Ona bakım vermek, vermeyi görevim olarak algılıyorum. Empati yeteneğim sanırım bu vesileyle çok çok arttı. Çünkü her şeyi artık hastanın gözünden görmeye çabalıyorsun ki hastaya daha çok yardımcı olabilesin.”

K 2: “Evlat olarak bu anı değerlendirmek istiyorum bende. Onun rızasını almak istiyorum.”

K 3: “Çok şey yaşadım...Bu yaşadıklarım beni çok olgunlaştırdı.”

K 7: “Eşime bakmaktan mutluyum hiçbir gün isyan etmedim. Hiç yüksünmem ona bakmaya. O yıllarca helal çalıştı helal ekmek getirdi bana ben ona ne yapsam azdır.”

K 8: “Yani mutluyum ona bakmaktan. Ona bakarken üzülüyorum sevgiyle bakıyorum.

K 10: “Ona bakmak bana sevap hissettirir. Mutluluk hissettirir.”

K 11: “Hastane ciddi manada imkanlarımızı karşılıyor çok memnunum.”

K 12: “Kıyamıyorum acıyorum ona. Ona bakarken hiç zorla bakmadım isteyerek baktım. Allah kolaylık veriyor ne diyeyim ki”

4.2.2.1. Alt Tema 5. Olumsuz Duygu ve Algılar

Olumsuz duygu ve algılar alt boyutuna yönelik 6 kod: “çaresizlik ve kaygı”, “geçmişe özlem”, “ruhsal zorlanma ve stres”, “kızgınlık ve isyan”, “üzülme” “yoksunluk ve muhtaç kalma hissi” olarak belirlendi. Katılımcılar bakım vermenin onları çaresiz bıraktığı, hastanın ve kendilerinin gelecekleri ile ilgili kaygılar yaşadıklarını, bakım sürecinde zorlandıklarını ve strese girdiklerini, eski hayatlarına ve hastanın sağlıklı hallerine özlem duyduklarını belirttiler. Bakım sürecinde kızgın, mutsun, yoksun, başkalarına muhtaç, yalnız ve üzgün hissettiklerini belirttiler. Alt tema 5’de belirlenen her bir koda yönelik bazı görüşme örnekleri şöyledir;

K 1: “Tabii ki benim de hastayla birlikte psikolojim bozulmuştu. Hastanın verdiği tepkiler dolayısıyla çok gergin ve sinirliydim. Gergin ve sinirli sıkışmış hissediyordum kendimi.”

K 2: “Kaybetme korkusu olmuştu ilk zamanlar.”

K 3: “Yani o halde öyle çaresiz görmek çok zor. Yani gelecekle ilgili kaygılarım vardı. Daha kötü olur mu ya da hiç iyileşemez diye.”

K 5: “Çok çaresiz bir hastalık yapacak bir şeyin olmayınca üzülüyorsun. İnsanı çok çaresiz bırakıyor.”

K 6: “Çok öfkelen dim. Çünkü çok yorgundum, uyuyamıyordum.”

K 11: “Kötü hissettiriyor üzülüyorum. Sonuçta bir babanın evladına bağımlı olması kötü.”

K 15: “Hizmette kusur görmedim ondan. Keşke canı sağ olsaydı yine bize baksaydı. Üzülüyorum onu böyle görmeye.”

K 16: “Evimi, evlatlarımı özledim. Kızıyorum burada olduğuma ne yapayım. Muhtaç olduğuma üzülüyorum”

K 18: “Eski hayatımı özlüyorum... İstedğim gibi dışarı çıkıp arkadaşlarımla görüşemiyorum. Özeniyorum çıkıp da bir kahve içmeye. Arkadaşlar, akrabaları köyümü, hayvanlarımı özlüyorum.”

K 21: “Eskiye çok özlüyorum çooooook. Hani bazen işte diyorum, annem keşke ayakta olsa. Eski günlere belki eskiden sitem ediyordum ama şimdi eski günleri çok özlüyorum. Sanki bu hastaneden hiç çıkamayacağız. Kızgınım niye biz diyorum... Bazen öyle diyorum, bazen de işte halime şükrediyorum.”

5. TARTIŞMA

Uzun dönemli bakım ihtiyacının fazla olduğu ve hastaya bakım veren aile üyelerinin bakım sürecinde aktif rol oynadığı inme hastalığında, bakım veren aile üyelerinin bakım yükünü etkileyen pek çok değişken bulunmaktadır. İnme hastalar bakım veren ile üyelerinin bakım yükünü ve bakım yükü etkileyen faktörleri inceleyen araştırmalar mevcuttur (Hekmatpou, 2019; Kavga ve ark., 2021; Mollaoğlu ve ark., 2011; Pont ve ark. 2020). Söz konusu araştırmalardan farklı olarak bu çalışmada inme geçirmiş hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü, duygu ve algılarının karma yöntemle incelenmesi, nicel bulguların nitel bulgular beraberinde değerlendirilmesi ve literatüre kıymetli bir katkı sunması hedeflendi. Bu doğrultuda inme geçirmiş hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü, duygu ve algılarının incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmanın bulguları literatürdeki diğer araştırmaların bulguları ile tartışıldı ve yorumlandı (Creswell & Clark, 2007; Teddlie & Tashakkori, 2015).

Araştırmadan elde edilen nicel ve nitel bulgular incelendiğinde bakım veren aile üyelerinin ağır bakım yükü altında olduğu sonucuna varıldı. Araştırma bulgularına benzer şekilde Deyhoul ve ark., (2020) inme geçirmiş kişilere bakım veren aile üyeleri ile yaptıkları araştırmanın kontrol grubunda bakım verenlerin bakım yükünün yüksek düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır (Deyhoul ve ark, 2020). Roy ve ark., (2018) nörolojik hastalığı olan kişilere bakım veren bireylerle yaptıkları araştırma sonuçlarına göre ise nörolojik hastalığı olan bireylere bakım verenlerin %30'unun bakım yükünün ciddi düzeyde olduğu görülmüştür (Roy ve ark., 2018). Bulut ve ark., (2023) palyatif bakım hastalarına bakım verenlerle yaptıkları çalışmada bakım veren bireylerin ileri derecede bakım yükü altında oldukları saptanmıştır (Bulut ve ark., 2023). Tarı-Selçuk ve Avcı'nın kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerin bakım yükünü belirlemek için yaptıkları çalışmada ise bakım yükünün inme geçirmiş bireye bakım

veren kişilerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tarı-Selçuk & Avcı, 2016). Araştırma bulguları ile farklı olarak Bakır ve Aydın (2023), Kazemi ve ark., (2021) Karakurt ve ark., (2018) Fertelli ve Tuncay'ın., (2019) araştırmalarında ise bakım yükü düzeyinin orta veya hafif derecede olduğu tespit edilmiştir (Bakır & Aydın, 2023; Fertelli & Tuncay, 2019; Karakurt ve ark., 2018; Kazemi ve ark., 2021). Bakım verme yükündeki farklılıklar, inme geçirmiş bireyin bağımlılık düzeyinden, bireysel özelliklerinden, kullanılan destek sistemlerinin yeterliliğinden ve araştırmaların gerçekleştirildiği yerdeki kültürel durum farklılıklarından kaynaklı olabilir.

Araştırmada erkeklerin bakım yükü puanlarının daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.4). Araştırma bulguları ile benzer şekilde Kavga ve ark., (2021) inmeli hastaların bakım vericileri ile yaptıkları araştırmada erkeklerin daha fazla bakım yükü olduğu sonucuna varılmıştır (Kavga ve ark., 2021). Bahadır ve Ata'nın (2017) nöroloji hastalarına bakım veren bireylerle yaptıkları araştırma bulgularına göre kadın olan bakım verenlerin bakım yüklerinin daha fazla olduğu bulunmuştur (Bahadır & Ata, 2017). Erkeklerin bakım yükün fazla olmasının nedenlerinin daha az bakım deneyimine sahip olmalarından, toplumda bakım rolünün daha çok kadınlara atfedilmesinden dolayı erkeklerin bakım verme rollerinin zayıf kalmasından, iş ve aile yaşamı arasında dengeyi kuramamalarından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın nitel bölümüne katılan bireylerden en çok kadınların zorlanma ve stres yaşadıklarını ifade ettikleri, bunun yanında çaresizlik ve kaygı ifadelerini ise en çok kadın katılımcıların kullandığı tespit edildi (Tablo 4.7). Araştırmanın nitel bulguları ile benzer şekilde, katılımcılarının çoğunluğunu kadınların oluşturduğu bir araştırmada inme geçirmiş bireylere bakım verenlerin anksiyete düzeylerinin bakım yüklerini etkilediği sonucuna varılmış. Özellikle günlük bakım süresinin anksiyete ve bakım yükünü artırdığı sonucuna varılmıştır (Hu ve ark., 2018). Kadınların çoklu rollerinin, duygusal

durumlarının, empati yeteneklerinin, özellikle eşlerine bakım veren kadınların ekonomik problemler yaşamalarının bakım yüklerini artırdığı düşünülebilir. Empati hislerinin en fazla kadınlarda olduğu ise araştırmanın nitel bulguları ile desteklenmektedir. Kadınlarda empati, merhamet ve sevgi hissiyle bakım verilmesinin merhamet yorgunluğuna sebep olduğu Ramezani ve ark., (2023) araştırma sonuçları ile kanıtlanmıştır (Ramezani ve ark., 2023). Benzer şekilde araştırmanın nitel bulgularında empati, merhamet ve sevgi hissi ile bakım veren kadın katılımcıların daha fazla olduğu görülmektedir.

Araştırmada bekar olanların bakım yükünün daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4). Araştırma bulgularına benzer şekilde, yapılan bazı araştırmalarda bakım verenlerden bekar olanların bakım yüklerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Bahadır & Ata, 2017; Bakır & Aydın, 2023; Kargı, 2022; Kavga ve ark., 2021). İnme geçirmiş hastalara bakım veren bireylerle yapılan bir araştırmanın bulgularına göre ise medeni durum ve sosyal güvencesi olmama durumu ile bakım yükü arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Aynı araştırma bulgularına bakıldığında evli olanların bekar olanlara göre daha fazla bakım yükü altında olduğu tespit edilmiştir (Çetinkaya & Dönmez, 2023). Selçuk ve Avcı'nın kronik hastalığı olan bireylere bakım verenler ile yaptıkları araştırmada ise evli olanların bakım yükünün daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Tarı-Selçuk & Avcı, 2016). Araştırmanın nitel bölümüne katılan bireylerin çoğunluğu bakım verdiği kişinin eşidir (Tablo 4.6). Bakım ile ilgili olumlu düşünce ve algı alt teması altında ve mutluluk ve sevgi hissi, vefa ve sahiplenme kodlarına yönelik en çok kadın katılımcıların ifadelerinin (Tablo 4.7) olduğu göz önünde bulundurularak kadın katılımcıların istekle ve sevgiyle bakmasının bakım yükü düzeylerini düşürmüş olduğu düşünülmektedir. Mevcut araştırma bulguları ile oluşan farklılık ise evli olanlarda sorumluluk bilincinin, annelik rolünün, fedakârlık hissinin daha fazla olmasından kaynaklı olabilir.

Bakım veren aile üyelerinden çocuğu olmayanların bakım yükünün daha fazla olduğu bulundu (Tablo 4.4). Görgülü ve ark., (2016) nörolojik hastalığı olan bireylerin bakım vericileri ile yaptıkları araştırma sonuçlarına göre çocuk sahibi olmayan bakım verenlerin bakım yüklerinin çocuk sahibi olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada yardım alarak bakım verenlerin bakım yüklerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Görgülü ve ark., 2016). Çocuk sahibi olan bakım verenlerin annelik ve babalık rollerinin gereği olarak bakım konusunda deneyimli olması, bekarların ise deneyimsiz olmasının bakım yüklerini artırdığı ve zorlandığı düşünülmektedir. Araştırmanın nitel bulgularında ise bekar katılımcıların daha önce bakım deneyimi olmadığı için zorlandıkları, stres yaşadıkları ve rollerinin değişmesinden dolayı ilk başlarda zorlandıkları tespit edildi (Tablo 4.6 ve 4.7).

Araştırma bulgularına göre eğitim durumu orta öğretim düzeyindeki bakım veren aile üyelerinin bakım yükünün daha fazla olduğu bulundu (Tablo 4.4). Yapılan bazı çalışmalarda orta öğretim mezunu olanların bakım yükünün daha yüksek olduğu tespit edildi (Kazemi ve ark., 2021; Ünver ve ark., 2016). Araştırma bulgularından farklı olarak Kavga ve ark., (2021) inme geçirmiş hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükünü incelediği çalışmada eğitim durumu ile bakım yükü arasında anlamlı fark olduğu ve orta öğretim ve üniversite mezunlarının bakım yüklerinin daha düşük olduğu tespit edilmiş (Kavga ve ark., 2021). Karg ile Erkuran ve Altay'ın Alzheimer'lı ve inmeli hastalara bakım veren bireylerle yaptıkları çalışmaların bulgularına göre ise eğitim durumu ilkokul/okuryazar olmayanlarda bakım yükü daha yüksektir (Erkuran & Altay, 2020; Kargı, 2022). Mevcut araştırma bulguları ile oluşan bu farklılığın çalışmaların yapıldığı yerle, farklı bölgelerde yaşayan kişilerin eğitim imkanlarına ve bilgiye ulaşma düzeylerinin aynı olamayışıyla açıklanabilir. Eğitim düzeyinin düşük olmasından

kaynaklı, hastalık ve bakım ile ilgili algının düşük olmasından ve bakım sürecine uyumun zor olmasından dolayı bakım yükünün artışına sebep olması da mümkündür.

Araştırma bulgularına göre memur olan bakım veren aile üyelerinde daha fazla bakım yükü olduğu bulundu (Tablo 4.4.). Ayrıca araştırmada geliri giderine eşit olanların bakım yüklerinin daha yüksek olduğu bulundu. Baştürk'ün inmeli hastalara bakım veren bireylere yaptığı araştırmada bakım verenlerin çalışma durumunun bakım yükünü etkilediği tespit edilmiş. Aynı araştırmada bu araştırmanın bulgularına benzer şekilde gelir düzeyi orta olanların bakım yüklerinin daha yüksek olduğu saptanmış (Baştürk, 2020). Benzer şekilde Eğilli ve Sunal'ın demanslı hastalara bakım verenlerle yaptığı araştırmada geliri giderine denk olanların bakım yükünün daha yüksek olduğu bulunmuştur (Eğilli & Sunal, 2017). Gelirin gidere eşit olma durumu birikim yapamama ve uzun vadeli planlar yapamama konusunda kısıtlılığa neden olur. Hasta bakımı sırasında bakım veren aile üyelerinin hastane giderlerini ve bakım gereksinimlerini karşılamada zorluk yaşadığı için kendisini ağır bir bakım yükü altında hissetmesi muhtemeldir.

Araştırmada bakım veren aile üyelerinin hastaya yakınlık derecesi çocuğu olanlarda bakım yükünün daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4). Benzer şekilde Görgülü ve ark., (2016) inmeli hastaların bakım vericileri ile yaptıkları araştırmada da hastaya yakınlık derecesi çocuğu olan kişilerin bakım yüklerinin daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (Görgülü ve ark., 2016). Yapılan başka bir araştırmada ise inme geçirmiş hastaların büyük çoğunluğunun çocukları tarafından bakılmakta olduğu ve bakım yüklerinin yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Akosile ve ark., 2013). Araştırmanın nitel bölümüne katılan araştırmacıların ise büyük çoğunluğu bakım verdiği kişinin eşi, olduğu bakım verdikleri kişinin eşi olan katılımcıların daha fazla yorgunluk, uykusuzluk yaşadıkları, ayrıca daha fazla çaresizlik hissettikleri

belirlendi (Tablo 4.6. ve 4.7). Yapılan bir araştırmada inme geçirmiş hastalara bakım verenlerde yakınlık derecesi eşi olan katılımcıların daha fazla olduğu ve bakım yüklerinin yüksek düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır (Tyagi ve ark., 2019). Araştırma bulguları arasındaki farklılığın bakım yükü ile ilgili duygu ve algılardan etkilendiği, yakınlık derecesi çocuğu olanlarda çaresizlik, kaygı ve özlem duygularının daha fazla olması, anne veya babaya duyulan merhamet ve bakım verme konusundaki görev bilincinden kaynaklandığı düşünölmektedir.

Araştırmanın nicel ve nitel katılımcılarının büyük çoğunluğunun önceden bir bakım verme deneyimi bulunmamaktadır. Ayrıca bakım deneyimi olmayanların bakım yükünün daha fazla olduğu tespit edildi (Tablo 4.4 ve 4.6). Demanslı hastaların bakım vericileri iler yapılan bir araştırmada hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme düzeyindeki gerileme ile bakım deneyiminin bakım yükünü artırdığı saptanmıştır (Sutcliffe ve ark., 2016). Araştırma bulgularına göre 5 yıl ve üzeri bakım verenlerin bakım yükünün daha fazla olduğu saptanmıştır. Araştırmanın nitel bölümüne katılan bakım veren bireylerin büyük çoğunluğunun yorgunluk ve uykusuzluk problemi yaşadıkları görölmektedir. Bu durum göz önüne alındığında uzun yıllar bakım verenlerin yorgunluk ve uykusuzluk düzeylerinin artmasından kaynaklı bakım yüklerinin yüksek olduğu düşünölmektedir. Ayrıca 1-4 yıl ve üzeri katılımcıların daha fazla olması ve katılımcıların zamanla durumu kabullenme ve alışma duygularının bakım yükü düzeylerini artmasına sebep olabilir. İnmeli hastalara bakım verenlerle yapılan bir araştırmada bakım veren aile üyelerinin günlük 13 saat ve üzeri bakım verenlerin bakım yüklerinin yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Caro ve ark., 2018). Bakır ve Aydın'ın arasında inmeli hastaların da bulunduğu yaşlılara bakım verenlerle yaptıkları araştırmada 3-5 yıl ve 6 yıldan uzun süredir bakım verenlerin bakım yükleri yüksek düzeyde bulunmuştur. Araştırma bulgularından farklı olarak inmeli hastalara bakım

verenler ile yapılan başka bir araştırmada ise 6-12 ay bakım verenlerin bakım yükünün oldukça yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Tooth ve ark., 2005). Kavga ve ark., (2021) inme geçirmiş hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükünü incelediği araştırmada bakım süresinin bakım yükünü etkilediği tespit edilmiş (Kavga ve ark., 2021). Bakım verme konusundaki deneyimsizliğin bakım yükünü artırmadaki rolü bakım konusundaki bilgisizlikten kaynaklı bakım veren kişinin belirsizlik yaşaması, sorumlulukları yönetmekte zorlanma, duygusal olarak hissedilen zorlanma ve başa çıkmada yetersizlik ve fiziksel yorgunluk olabilir. Bunun yanında bakım verme yılının artmasına bağlı olarak yıllar içinde bakım veren kişinin fiziksel ve duygusal olarak enerjisinin azalmasının, ekonomik açıdan zorluk yaşamasının, stres ve yorgunluk düzeyinin artmasının bakım yükünü artırdığı düşünülmektedir.

Bakım verdikleri bireylerin sağlık güvencesinin olmamasının bakım yükü getirmesi ise araştırmanın nitel bulgularını destekler niteliktedir (Tablo 4.6). İnmeli hastalara bakım veren aile bireyleri ile yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre hastasında sağlık güvencesi olmayan bakım verenlerin bakım yükü daha yüksektir (Kargı, 2022). Bakım veren bireylerin hastalarına baktıkları süre içerisinde işsiz kalmaları, yeterli kazanç sağlayamamaları ve bunun yanında hastanın sağlık güvencesinin olmaması ekonomik açıdan bir bakım yükü getirmektedir.

Araştırma bulgularına göre bakım konusunda başka bir kişiden destek alan bireylerin bakım yüklerinin daha fazla olduğu bulundu (Tablo 4.4). Ayrıca araştırmanın nitel bölümünde katılımcıların destek görmedikleri için yorgunluk, uykusuzluk ve stres yaşadıkları tespit edildi (Tablo 4.7). Kazemi ve ark., (2021) inmeli hastalara bakım verenlerle yaptıkları araştırmada katılımcıların bakım yükü ile baş etmek için en çok sosyal destek aradıkları tespit edilmiştir (Kazemi ve ark., 2021). Fertelli ve Tuncay'ın (2019) araştırmasında inme geçirmiş hastalara bakım verenlerin sosyal destek görme

durumlarının orta düzeyde olduğu tespit edilmiş (Fertelli &Tuncay, 2019). Birden fazla kişinin bakım sürecinde yer aldığı durumlarda bakım veren kişiler arasında koordinasyon ve iletişim gerektirmektedir. Bu durumun sağlanamamasının bakım veren kişilerde zaman kaybı ve stres yaşamasına sebep olduğu için bakım yüklerini artırdığı düşünülmektedir. Bunun yanında bakım verenlerin birbiri arasında yaşadığı çatışmaların da bakım yüklerini artırması muhtemeldir.

Araştırmaya katılan bireylerin yaşları ile bakım verme yükü ölçeği arasında pozitif yönde çok zayıf ve anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (Tablo 4.4). Erkuran ve Altay'ın (2020) araştırmasında benzer şekilde yaşla bakım yükü arasında bir ilişki olmadığı sonucuna varılmış (Erkuran & Altay, 2020). İnmeli hastalara bakım verenlerle yapılan bir araştırmada yaşı bakım yükünü etkilemediği sonucuna varılmıştır (Pucciarelli ve ark., 2018). Yaşın bakım yükünü etkilememe sebeplerinin bireysel farklılıklardan, olgunlaşma düzeylerinin ve deneyimledikleri rollerin farklılığından veya fiziksel kapasitelerin farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada sağlık güvencesi olmayan bakım veren aile üyelerinin bakım yükünün daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.5). Benzer şekilde inmeli hastalara bakım verenlerle yapılan bir araştırmada sağlık güvencesi olmayanların bakım yükünün daha yüksek olduğu sonucuna varılmış (Çetinkaya & Dönmez, 2023). Aydın'ın inmeli hastalara bakım verenlerle yaptığı araştırmada ise sağlık güvencesi olmayanların bakım ile ilgili algıladıkları stres düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (Aydın, 2021). Bu durumun bakım veren aile üyelerinin hastanın tıbbi gereksinimlerini karşılayamama endişesinden ya da ileride artan bakım gereksinimlerinin ekonomik yükü ile baş edememekten dolayı yaşadığı stresten kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada inme geçirmiş bireylerden kanser hastası olanların bakım yüklerinin, hipertansiyonu ve diyabeti olanlar ve kronik hastalığı olmayanlardan daha yüksek olduğu

bulundu (Tablo 4.5). Bakır ve Aydın'ın (2023) araştırmasında bakım verenlerden hastalarında kardiyovasküler sistem hastalıkları olanların bakım yüklerinin yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Bakır & Aydın, 2023). Kargı'nın araştırmasında ise kalp damar hastalığı olan inme geçirmiş hastaların bakım yükünün daha yüksek olduğu bulunmuştur (Kargı, 2022). Bu farklılığın kanser hastalarının bakım yükünün fazla olmasının yanında inme geçirmesinin bakım verenlerde mevcut bakım yükünü daha artırmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca inme geçirmiş kanser hastalarında daha fazla araştırma bulgusuna ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

Araştırmada inme geçirdikten sonra kuadriplejisi (dört ekstremitayı kullanamama) bulunan hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükünün yüksek düzeyde olduğu bulundu (Tablo 4.5). İnme geçirmiş bireyin pleji türünün depresyon ve bakım yüküyle anlamlı ilişki gösterdiği araştırma bulgusu mevcuttur (Fang ve ark., 2022). Ayrıca araştırmanın nitel bölümüne katılan bireylerin bakım verdikleri hastaların çoğunluğunun tam bağımlı olması ve katılımcıların bakım yüklerinin ağır düzeyde olmasını destekler niteliktedir (Tablo 4.6). Kargı'nın araştırmasında ise üst ekstremitelerini kullanamayan hastaların bakım yükünün daha fazla olduğu sonucuna varılmış (Kargı, 2022). Ayrıca araştırmanın nitel bulgularında katılımcıların en çok hastalarının boşaltım ve kişisel hijyenini sağlama konusunda sorun yaşadıklarını ifade etmeleri dikkate alınırsa bakım yüklerinin artması ile doğru orantılı olduğu söylenebilir. Çetinkaya ve Dönmez'in araştırmasında ise bağımlı ve yarı bağımlı inme geçirmiş hastaların bakım yükseklerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Çetinkaya & Dönmez, 2023). İnmeden sonra etkilenen ekstremitelere göre hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme noktasında bağımlılığının artmasının bakım yüküne etki etmesi mümkün olabilir.

Araştırmada bakım veren aile üyelerinden hastalarında yutma güçlüğü, konuşma güçlüğü ve hafıza kaybı bulunanların daha yüksek düzeyde bakım yükü altında oldukları

tespit edildi (Tablo 4.5). Yutma güçlüğü'nün bakım veren bireylerde bakım yükünü artırdığına dair yapılan araştırmalar mevcuttur (Bentur ve ark., 2015; Choi-Kwon ve ark., 2005; Habermann & Shin, 2017). Bunu sebebinin yutma güçlüğü ve trakeostomisi bulunan hastaların kompleks bakım gereksinimlerinin fazla olması, beslenme yönetiminin zor olması, konuşma ve iletişim zorluklarına sebep olması ve trakeostomi tüpünün sürekli temizlemesini gerektiren bir süreç olmasından dolayı bakım yükünü artırdığı düşünülmektedir.

Araştırmanın nitel bölümünde bakım veren aile üyelerinin ifadelerinden yola çıkarak bakım yükleri incelendiğine öncelikli bakım yüklerinin sosyal yük ve fiziksel yük olduğu, ekonomik yüklerinin ise nispeten daha az olduğu bulundu (Tablo 4.7). Araştırma bulgularına benzer şekilde Gertrude ve ark. (2019) Uganda'da inme geçirmiş hastalara bakım verenler ile yaptıkları nitel araştırmada, katılımcıların kişisel gereksinimlerini (beslenme, banyo, boşaltım vb) giderememe, ağrı ve yorgunluk gibi problemler yaşadıkları tespit edilmiş. Ayrıca bakım verdikleri için mutlu oldukları, vefa hissettikleri, yaşadıkları rol değişimlerinden dolayı mutsuz olduklarını belirtilmiştir. Fakat aynı araştırmada bakım verenler sağlık hizmeti sunucularından memnun olmadıkları sonucuna varılmıştır (Gertrude ve ark., 2019). Freytes ve ark., (2021) yaptıkları araştırmada ise inme geçirmiş hastalara bakım verenlerin fiziksel yorgunluk, kronik yorgunluk, iştah kaybı, uykusuzluk ve bel ağrısı şikayetleri yaşadıkları saptanmıştır (Freytes ve ark., 2021). Başka bir araştırmada ise inme sonrası süreçte bakım verenlerin bel ağrısı şiddet ve frekansının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca evli veya erkek olanların bel ağrısı yaşama düzeyi daha yüksektir (Duray & Yaşar, 2022). Hesamzadeh ve ark. (2017) yaptıkları araştırmada ise hastanın ilaçlarını temin etme, bakım sürecini yönetmek için finansal süreçleri sağlama, alışveriş yapma ve ulaşım konularında bakım veren aile üyelerinin kendilerini sosyal yük altında hissetmektedir. Chen ve ark., (2020) yaptıkları

araştırma incelendiğinde bakım verenlerin sosyal açıdan kendilerini kısıtlanmış hissettikleri görülmektedir (Chen ve ark., 2020). Yapılan başka bir araştırmada bakım verenlerin normal işine devam edememesi ve/veya ücretli iş sorumluluklarını azaltmaya ihtiyacı duyması, dolayısıyla gelirin azalmasıyla bakım yüklerinin arttıkları tespit edilmiş (Pucciarelli ve ark., 2017). Hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyinin artmasının, bakım süresinin uzunluğunun, başka bir kişiden bakım konusunda destek alamamanın ve sosyal izolasyondan kaynaklı iletişim yoksunluğunun sosyal ve fiziksel bakım yükünü artırdığı düşünülmektedir. Ayrıca bu sorunların bakım veren aile üyesi üzerinde yarattığı stres, yorgunluk ve uykusuzluk gibi faktörlerin de sosyal ve fiziksel yük üzerinde etkili olması muhtemeldir.

Araştırmanın nitel bulgularında bakım veren bireylerin bakım verme sürecindeki durumlarını sevap kazanma amacıyla dini inanışa dayandırarak kabullendikleri bulundu (Tablo 4.7). Araştırma bulgularına benzer şekilde Kes ve Aydın'ın (2020) araştırmasında bakım verenlerin bakım yükü ile olumsuz dini başa çıkma arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Kes & Aydın, 2020). Kes ve Yıldırım'ın inmeli hastalara bakım verenlerle yaptığı araştırmanın sonuçları, bu araştırmanın nitel bölümde katılımcıların bakım verme süreçlerini dini bir mecburiyet olarak görmeleri, yakınlarına bakarak ahiret hayatlarının iyi geçeceklerine inanmaları, bakım vermezlerse Allah tarafından cezalandırılacaklarını düşünmeleri ile benzerlik göstermektedir (Kes & Aydın, 2020). Katılımcıların dini inanışlarına dayanarak bakım verme konusundaki kabulleniş ve isteklerinin bakımın kutsallığına olan inançlarından, dini öngörülerine göre empati yapabilmelerinden ve bakımı üstlenmeyi dini bir sorumluluk olarak algılamalarından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İnme geçirmiş hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü, duygu ve algılarının incelenmesini amaçlayan araştırma sonucunda;

- Araştırmaya katılan inme geçirmiş bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yüklerinin ağır bakım yükü düzeyinde olduğu,
- Bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalaması ile medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu ve bakım deneyimi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu,
- Bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalaması ile cinsiyet meslek, gelir düzeyi, hastaya yakınlık derecesi, bakım konusunda destek alma, bakım verdiği süre, inme geçirmiş bireyin sağlık güvencesi, inme geçirmiş bireyin kronik hastalığı, inme geçirmiş bireyin pleji türü ve diğer sorunlar (yutma güçlüğü, konuşma güçlüğü ve hafıza kaybı) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı,
- İnme geçirmiş bireylere bakım veren aile üyelerinin kendilerini en çok sosyal ve fizik yük altında hissettikleri,
- İnme geçirmiş bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım sürecine yönelik mutluluk, sevgi hissi, vefa, sahiplenme, teslimiyet, acıma, merhamet, empati hissi, mecburiyet, sorumluluk hissi, kendini adama, dini inanişe dayandırma olumlu duygu ve algıları yüksek düzeyde olduğu,
- İnme geçirmiş bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım sürecine yönelik çaresizlik, kaygı, güvensizlik, özlem, zorlanma ve stres gibi olumsuz duyguları daha yoğun yaşadıkları belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- İnme geçirmiş hastalara bakım veren bireylere yönelik eğitim programları düzenlenerek, inme geçirmiş hastaların günlük bakım gereksinimlerini etkili bir şekilde karşılamalarını destekleyecek, hastalığın seyri, karşılaşılabilecekleri zorluklar ve başa çıkma stratejilerine dair eğitimler verilmesi,
- Bakım veren aile üyelerinden öncelikli olarak erkek bakım verici aile üyelerine, medeni durumu bekar olanlara, çocuğu olmayanlara, eğitim durumu orta öğretim düzeyinde olanlara ve bakım deneyimi olmayanlara inme geçirmiş bir hastaya bakım verme konusunda alanında uzman hemşireler tarafından rehberlik ve danışmanlık yapılması,
- Bakım verenleri ortak bir platformda buluşturacak destek grupları oluşturularak bakım sürecinde deneyim ve duygularını birbirleri ile paylaşımlarının sağlanması,
- Bakım veren aile üyelerinin hastalarındaki sağlık durumu değişikliklerini uzaktan takip edilebileceği teknolojilerin ve uygulamaların geliştirilmesi,
- İnme geçirmiş hastalara bakım veren bireylerin duygularını daha derinden anlayabilmek, incelemek ve farklı açılardan bakabilmek için farklı kültür gruplarına yönelik kalitatif araştırmaların gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Acun, A., Tekeli, N. D., & Çalışkan, N. 2022. Henderson Hemşirelik Modeli'ne Göre Palyatif Bakım Merkezi'nde Yatan Hastanın Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 5(3), 413-423.
- Akdoğan, E., & Kaya, E. 2022. Kronik Hastalığa Sahip Olan Bireylere Bakım Veren Hasta Yakınlarının Hastalık Süreci Yönetimine İlişkin Davranışlarının İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(2), 373-388.
- Akosile, C., Okoye, E., Adegoke, B., Mbada, C., Maruf, F., & Okeke, I. 2013. Burden, Health and Quality of Life of Nigerian Stroke Caregivers. *Health Care Current Reviews*, 1(1), 105.
- Al-Zyoud, E., Maharmeh, M., & Ahmad, M. 2021. Family Experiences of Caregiving to Patients with Alzheimer. *Working with Older People*, 25(2), 115-122.
- Alankaya, N. 2019. İnme Sonrası Yeti Yitimi ve Rehabilitasyonda Hemşrenin Rolü. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 23(3), 195-201.
- Altay, B., Erkuran, H., & Avcı, İ. A. 2018. Alzheimerlı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 1-8.
- Annino, G., Alashram, A. R., Alghwiri, A. A., Romagnoli, C., Messina, G., Tancredi, V., Padua, E., & Mercuri, N. B. 2019. Effect of Segmental Muscle Vibration on Upper Extremity Functional Ability Poststroke: A Randomized Controlled Trial. *Medicine*, 98(7).
- ASA. 2023. *A Guide for Patients and Caregivers/ Life After Stroke*. Access Date | URL
- Aydın, A. 2021. *İnmeli Hastaların Bakım Vericilerinin Bakım Vermeye Hazır Oluşluğu Ve Algıladıkları Stres* Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi İstanbul.
- Bahadır Yılmaz, E., & Ata, E. E. 2017. Nörolojik Hastalığı Olan Bireylerin Bakım Vericilerinin Bakım Veren Yükü ile Stresle Başa Çıkma Biçimleri Arasındaki

- İlişkinin Belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 8(3).
- Bakır, N. A., & Aydın, A. K. 2023 Yaşlı Hastalara Bakım Veren Bireylerdeki Bakım Yükünün ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(3), 887-896.
- Baştürk, Ö. P. 2020. *İnmeli hastalara bakım veren bireylerin kişilik özelliklerinin bakım verme yükü ve tükenmişlik düzeylerine etkisi* Yüksek Lisans Tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi. Bursa.
- Becqué, Y. N., Rietjens, J. A., van der Heide, A., & Witkamp, E. 2021. How Nurses Support Family Caregivers in The Complex Context of End-Of-Life Home Care: A Qualitative Study. *BMC palliative care*, 20(1), 1-9.
- Becqué, Y. N., Rietjens, J. A., van Driel, A. G., van der Heide, A., & Witkamp, E. 2019. Nursing Interventions to Support Family Caregivers in End-Of-Life Care At Home: A systematic narrative review. *International journal of nursing studies*, 97, 28-39.
- Bentur, N., Sternberg, S., Shuldiner, J., & Dwolatzky, T. 2015. Feeding Tubes for Older People with Advanced Dementia Living in The Community in Israel. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 30(2), 165-172.
- Bilgehan, T., & İnkaya, B. 2021. Palyatif hastalarına Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(1), 51-58.
- Bilgen, Ç., Erdal, A., & Bilgili, N. 2020. Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Kayıtlı Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Hastalığa Yönelik İnançları ve Bakım Yükleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12, 298-311.

- Boonsin, S., Deenan, A., & Wacharasin, C. 2021. Factors Influencing The Burden Of Family Caregiving For Survivors of Stroke. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 25(1), 102-113.
- Bradley, C. J. 2019. Economic Burden Associated with Cancer Caregiving. *Seminars in oncology nursing*, 35(4), 333-336.
- Bucki, B., Spitz, E., & Baumann, M. (2019). Emotional and social repercussions of stroke on patient-family caregiver dyads: Analysis of diverging attitudes and profiles of the differing dyads. *PloS one*, 14(4), e0215425.
- Bulut, H., Bozkurt, C., & Sakar, D. D. 2023. Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüklerinin Yaşam Kaliteleri Üzerine Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 1086-1096.
- Bursal, M. (2018). *SPSS ile Temel Veri Analizleri*. 1. Baskı, Anı Yayıncılık, Ankara.
- Camicia, M., Lutz, B., Summers, D., Klassman, L., & Vaughn, S. 2021. Nursing's Role in Successful Stroke Care Transitions Across the Continuum: From Acute Care into the Community. *Stroke*, 52(12), e794-e805.
- Caro, C. C., Costa, J. D., & Da Cruz, D. M. C. 2018. Burden and Quality of Life of Family Caregivers of Stroke Patients. *Occupational therapy in health care*, 32(2), 154-171.
- Ceyhan, N., Baktır, S., Akbaba, Y. A., & Kaya, B. B. 2022. Hastanede Tedavi Edilen Kronik İnme Hastalarının Aile Yakınları veya Bakıcı Tarafından Refakat Edilmesinin, Hasta Tarafından Algılanan Sosyal Destek Düzeyi, Fiziksel Bağımsızlık, Yaşam Kalitesi ve Depresyon Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. *Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi*, 5(1), 55-59.
- Chen, J., & Qiu, P. 2023. *Nursing interventions for patients with stroke: A descriptive review* Student thesis, Lishui University. China.

- Chen, K., Lou, V., Cheng, C., Lum, T., & Tang, J. 2020. Family caregiver's Positive, Negative, and Ambivalent Feelings Towards Stroke Survivors: Association with Psychological Well-Being. *Applied Research in Quality of Life*, 1-15.
- Cheng, H. Y., Chair, S. Y., & Chau, J. P. C. 2018. Effectiveness of a Strength-Oriented Psychoeducation on Caregiving Competence, Problem-Solving Abilities, Psychosocial Outcomes and Physical Health Among Family Caregiver of Stroke Survivors: A Randomised Controlled Trial. *International Journal of Nursing Studies*, 87, 84-93.
- Choi-Kwon, S., Kim, H.-S., Kwon, S. U., & Kim, J. S. 2005. Factors Affecting The Burden on Caregivers of Stroke Survivors in South Korea. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 86(5), 1043-1048.
- Creswell, J., & Clark, W. 2007. *Karma Araştırma Yöntemleri, Tasarımı Ve Yürütülmesi*. Çev. Yüksel Dede, Selçuk Beşir Demir, 4, 35-56.
- Çapık, C. 2014. İstatistiksel Güç Analizi ve Hemşirelik Araştırmalarında Kullanımı: Temel Bilgiler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(4), 268-274.
- Çelik, A., & Kara, B. 2019. The Relationship Between the Stroke Survivors' Functional Status and Their Informal Caregivers' Burden and Quality of Life. *AIMS Medical Science*, 6(1), 115-127.
- Çetinkaya, N., & Dönmez, E. 2023. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü, Anksiyete ve Depresyon Düzeyinin İncelenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 10(1), 49-59.
- Dağdeviren, T. S., Dağdeviren, M., Demir, N., Atatorun, M., Özşahin, O. A., & Adahan, D. 2019. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Bakım Verenlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri. *Ankara Medical Journal*, 19(2), 232-243.

- De Korte-Verhoef, M. C., Pasman, H. R. W., Schweitzer, B. P., Francke, A. L., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & Deliens, L. 2014. Burden for Family Carers at The End Of Life; A Mixed-Method Study Of The Perspectives Of Family Carers And GPs. *BMC palliative care*, 13, 1-9.
- Deyhoul, N., Vasli, P., Rohani, C., Shakeri, N., & Hosseini, M. 2020. The Effect of Family-Centered Empowerment Program on The Family Caregiver Burden and The Activities of Daily Living of Iranian Patients with Stroke: A Randomized Controlled Trial Study. *Aging clinical and experimental research*, 32(7), 1343-1352.
- Duray, M., & Yaşar, P. 2022. İnmeli Bireylerin Fonksiyonel Durumlarının Bakım Veren Ağrısı Üzerine Etkisi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 16(2), 274-285.
- Duruk, N. 2021. Hemşirelik İşlevleri ve Roller. Temel Hemşirelik Esaslar, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar, Kaşıkçı M. K. ve Akın E. (editörler). İstanbul Tıp Kitabevleri, İstanbul, Türkiye.
- Eğilli, C. S., & Sunal, N. 2017. Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yüğü ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*.
- Er, F., & Yıldırım, Ş. 2019. İnme Sonrası Hasta ve Bakım Verenlerin Aile İçi İlişkilerinin Değerlendirilmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(3), 182-189.
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. 2014. Power Analysis for Categorical Methods. *Wiley StatsRef: Statistics Reference Online*, 1-7.
- Erdoğan, S., Nahcivan, N., & Nihal, M. 2014. *Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik [Nursing research. Process, implementation, and critics]*. Nobel Tıp Kitabevi.

- Erkuran, H., & Altay, B. 2020. Alzheimer'lı Hastaya Bakım Veren Kişilerin Bakım Yükünün Stresle Baş Etme Durumlarına Etkisi. *Sağlık Hizmetleri ve Eğitimi Dergisi*, 3(2), 52-58.
- Erol, F., Tanrikulu, F., & Dikmen, Y. 2016. Serebrovasküler Olay Geçiren Bir Olgunun Henderson Hemşirelik Modeli'ne Göre Değerlendirilmesi: Olgu sunumu. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1-Ek (Olgu Sunumları)), 94-103.
- Fadilah, N., & Rahariyani, L. D. 2019. The Impact of Independent of Activity Daily Living Among Stroke Patients on Caregivers Burden. *Jurnal Ners*, 14(3), 188-193.
- Fang, L., Dong, M., Fang, W., & Zheng, J. 2022. Relationships Between Care Burden, Resilience, and Depressive Symptoms Among the Main Family Caregivers of Stroke Patients: A cross-sectional Study. *Frontiers in psychiatry*, 13, 960830.
- Fertelli, T. K., & Tuncay, F. Ö. 2019. İnmeli Bireye Bakım Verenlerde Bakım Yüğü, Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. *Jaren*, 5(2), 107-115.
- Freytes, I. M., Sullivan, M., Schmitzberger, M., LeLaurin, J., Orozco, T., Eliazar-Macke, N., & Uphold, C. 2021. Types of Stroke-Related Deficits and Their Impact on Family Caregiver's Depressive Symptoms, Burden, and Quality Of Life. *Disability and Health Journal*, 14(2), 101019.
- Fridriksson, J., & Hillis, A. E. 2021. Current approaches to The Treatment of Post-Stroke Aphasia. *Journal of stroke*, 23(2), 183-201.
- Galeoto, G., Iori, F., De Santis, R., Santilli, V., Mollica, R., Marquez, M. A., Sansoni, J., & Berardi, A. 2019. The Outcome Measures For Loss of Functionality in The Activities of Daily Living of Adults After Stroke: A Systematic Review. *Topics in stroke rehabilitation*, 26(3), 236-245.

- García-Cantillo, C. C., Reyes-Ruiz, L., Carmona-Alvarado, F. A., Sarmiento, A. S., & Villegas, M. S. 2022. The Experience of Informal Caregivers of Children With Disabilities: Objective and Subjective Burden-A Systematic Review. *Journal of Positive Psychology and Wellbeing*, 6(2), 1884-1900.
- Gao, C., Chapagain, N. Y., & Scullin, M. K. 2019. Sleep Duration and Sleep Quality In Caregivers of Patients With Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA network open*, 2(8), e199891-e199891.
- Gedük, E. A. 2018. Hemşirelik Mesleğinin Gelişen Roller. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(2), 253-258.
- Gertrude, N., Kawuma, R., Nalukenge, W., Kamacooko, O., Yperzeele, L., Cras, P., Ddumba, E., Newton, R., & Seeley, J. 2019. Caring for a Stroke Patient: The Burden and Experiences of Primary Caregivers in Uganda—A Qualitative Study. *Nursing open*, 6(4), 1551-1558.
- Gorgulu, U., Polat, U., Kahraman, B., Ozen, S., & Arslan, E. 2016. Factors Affecting the Burden on Caregivers of Stroke Survivors in Turkey. *Medical Science and Discovery*, 3(4), 159-165.
- Gray, R. S., & Pattaravanich, U. 2020. Internal and External Resources, Tiredness and The Subjective Well-Being of Family Caregivers of Older Adults: A Case Study From Western Thailand, Southeast Asia. *European Journal of Ageing*, 17(3), 349-359.
- Gürbüz, S., & Şahin, F. (2014). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*. Ankara, Seçkin Yayıncılık.
- Habermann, B., & Shin, J. Y. 2017. Preferences and Concerns for Care Needs in Advanced Parkinson's Disease: A Qualitative Study Of Couples. *Journal of clinical nursing*, 26(11-12), 1650-1656.

- Hall, J. F., Crocker, T. F., Clarke, D. J., & Forster, A. 2019. Supporting Carers of Stroke Survivors to Reduce Carer Burden: Development of The Preparing Is Caring Intervention Using Intervention Mapping. *BMC public health*, 19(1), 1-16.
- Hekmatpou, D., Mohammad Baghban, E., & Mardanian Dehkordi, L. 2019. The Effect of Patient Care Education on Burden of Care And The Quality of Life of Caregivers of Stroke Patients. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 211-217.
- Hesamzadeh, A., Dalvandi, A., Bagher Maddah, S., Fallahi Khoshknab, M., Ahmadi, F., & Mosavi Arfa, N. 2017. Family Caregivers' Experience of Activities of Daily Living Handling in Older Adult With Stroke: A Qualitative Research in the Iranian Context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), 515-526.
- Hodgson, N., Petrovsky, D. V., Kallmyer, B., Pike, J., & Fazio, S. 2019. The Alzheimer's Association National Helpline: Effects on Family Caregivers. *Innovation in Aging*, 3(Supplement_1), S217-S217.
- Holm, M., Årestedt, K., Carlander, I., Fürst, C. J., Wengström, Y., Öhlen, J., & Alvariza, A. 2016. Short-Term and Long-Term Effects of A Psycho-Educational Group Intervention for Family Caregivers in Palliative Home Care—Results From: A Randomized Control Trial. *Psycho-oncology*, 25(7), 795-802.
- Hong, S.-E., Kim, C.-H., Kim, E.-j., Joa, K.-L., Kim, T.-H., Kim, S.-K., Han, H.-J., Lee, E.-C., & Jung, H.-Y. 2017. Effect of A Caregiver's Education Program on Stroke Rehabilitation. *Annals of rehabilitation medicine*, 41(1), 16-24.
- Hu, P., Yang, Q., Kong, L., Hu, L., & Zeng, L. 2018. Relationship Between the Anxiety/Depression and Care Burden of The Major Caregiver of Stroke Patients. *Medicine*, 97(40).

- İnci, F., & Erdem, M. 2006. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı'nin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(4), 85-95.
- İnci, F. H., Kartal, A., & Koştu, N. 2017. İnmeli Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yüğüne Yönelik Kanıtı Dayalı Uygulamalar. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics*, 3(1), 46-51.
- İnci, F. H., & Temel, A. B. 2016. İnmeli Hastaya Bakım Veren Aile Bireylerinin Gereksinimleri: Sistematiğ İnceleme. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3(3), 28-43.
- Işıkhan, V. 2018. Kurumda Çalışan Yaşlı Bakım Elemanlarının Bakım Yüğüne Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 29(1), 1-26.
- Işıl, Ö., & Yaşlı, O. N. 2016. Demanslı Bireye Bakım Verenlerde Bakım Yüğü ve Yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 2(1), 74-80.
- Johnson, B., & Christensen, L. 2014. *Eğitim Araştırmaları: Nicel, nitel ve karma yaklaşımlar*. Eğiten Kitap.
- Jones, E. 2006. *A Mixed Methodological Approach to Investigating Perceptions, and Emotional Outcomes, of Stroke Patients and Carers*. Bangor University (United Kingdom).
- Kara, R., Yıldırım, Y., Fadiloğlu, Z. Ç., & Şenuzun, A. F. 2020. Henderson Temel İhtiyaç Kuramı Çerçevesinde Bir Annenin Bakım Yüğüne Hafifletmek. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1), 13-21.
- Karadakovan, A. 2017. Sinir Sistemi. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım Kitabı, Karadakovan, A., ve Aslan F. E. (editörler). Akademisyen Kitabevi, Ankara, Türkiye.

- Karakurt, P., & Kaşıkçı, M. 2008. İnmeli Bir Olgunun Yaşam Modeline Göre İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 76-84.
- Karakurt, P., Unsal, A., & Tanriverdi, D. 2018. Evaluation of Care Burden and Quality of Life of Caregivers of Patients with Stroke. *International Journal of Caring Sciences*.
- Kargı Keven, Y. 2022. *İnmeli Hastaya Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Yaşlı İstismar Riski Arasındaki İlişki* Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Denizli.
- Kavga, A., Kalemikerakis, I., Faros, A., Milaka, M., Tsekoura, D., Skoulatou, M., Tsatsou, I., & Govina, O. 2021. The Effects of Patients' and Caregivers' Characteristics on The Burden of Families Caring for Stroke Survivors. *International journal of environmental research and public health*, 18(14), 7298.
- Kazemi, A., Azimian, J., Mafi, M., Allen, K.-A., & Motalebi, S. A. 2021. Caregiver Burden and Coping Strategies in Caregivers of Older Patients With Stroke. *BMC psychology*, 9(1), 1-9.
- Kes, D., & Aydın Yıldırım, T. 2020. The Relationship of Religious Coping Strategies and Family Harmony with Caregiver Burden for Family Members Of Patients With Stroke. *Brain Injury*, 34(11), 1461-1466.
- Kokorelias, K. M., Lu, F. K., Santos, J. R., Xu, Y., Leung, R., & Cameron, J. I. 2020. "Caregiving is A Full-Time Job" Impacting Stroke Caregivers' Health and Well-Being: A Qualitative Meta-Synthesis. *Health & social care in the community*, 28(2), 325-340.
- Kol, R., & Karabulutlu, E. Y. 2021. Kronik Hastalığı Olan Bireylere Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve İyilik Halinin Değerlendirilmesi. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 10(1), 118-127.

- Koralay, G. 2021. *Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya İlişkin Bilgi, Eğilim, Tutum ve Görüşleri: Karma Yöntem Çalışması* Hacettepe Üniversitesi. Ankara.
- Kulu, M., & Özsoy, F. 2020. Bakım Verenlerin Depresyon, Kaygı Düzeyleri, Ölüm Kaygısı ve Yaşam Kaliteleri. *Cukurova Medical Journal*, 45(1), 29-38.
- Küçükdeveci, A. A., Yavuzer, G., Tennant, A., Süldür, N., Sonel, B., & Arasil, T. 2000. Adaptation of the Modified Barthel Index for Use in Physical Medicine and Rehabilitation in Turkey. *Scandinavian journal of rehabilitation medicine*, 32(2), 87-92.
- Li, M., Ji, Y.-g., Yang, Z.-q., & Xie, H.-z. 2022. Development of Humanistic Nursing Practice Guidelines for Stroke Patients. *Frontiers in Public Health*, 10, 1-7.
- Luker, K., Cooke, M., Dunn, L., Lloyd-Williams, M., Pilling, M., & Todd, C. 2015. Development and Evaluation of An Intervention to Support Family Caregivers of People With Cancer to Provide Home-Based Care at the End of Life: A Feasibility Study. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(2), 154-161.
- McCurley, J. L., Funes, C. J., Zale, E. L., Lin, A., Jacobo, M., Jacobs, J. M., ... & Vranceanu, A. M. 2019. Preventing chronic emotional distress in stroke survivors and their informal caregivers. *Neurocritical care*, 30, 581-589.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. 1965. Functional Evaluation: The Barthel Index: A Simple Index of Independence Useful in Scoring Improvement in The Rehabilitation of The Chronically Ill. *Maryland state medical journal*.
- Masuku, K. P., Mophosho, M., & Tshabalala, M. 2018. 'I felt pain. Deep pain...': Experiences of Primary Caregivers of Stroke Survivors With Aphasia in A South African Township. *African Journal of Disability*, 7(1), 1-7.

- Meng, X., Chen, X., Liu, Z., & Zhou, L. 2020. Nursing Practice in Stroke Rehabilitation: Perspectives From Multi-Disciplinary Healthcare Professionals. *Nursing & health sciences*, 22(1), 28-37.
- Mollaoğlu, M., Özkan Tuncay, F., & Kars Fertelli, T. 2011. İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yüğü ve Etkileyen Faktörler. 4, 125-130.
- Oktari, I., Febtrina, R., Malfasari, E., & Guna, S. D. 2020. Tingkat Ketergantungan Dalam Pemenuhan Aktivitas Sehari-Hari Berhubungan Dengan Harga Diri Penderita Stroke. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 10(2), 185-194.
- Oni, O. D., Olagunju, A. T., Okpataku, C. I., Erinfolami, A. R., & Adeyemi, J. D. 2019. Predictors of Caregiver Burden After Stroke in Nigeria: Effect on Psychosocial Well-Being. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(5), 457.
- Özcan Yüce, U., & Taşçı, S. 2020. Bakım Verici Stresi ve Reiki Enerji Terapisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 12(1), 158-165.
- Öztürk, K. G. 2020. Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Bakım Verenlerin Perspektifinden Bakım Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma. *Journal of International Social Research*, 13(69), 1-7.
- Panzeri, A., Rossi Ferrario, S., & Vidotto, G. 2019. Interventions for Psychological Health of Stroke Caregivers: A Systematic Review. *Frontiers in psychology*, 10, 2045.
- Pentecost, C., Frost, J., Sugg, H. V., Hilli, A., Goodwin, V. A., & Richards, D. A. 2020. Patients' and Nurses' Experiences of Fundamental Nursing Care: A Systematic Review and Qualitative Synthesis. *Journal of clinical nursing*, 29(11-12), 1858-1882.
- Pohl, M., Hesszenberger, D., Kapus, K., Meszaros, J., Feher, A., Varadi, I., Pusch, G., Fejes, E., Tibold, A., & Feher, G. 2021. Ischemic Stroke Mimics: A Comprehensive Review. *Journal of Clinical Neuroscience*, 93, 174-182.

- Pont, W., Groeneveld, I., Arwert, H., Meesters, J., Mishre, R. R., Vliet Vlieland, T., & Goossens, P. 2020. Caregiver Burden After Stroke: Changes Over Time? *Disability and Rehabilitation*, 42(3), 360-367.
- Pucciarelli, G., Ausili, D., Galbussera, A. A., Rebora, P., Savini, S., Simeone, S., Alvaro, R., & Vellone, E. 2018. Quality of Life, Anxiety, Depression and Burden Among Stroke Caregivers: A Longitudinal, Observational Multicentre Study. *Journal of Advanced Nursing*, 74(8), 1875-1887.
- Pucciarelli, G., Vellone, E., Savini, S., Simeone, S., Ausili, D., Alvaro, R., Lee, C. S., & Lyons, K. S. 2017. Roles of Changing Physical Function and Caregiver Burden on Quality of Life in Stroke: A longitudinal dyadic analysis. *Stroke*, 48(3), 733-739.
- Ramezani, N., Sajjadian, I., Manshaee, G., & Barekatin, M. 2023. The Effectiveness of Emotion Efficacy Therapy on Burden and Compassion Fatigue of Caregivers Patients with Dementia. *Journal of Isfahan Medical School*, 41(720), 373-381.
- Roy, A. K., Gujar, N. M., Ali, A., & Borah, U. 2018. Anxiety Depression and Burden among the Caregivers of Persons with Neurological Illness. *Indian Journal of Psychiatric Social Work*, 9(2).
- Sajwani-Merchant, Z., Behan, D., Swank, C., & Daniel, K. 2023. Caregiver experiences of social support following stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 32(9), 107253.
- Selçuk, K. T., & Avcı, D. 2016. Kronik Hastalığa Sahip Yaşlılara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü ve Etkileyen Etmenler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 1-9.

- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L. & Cheever K. H. 2010. Brunner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing. 10th. Edition, Lippincott Williams & Wilkins.
- Soy, Z. 2019. *İnmeli Hastalara Bakım Verenlerin Stres, Uyku, Bakım Yüğü ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi* İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Medipol Üniversitesi.
- Sudarsih, S., & Santoso, W. 2022. Level of Dependence Of Stroke Patients Based on The Barthel Index Scores In Activity Daily Living. *International Journal of Nursing and Midwifery Science*, 6(2), 112-118.
- Suksatan, W., Collins, C. J., Koontalay, A., & Posai, V. 2022. Burdens Among Familial Caregivers of Stroke Survivors: A Literature Review. *Working with Older People*, 26(1), 37-43.
- Sundin, K., Bäckström, B., Lindh, V., Lindkvist, M., Saveman, B. I., & Östlund, U. 2016. Responses after participating in Family Health Conversations in families with a family member who has suffered a stroke: A mixed methods research study. *Clinical Nursing Studies*, 4(4), 46-57.
- Sutcliffe, C. L., Giebel, C. M., Jolley, D., & Challis, D. J. 2016. Experience of burden in Carers of People with Dementia on The Margins of Long-Term Care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(2), 101-108.
- Şenay, G. 2019. Bakım Kavramı Işığında Hemşirelik Bakımı ve Etkileyen Faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 129-134.
- Teddle, C., & Tashakkori, A. 2015. *Karma Yöntem Araştırmalarının Temelleri* Anı Yayıncılık.
- Tekindal, S. 2021. *Nicel, Nitel, Karma Yöntem Araştırma Desenleri ve İstatistik*. Nobel yayıncılık.

- Thrift, A. G., Thayabaranathan, T., Howard, G., Howard, V. J., Rothwell, P. M., Feigin, V. L., Norrving, B., Donnan, G. A., & Cadilhac, D. A. 2017. Global Stroke Statistics. *International journal of stroke*, 12(1), 13-32.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. 2007. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care*, 19(6), 349-357.
- Tooth, L., McKenna, K., Barnett, A., Prescott, C., & Murphy, S. 2005. Caregiver Burden, Time Spent Caring and Health Status in The First 12 Months Following Stroke. *Brain Injury*, 19(12), 963-974.
- Topcuoglu, M. A., Tulek, Z., Boyraz, S., Özdemir, A. Ö., Özakgöl, A., Guler, A., Nazliel, B., Togay Isikay, C., Yaka, E., & Arsava, E. M. 2020. İnme Hemşireliği: Standartlar ve Pratik Uygulamalar Kılavuzu Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği ve Nöroloji Hemşireliği Derneği Ortak Strateji Projesi. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*, 26(1), 1-90.
- Tuncay, F., & Mollaoglu, M. 2006. The Effect of A Self-Care Education Program on Cerebrovascular Disease Patients' Activities of Daily Living. *Neurology Psychiatry and Brain Research*, 13(2).
- Tütüncü, G. Ş. 2022. *Böbrek Nakli Yapılan Bireylerde Öz Yönetim ve İlişkili Faktörler: Karma Yöntem Çalışması*. İstanbul Üniversitesi. İstanbul.
- Tyagi, S., Koh, G. C., Luo, N., Tan, K. B., Hoenig, H., Matchar, D. B., Yoong, J., Chan, A., Lee, K. E., & Venketasubramanian, N. 2019. Dyadic Approach to Post-Stroke Hospitalizations: Role of Caregiver and Patient Characteristics. *BMC neurology*, 19, 1-12.

- Utami, K. P., Fauziyah, A. R. R. N., & Rahim, A. F. 2023. The Relationship Between Family Involvement in Physiotherapy Home Programs and Activity Daily Living in Post-stroke Patients. *KnE Medicine*, 129–135-129–135.
- Uygun, Ü. K., & Taylan, Ö. Ü. H. H. 2018. Alzheimer Hastalarına Primer Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler.
- Ünver, V., Basak, T., Tosun, N., Aslan, O., & Akbayrak, N. 2016. Care Burden and Self-Efficacy Levels of Family Caregivers of Elderly People in Turkey. *Holistic nursing practice*, 30(3), 166-173.
- Varughese, T., Montiel, T. C., Engebretson, J., Savitz, S. I., Sharrief, A., & Beauchamp, J. E. 2022. A person-centered approach understanding stroke survivor and family caregiver emotional health. *Journal of Neuroscience Nursing*, 54(2), 68-73.
- Wagachchige Muthucumarana, M., Samarasinghe, K., & Elgán, C. 2018. Caring for Stroke Survivors: Experiences of Family Caregivers ,in Sri Lanka–A Qualitative Study. *Topics in stroke rehabilitation*, 25(6), 397-402.
- Wang, M., Liu, Y., Wang, C., & Wang, X. 2023. The effect of Maslow’s Theory-Based Case Management Model on The Care of Stroke Patients. *American Journal of Translational Research*, 15(7), 4932-4941.
- Whitehead, S., & Baalbergen, E. 2019. Post-Stroke Rehabilitation. *South African Medical Journal*, 109(2), 81-83.
- Whitiana, G. D., Vitriana, V., & Cahyani, A. 2017. Level of Activity Daily Living in Post Stroke Patients. *Althea Medical Journal*, 4(2), 261-266.
- Williams, J., Perry, L., & Watkins, C. 2020. *Stroke Nursing* (Second Edition ed.). John Wiley & Sons.

- Yamanie, N., Lamuri, A., Felistia, Y., Soedirham, O., Purnomo, W., Sjaaf, A. C., & Miftahussurur, M. 2022. Importance of Social Support for Indonesian Stroke Patients With Depression. *F1000Research*, 11, 1484.
- Yang, S. J., Franco, T., Wallace, N., Williams, B., & Blackmore, C. 2019. Effectiveness of An Interdisciplinary, Nurse Driven In-Hospital Code Stroke Protocol on In-Patient Ischemic Stroke Recognition and Management. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 28(12), 104398.
- Yıldırım, A., & Şimşek, H. 2021. *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Seçkin Yayıncılık.
- Yıldız, E., Dedeli, Ö., & Pakyüz, S. Ç. 2016. Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yüğü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13(3), 216-225.
- Yurttaş, A., & Dünder, N. 2019. İnmeli Hastaların Yaşam Algıları: Nitel Çalışma. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 1-7.
- Zhang, L., Zhang, T., & Sun, Y. 2019. A Newly Designed Intensive Caregiver Education Program Reduces Cognitive Impairment, Anxiety, And Depression In Patients With Acute Ischemic Stroke. *Brazilian journal of medical and biological research*, 52, e8533.

EKLER

EK-1. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

Öğrencinin Adı ve Soyadı	Serpil ÖZCAN
Öğrencinin Numarası	
Ana Bilim Dalı	Hemşirelik Esasları
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Doktora

Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.

Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	%10	% 15
II. Genel Bilgiler	%14	% 35
III. Materyal ve Metod	%31	% 35
IV. Bulgular	%9	% 15
V. Tartışma	%2	% 20

Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5'den büyük olmaması gerekir.

EK-2. ETİK KURUL İZNİ



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ETİK KURUL RAPORU

Sayı: 2022-10/4

Tarih: 05.10.2022

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu Mağfiret KAŞIKÇI, Serpil ÖZCAN isimli araştırmacılar tarafından yapılması planlanan “İnmeli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Vermeye Hazır Oluşluk, Yaşam Kalitesi ve Bakım Yükleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Algı ve Düşüncelerinin İncelenmesi: Karma Yöntem Araştırması” başlıklı araştırmayı etik açıdan uygun bulmuştur.



EK-3. RESMÎ KURUM YAZISI



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı
Nöroloji Ana Bilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-42190979-000-2300030949
Konu : Uygulama İzni (Serpil ÖZCAN)

27.01.2023

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 25.01.2023 tarihli ve E-45361945-000-2300028254 sayılı belge.

Serpil ÖZCAN'ın ilgilideki yazıda adı geçen tez çalışması uygulamasını kliniğimizde yapmasında bir sakınca bulunmamaktadır.

Gereği bilgilerinize arz olunur.

Doç.Dr. Mehmet Nuri KOÇAK
Ana Bilim Dalı Başkanı



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı
İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-42190979-000-2300031720
Konu : Uygulama İzni (Serpil ÖZCAN)

26.01.2023

BELGE YÖNETİM BÜROSU

İlgi : 25.01.2023 tarihli ve E-45361945-000-2300028254 sayılı belge.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı Doktora programı öğrencisi Serpil ÖZCAN'ın, "İnmeli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Vermeye Hazır Oluşluk, Yaşam Kalitesi ve Bakım Yükleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Algı ve Düşüncelerinin İncelenmesi: Karma Yöntem Araştırması" konulu tez çalışmasını Anabilim Dalımız servislerinde yapmasında bir sakınca yoktur.

Gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Fuat ERDEM
Ana Bilim Dalı Başkanı

EK-4. BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİ İÇİN TANITICI BİLGİ FORMU

1. Yaşınız

2. Cinsiyetiniz a) Kadın b) Erkek

3. Medeni durumunuz a) Evli b) Bekar c) Boşanmış/Dul

4. Çocuk sayınız a) Yok b) 1-2 c) 3-4 d) 5 ve üstü

5. Eğitim durumunuz

a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlköğretim d) Ortaöğretim e) Üniversite

f) Diğer.....

6. Mesleğiniz a) Memur b) İşçi c) Ev hanımı d) Diğer.....

7. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

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

8. Hastaya yakınlık dereceniz a) Eş b) Çocuk

9. Daha önce hasta bakımına ilişkin deneyiminiz var mı? a) Evet b) Hayır

10. Hastaya bakım verirken bakım yükünüzü azaltacak, size destek veya yardımcı olabilecek kişi veya kişiler var mı? a) Evet (Kimlerden)..... b) Hayır

11. Bakım verdiğiniz kişinin sosyal güvencesi var mı? a) Evet b) Hayır

12. İnme tanısına eşlik eden başka bir kronik hastalığı var mı? a) Evet (belirtiniz)..... b) Hayır

13. İnme geçirmiş bireyin pleji türü?.....

14. İnme geçirmiş bireyin etkilenen diğer bölgeleri.....

15. Ne zamandan beri hastaya bakım veriyorsunuz?yıl/.....ay/.....

EK-5. BARTHEL İNDEKSİ

Kod	Değerlendirme	Skor
Transfer	Tamamen bağımlı	0
	Transferine katılabilir ama bir başka kişinin maksimum yardım gerekir.	3
	Transferin herhangi bir aşamasında başka bir kişinin yardımı gereklidir.	8
	Başka bir kişinin varlığı güvenlik için veya gözetim için gereklidir.	12
	Tamamen bağımsız	15
Ambulasyon (Ayağa kalkma, yürüme, dolaşma)	Tamamen bağımlıdır.	0
	Sürekli bir veya daha fazla yardımcıya ihtiyaç vardır.	3
	Yürümeye yardımcı cihazlara erişme ve/veya onların kullanımları için bir yardımcı gereklidir. Yardım için bir kişi yeterlidir.	8
	Bağımsızdır ama yardımsız 50 metre yürüyemez veya tehlikeli/riskli durumlarda güven için gözetim gerekir.	12
	Tamamen bağımsız	15
Tekerlekli Sandalye Kullanma (ambulasyona alternatif, ambulasyon 0 ise skorlanır)	Tekerlekli sandalye ile ayağa kalkma, yürüme ve dolaşmaya bağımlıdır.	0
	Hasta düz zeminde kısa mesafelerde tekerlekli sandalye sürebilir ancak diğer basamaklar için yardım gereklidir.	1
	Bir kişinin mevcudiyeti gerekir ve tekerlekli sandalyenin masaya, yatağa vb. yerlere manüplasyonu için daima yardım gereklidir.	3
	Belirli yerlere, belirli bir süre boyunca hasta tekerlekli sandalyesini kendisi sürebilir, sert köşelerde minimal yardıma ihtiyaç duyar.	4
	Tekerlekli sandalye kullanmada bağımsız.	5
Merdiven İnip Çıkma	Merdivenleri çıkamaz.	0
	Merdivenleri yardımla inip çıkabilir. Bu yardım yürüme cihazlarının kullanım ve taşınmasının da içerir.	2
	Merdiven inip çıkabilir ama yürüme cihazlarını taşıyamaz, gözlem ve yardıma ihtiyaç duyar.	5
	Zaman zaman sabah tutukluğu, nefes darlığı gibi durumlarda gözetim gerekir.	8
	Tamamen bağımsız inip çıkabilir ve yürüme cihazlarını taşıyabilir	10
Beslenme	Tamamen bağımlı	0
	Kaşık gibi bir beslenme aletini kullanabilir, ancak yemek boyunca bir kişinin aktif yardımı gerekir.	2
	Gözetimle kendi kendine beslenebilir. Çaya süt ya da şeker koyma, tuz biber atma gibi aktivitelerinde yardım gereklidir.	5
	Et kesme, kavanoz kapağı açma vs. hariç hazırlanmış tepsiden bağımsız yemek yer. Başka bir kişinin varlığı gerekli değildir.	8
	Tamamen bağımsız	10
Giyinme	Tamamen bağımlı	0
	Bir dereceye kadar giyinme aktivitelerine katılabilir ancak, tüm aşamalarda bağımlıdır.	2
	Herhangi bir giysiye giymede ve/veya çıkarmada yardım gereklidir.	5

	Giyinme için minimal yardım gereklidir: düğme ilikleme, fermuar çekme açma, çitçitleri açıp kapama, ayakkabı bağlama vs. şeklinde.	8
	Tamamen bağımsız	10
Kişisel Bakım	Tamamen bağımlı	0
	Tüm aşamalarda yardım gereklidir.	1
	Kişisel bakımın bir veya daha çok basamağında biraz yardım gereklidir.	3
	Hasta kişisel bakımını yapabilir ancak önce ve/veya sonrasında minimal yardım gereklidir.	4
	Tamamen bağımsız	5

Banyo yapma	Tamamen bağımlı	0
	Banyonun tüm aşamalarında yardım gereklidir.	1
	Duş veya banyoya transferinde veya yıkanıp kurulanmasında yardım gereklidir. Kondisyonu, hastalığı vb. nedeniyle görevi tamamlayamaz.	3
	Su sıcaklığını ayarlama veya transferde güvenliği sağlamak için gözetim gereklidir.	4
	Tamamen bağımsız	5
Tuvalet kullanımı	Tamamen bağımlı	0
	Tuvalet kullanımında yardım gereklidir.	2
	El yıkama transferler veya giysilerini giyme çıkarmada yardım gereklidir	5
	Normal tuvalet kullanımında güvenlik için gözlem gereklidir. Geceleri lazımlık gerekebilir. Ama kendisi boşaltabilir ve temizleyebilir.	8
	Tamamen bağımsız	10
İdrar İnkontinansı (İdrar kaçırmı)	Mesanesini kontrol edemez. İdrar kaçırmı var veya daimî sondası vardır.	0
	İdrar kaçırmı ama dahili veya harici bir alet ile yardım edilebilir.	2
	Gün boyunca kurudur ama gece ıslanabilir. Alet kullanımında biraz yardım gerekir.	5
	Gece gündüz genelde kurudur ama nadiren kaçırmı olabilir. İnternal, eksternal alet uygulamalarında minimal yardım gereklidir.	8
	İdrarını kendi yapabilir	10
Gaita inkontinansı (Dışkı kaçırmı)	Dışkısını kaçırmı	0
	Hastaya uygun pozisyon verilmesi ya da bağırsak uyarı teknikleri şeklinde yardım gerekir.	2
	Hasta uygun pozisyona gelebilir, ama uyarı teknikleri kullanamaz kendini temizleyemez. Sık sık kaçırmı. Bez ile bağlama gerekir.	5
	Supozituar (fitil) veya lavman uygulamalarında gözetim gerekir, nadiren kaçırmı.	8
	Dışkı kaçırmaz	10

EK-6. BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

İfadeler	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen hemen her zaman
1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
2. Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
3. Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?	0	1	2	3	4
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
7. Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?	0	1	2	3	4
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
12. Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
16. Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdürmeyeceğinizi hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?	0	1	2	3	4
19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?	0	1	2	3	4
20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
22. Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?	0	1	2	3	4

EK-7. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

1. İnme geçirmiş bir bireye bakım veriyor olmak sizi nasıl hissettiriyor açıklayınız?
2. İnme geçirmiş bir bireye bakım veriyor olmak sizin hayatınızı ve gereksinimlerinizi nasıl etkiliyor?
 - a) Diğer aile üyeleriyle olan aile içi ilişkilerinizi nasıl etkiliyor açıklayınız?
 - b) Rollerinizi (anne, eş, kardeş, baba vs. rolleri) nasıl etkiliyor açıklayınız?
3. Bakım konusunda birinin size bağımlı olması size hangi duyguları hissettiriyor açıklayınız?
4. Hastanızın gelecekteki durumuyla ilgili yaşadığınız kaygılar nelerdir açıklayınız?
5. Hastanıza bakım verirken yaşadığınız güçlükler nelerdir açıklayınız?

EK-8. ÖLÇEK İZİN YAZILARI

Fİ

FADİME HATİCE İNCİ

Kime: Siz

6 Mar 2023 Pzt 15:07

BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ.doc

36 KB

2 ekin (222 KB) tümünü göster

Tümünü OneDrive'a kaydet

Tümünü indir

Sayın Dedeşin Özcan,

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız "Bakım Verme Yüğü Ölçeği'ni" kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti. Teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

kaynak olarak aşağıdaki makaleyi gösterebilirsiniz.

İnci F.H. , & Erdem M. (2008). Bakım Verme Yüğü Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(4): 85-95

Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ Dr. Öğr. Üyesi Müyesser ERDEM

Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ
Pamukkale Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği ABD.
Denizli/TÜRKİYE

Asst. Prof. Fadime Hatice İNCİ
Pamukkale University,
Faculty of Health Sciences,

AK

Ayşe Küçükdeveci <ayse.kucukdeveci@gmail.com>

Kime: Siz

18 Eyl 2022 Paz 16:26

MBI.docx

22 KB

3 ekin (332 KB) tümünü göster

Tümünü OneDrive'a kaydet

Tümünü indir

Sayın Serpil Dedeşin Özcan,

Türkçe adaptasyon ve geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yaptığımız Modifiye Barthel İndeksini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ekte ölçeği ve ilgili makalemizi yolluyorum.

İyi çalışmalar dilerim.

Ayşe Küçükdeveci

Prof. Dr. Ayşe A. Küçükdeveci
Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı İbni Sina Hastanesi, Kat
4, Samanpazarı, 06100 Ankara
Tel: +90 312 5002250-5002222

EK-9. GÖRÜŞÜ ALINAN UZMANLAR

Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI

Prof. Dr. Nuray BİNGÖL

Doç. Dr. Afife YURTTAŞ

Doç. Dr. Arzu SARIALIOĞLU

Doç. Dr. Bahar ÇİFTÇİ

Doç. Dr. Gülcan BAHÇECİOĞLU TURAN

Dr. Öğr. Üyesi Meryeme AKSOY

Dr. Öğr. Üyesi Semra KÖSE

EK-10. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMESİ VE RIZASININ ALINMASI PROTOKOLÜ

Tarih: ... / ... /...

GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu araştırma, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi' nde görev yapmakta olan Araş. Gör. Serpil Özcan tarafından "İnme geçirmiş hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yüklerinin değerlendirilmek, duygu ve algılarını incelemek" amacıyla yürütülmektedir.

Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahipsiniz. Bu araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda sorulara vereceğiniz yanıtlar gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilerek araştırma amacıyla kullanılacaktır. Veri toplama amacı ile size gönderilen anket formundaki sorular 5-7 dk alacaktır. Derinlemesine görüşmeler ise sizin sorulara vereceğiniz yanıtların kısalığı veya uzunluğu dahilinde olacaktır. Anket formunda öncelikle Tanıtıcı Bilgilerinizi içeren sorular, ardından da inme geçirmiş hastanıza yönelik bakım yükünüzü belirlemeye yönelik sorular ve hastanızın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyi hakkındaki bilgileri içeren sorular olacaktır. Derinlemesine görüşmelerde ise araştırmacı tarafından hazırlanan ve bakım verdiğiniz süre içinde yaşadığınız deneyimleri değerlendirecek olan açık uçlu sorular olacaktır. Her bir soruyu, araştırmanın güvenilir olması için içtenlikle ve doğru olarak cevaplamanız gerekmekte olup ilgi ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bunlar hakkında banayazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

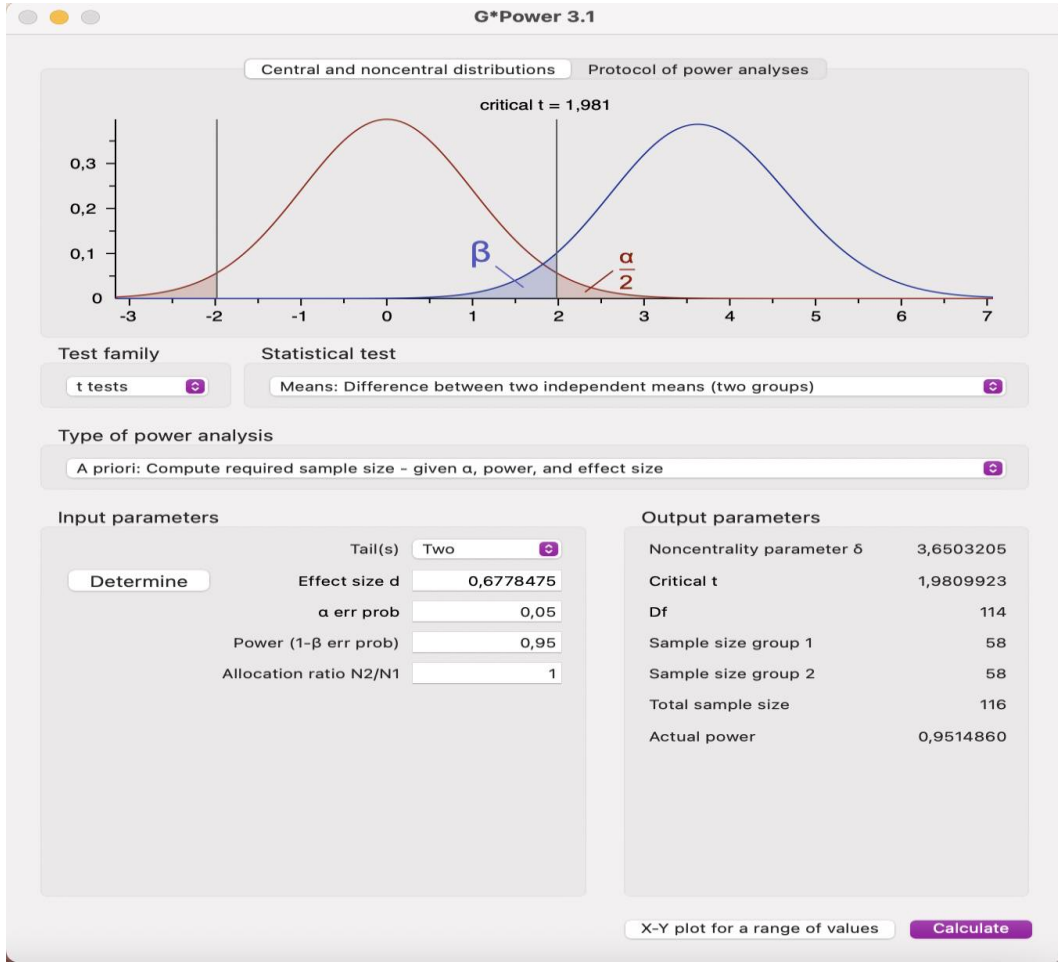
Velayet veya vesayet altında
bulunanlar için Veli Adı – Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı: İmzası:	Rıza alma işlemine başından sonuna kadartanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı- Soyadı: İmzası: Görevi:
--	---

EK-11. GÜÇ ANALİZİ



EK-12. SERTİFİKALAR



Sayın,
Arş.Gör. Serpil ÖZCAN

0

OTURUM KAPAT

Hemşirelik Esasları - Bilim Dalı - Doktora Programı

2021 - 2022 Akademik Yılı Güz Yarıyılı

▲ DNS	Danışmanlık (65327) ⓘ	3.0	0.0	0.0	3.0	G
EBE-721	Eğitimde Nitel Araştırma Yöntemleri (58965) ⓘ	3.0	0.0	0.0	3.0	BB
HME-801	Klinik Becerileri III (52444) ⓘ	2.0	0.0	0.0	2.0	AA
SBE-701	Proje Hazırlama (73718) ⓘ	2.0	0.0	0.0	2.0	BA
UZM	Uzmanlık Alan Dersi IV (43736) ⓘ	5.0	0.0	0.0	5.0	G
					Kredi	AGNO

EK-13. COREQ CHECKLIST

COREQ (Consolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	29
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	29
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	29
Gender	4	Was the researcher male or female?	29
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	29
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	29
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	29
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	29
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	28
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	22
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	22
Sample size	12	How many participants were in the study?	22
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	22
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	29
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	29
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	29
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	26
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	no
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	29
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	29
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	29
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	29
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	no

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	40
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	40
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	40
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	40
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	40
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	46
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	47
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	46
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	48

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.

EK-14. TEZ ADI/KONUSU DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

TEZ ADI/KONUSU DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU

Öğrencinin Adı ve Soyadı	Serpil Özcan
Ana Bilim Dalı	Hemşirelik Esasları
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Doktora

Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı Başkanlığına

Danışmanlığımı yürüttüğüm ve yukarıda bilgileri yazılı olan bilim dalımız öğrencisinin Tez adı/İçeriği aşağıda belirtilen şekilde değiştirilmiştir. Bilgilerinize arz ederim. Tarih girmek için burayı tıklayın.

Prof. Dr. Mağfret KAŞIKÇI

Değişiklik Türü	Tez Adı Değişikliği ☒ Tez İçeriği Değişikliği ¹ ☐
Tezin Eski Adı	İnmeli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Vermeye Hazır Olma, Yaşam Kalitesi ve Bakım Yükleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Algı ve Düşüncelerinin İncelenmesi: Karma Yöntem Araştırması
Tezin Yeni Adı	İnme Geçirmiş Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü, Duygu ve Algılarının İncelenmesi: Karma Yöntem Araştırması
Tezin İngilizce Adı	Investigation of Care Burden, Feelings and Perceptions of Family Members Nursing Patients with Stroke: A Mixed Method Research
Değişikliğin Gerekçesi	Değişiklik Gerekçesini Girmek İçin Tıklayınız

¹ Lütfen yeni tez önerisini ekleyiniz. Tez konusu değişen doktora öğrencileri yeni tez konusu kabul edildikten sonra en az 3 kere Tez İzleme Komitesi Ara Raporu sunmak zorundadır.