T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

(DOKTORA TEZİ)

İNMELİ HASTA YAKINLARINA VERİLEN EĞİTİMİN; HASTA VE HASTA YAKININININ YAŞAM KALİTESİ, ANKSİYETE VE DEPRESİF BELİRTİ DÜZEYİ ÜZERİNE ETKİSİ

AYLİN AKTAŞ

DANIŞMAN
PROF.DR. TÜRKİNAZ ATABEK AŞTI

HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI PROGRAMI

İSTANBUL-2010

TEZ ONAYI

TEZ ONAYI

Aşağıda tanıtımı yapılan tez, jüri tarafından başarılı bulunarak Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

29 / 06 / 2010

Prof.Dr.Tamer Demiralp
Enstitü Müdürü

Kurum	: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program Adı	: Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Programın seviyesi	: Yüksek Lisans ☐ Doktora ☒
Anabilim Dalı	: Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Tez Sahibi	: Aylin Aktaş
Tez Başlığı	: İnmeli Hasta Yakınlarına Verilen Eğitimin Hasta ve Hasta Yakınının Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresif Belirti Düzeyi Üzerine Etkisi
Sınav Yeri	: Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Sınav Tarihi	: 05 / 04 / 2010

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı

1.Prof.Dr. Sara Zarko Bahar (Tez İzleme Komite Üyesi) İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi /Nöroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

2.Prof.Dr.Türkinaz Atabek Aştı (Danışman) İ.ÜFlorence Hemşirelik Yüksekokulu / Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

3.Prof.Dr.Sevim Buzlu (Tez İzleme Komite Üyesi) İ.Ü.Florence Hemşirelik Yüksekokulu / Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

4.Prof.Dr.Şule Ecevit Alpar Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi

5.Doç.Dr.Rengin Acaroğlu İ.Ü.Florence Hemşirelik Yüksekokulu / Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

BEYAN

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

(İmza)

Aylin AKTAŞ

İTHAF

Her zaman yanımda olan ve beni destekleyen aileme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Eğitim hayatımın ve yaşamımın her döneminde olduğu gibi bu dönemimde de bilgi ve sevgisiyle sonsuz katkıları olan ve yardımlarını esirgemeyen değerli danışman hocam ***Prof.Dr.Türkinaz ATABEK AŞTI' ya***

Değerli bilgileri ile bana rehberlik ederek büyük ilgi ve desteğini esirgemeyen ***Prof.Dr.Kamerya BABADAĞ'a,***

Tezimin yürütülmesinde yardım ve desteklerini esirgemeyen ***Prof.Dr.Sara ZARKO BAHAR*** **ve** ***Prof.Dr.Sevim BUZLU' ya,***

Mesleki bilgi ve tecrübeleri ile nöroloji/ nöroşirurji hemşireliğine ilgi duymamda ve eğitim hayatımda büyük katkıları olan hocalarım ***Doç.Dr.Rengin ACAROĞLU*** **ve** ***Yard.Doç.Dr. Hatice KAYA*****' ya,**

Lisansüstü Eğitimim her aşamasında olduğu gibi bu aşamamda da büyük destek ve katkılarını gördüğüm hocalarım ***Yard.Doç.Dr.Merdiye ŞENDİR*** **ve** ***Yard.Doç.Dr.Nurten KAYA*****' ya**,

Daima yanımda desteklerini hisettiğim ***Hemşirelik Esasları Anabilimdalı araştırma görevlisi arkadaşlarıma,***

Veri toplama aşamasını sürdürdüğüm İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda büyük katkı ve desteğini esirgemeyen ***Uzman Dr. Nilüfer YEŞİLOT' a***, başta ***Başhemşire Ayla ORUÇ*** olmak üzere ***değerli hemşire meslektaşlarıma, asistan hekimler*** ve Beyin Damar Hastalıkları Polikliniği Sekreteri ***Ayşe ÇİBARLI'*** **ya**,

Çalışmamın istatistik analizlerinde değerli görüşlerini aldığım ***Araş. Gör. Emre İŞCİ'*** **ye** teşekkür ederim.

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir. Proje No: : T-1449.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİİ
İTHAF V
TEŞEKKÜR ..... Vİ
İÇİNDEKİLER ..... Vİİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... Xİ
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... Xİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... Xİİİ
ÖZET ..... Xİv
ABSTRACT XV
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. İNME HAKKINDA GENEL BİLGİ 4
2.1.1. İnme Tanımı 4
2.1.2. Beyin Kan Dolaşımının Anatomisi 4
2.1.3. Beyin Kan Dolaşımının Fizyolojisi 5
2.1.4. İnme Tipleri ve Etyolojisi 6
2.1.5. İnme Epidemiyolojisi 8
2.1.6. İnme Risk Faktörleri 8
2.1.7. Prognoz 9
2.1.8. İnme Tedavisi 10
2.1.8.1. İnme Üniteleri 10
2.1.8.2. İlaç Tedavisi 11
2.1.8.3. Cerrahi Tedavi 12
2.1.8.4. Rehabilitasyon 13
2.2. İNME VE HEMŞİRELİK BAKIMI 14
2.3. İNME SONRASI YAŞAM KALİTESİ 42
2.3.1. İnme Sonrası Yaşam Kalitesi Tanılaması 45
2.3.2. İnme Sonrası Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler 47
2.4. İNME SONRASI ANKSİYETE 48
2.4.1. İnme Sonrası Anksiyete Tanılaması 50

2.4.2. İnme Sonrası Anksiyeteyi Etkileyen Faktörler 51
2.5. İNME SONRASI DEPRESYON.....52
2.5.1. İnme Sonrası Depresyon Tanılaması 54
2.5.2. İnme Sonrası Depresyonu Etkileyen Faktörler 55
2.6. HASTA YAKINI EĞİTİMİ.....57
2.6.1. İnme Sonrası Hasta/ Hasta Yakını Eğitimi 58
2.6.2. Hasta Yakını Eğitimini Etkileyen Faktörler.....61
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....63
3.1. Araştırmanın Amacı.....63
3.2. Araştırmanın Türü.....63
3.3. Araştırmanın Hipotezleri 63
3.4. Araştırmanın Değişkenleri 64
3.5. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 64
3.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 65
3.7. Araştırmanın Etik Yönleri.....66
3.8. Veri Toplama Araçları 67
3.8.1. Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Skalası 67
3.8.2. Bilgi Formu 68
3.8.3. Rankin Skalası (mRS).....68
3.8.4. Barthel İndeksi (BI) 68
3.8.5. EuroQol Sağlık Anketi (EQ-5D).....69
3.8.6. Beck Depresyon Envanteri (BDE).....70
3.8.7. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DKE-SKE) 70
3.9. Araştırmanın Uygulanması 71
3.10. Araştırmada Karşılaşılan Olumlu ve Olumsuz Durumlar.....73
3.11. Verilerin Değerlendirilmesi 74
4. BULGULAR.....75
4.1. HASTA VE HASTA YAKINLARININ TANITICI ÖZELLİKLERİ 75
4.1.1. Sosyo-demografik Özellikler 75
4.1.2. Hastaların Hastalık Özellikleri.....77
4.1.3. Fonksiyonel Değerlendirme Özellikleri.....79
4.2. HASTA YAKINI EĞİTİM PROGRAMININ HASTA VE HASTA YAKINLARININ YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ 81

4.2.1. Hasta Yakını Eğitim Programının Hastaların Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi..81
4.2.2. Hasta Yakını Eğitim Programının Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi 85
4.3. HASTA YAKINI EĞİTİM PROGRAMININ HASTA VE HASTA YAKINLARININ ANKSİYETE DÜZEYİ ÜZERİNE ETKİSİ 89
4.3.1. Hasta Yakını Eğitim Programının Hastaların Anksiyete Düzeyi Üzerine Etkisi 89
4.3.2. Hasta Yakını Eğitim Programının Hasta Yakınlarının Anksiyete Düzeyi Üzerine Etkisi.....90
4.4. HASTA YAKINI EĞİTİM PROGRAMININ HASTA VE HASTA YAKINLARININ DEPRESİF BELİRTİ DÜZEYİ ÜZERİNE ETKİSİ.....91
4.4.1. Hasta Yakını Eğitim Programının Hastaların Depresif Belirti Düzeyi Üzerine Etkisi 91
4.4.2. Hasta Yakını Eğitim Programının Hasta Yakınlarının Depresif Belirti Düzeyi Üzerine Etkisi.....92
4.5. FONKSİYONEL DEĞERLENDİRME ÖZELLİKLERİ, YAŞAM KALİTESİ, ANKSİYETE VE DEPRESİF BELİRTİ ÖLÇEKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ 93
4.5.1. Hastaların Fonksiyonel Değerlendirme Özellikleri (mRS ve BI) Arasındaki İlişki 93
4.5.2. Hastaların Fonksiyonel Değerlendirme Özellikleri (mRS ve BI) ile Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D), Durumluk Kaygı Envanteri (DKE), Sürekli Kaygı Envanteri (SKE), Beck Depresyon Envanteri (BDE) Arasındaki İlişki.....93
4.5.3. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D), Durumluk Kaygı Envanteri (DKE), Sürekli Kaygı Envanteri (SKE), Beck Depresyon Envanteri (BDE) Arasındaki İlişki 96
4.5.4. Hasta Yakınlarının Fonksiyonel Değerlendirme Özellikleri (mRS) ile Yaşam Kalitesi (EQ-5D), Durumluk Kaygı Envanteri (DKE), Sürekli Kaygı Envanteri (SKE), Beck Depresyon Envanteri (BDE) Arasındaki İlişki.....99
4.5.5. Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitesi (EQ-5D), Durumluk Kaygı Envanteri (DKE), Sürekli Kaygı Envanteri (SKE), Beck Depresyon Envanteri (BDE) Arasındaki İlişki.....101
5. TARTIŞMA 105
5.1. HASTA VE HASTA YAKINLARININ TANITICI ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI.....106

5.2. HASTA YAKINI EĞİTİM PROGRAMININ YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN TARTIŞILMASI 108
5.3. HASTA YAKINI EĞİTİM PROGRAMININ ANKSİYETE DÜZEYİ ÜZERİNE ETKİSİNİN TARTIŞILMASI 112
5.4. HASTA YAKINI EĞİTİM PROGRAMININ DEPRESİF BELİRTİ DÜZEYİ ÜZERİNE ETKİSİNİN TARTIŞILMASI 115
5.5. FONKSİYONEL DEĞERLENDİRME ÖZELLİKLERİ, YAŞAM KALİTESİ, ANKSİYETE VE DEPRESİF BELİRTİ ÖLÇEKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI 119
KAYNAKLAR 129
FORMLAR 141
ÖZGEÇMİŞ 159

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: DSM-IV-TR Depresyon Tanılama Kriterleri ve İnme İle İlişkili Emosyonel Sekel Karşılaştırılması 54
Tablo 4-1: Hasta ve Hasta Yakınlarının Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı 76
Tablo 4-2: Hastaların Hastalık Özelliklerinin Dağılımı 78
Tablo 4-3: Hasta ve Hasta Yakınlarının Fonksiyonel Değerlendirme Özelliklerinin Karşılaştırılması 80
Tablo 4-4: Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D) Boyutlarındaki Sorunların Düzeylerine İlişkin Dağılımı 83
Tablo 4-5: Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D) Ortalamalarının Karşılaştırılması 84
Tablo 4-6: Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D) Boyutlarındaki Sorunların Düzeylerine İlişkin Dağılımı..... 87
Tablo 4-7: Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D) Ortalamalarının Karşılaştırılması 88
Tablo 4-8: Hasta Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... 89
Tablo 4-9: Hasta Yakınlarının Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 90
Tablo 4-10: Hasta Depresif Belirti Puan Ortalamalarının Karşılaştırması 91
Tablo 4-11: Hasta Yakını Depresif Belirti Puan Ortalamalarının Karşılaştırması 92
Tablo 4-12: Hastaların Fonksiyonel Değerlendirme Özellikleri Arasındaki İlişki..... 93
Tablo 4-13: Hastaların Fonksiyonel Değerlendirme Özellikleri ile EQ-5D,SKE, DKE ve BDE Arasındaki İlişki..... 95
Tablo 4-14: Hastaların EQ-5D, SKE, DKE ve BDE Arasındaki İlişki 97
Tablo 4-15: Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişki 98
Tablo 4-16: Hasta Yakınlarının Fonksiyonel Değerlendirme Özellikleri ile EQ-5D, SKE, DKE ve BDE Arasındaki İlişki 100
Tablo 4-17: Hasta Yakınlarının EQ-5D, SKE, DKE ve BDE Arasındaki İlişki 103
Tablo 4-18: Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişki 104

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Yaşam Modeli 15
Şekil 2-2: İnme Sonrası Evde Bakım 42
Şekil 3-1: Araştırmanın Veri Toplama Tasarımı 63
Şekil 3-2: Veri Toplama Zamanına Göre Veri Toplama Araçları 73

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

AHA: American Heart Association

BI: Barthel İndeksi

BDE: Beck Depresyon Envanteri

DKE: Durumluk Kaygı Envanteri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EQ-5D: EuroQol Sağlık Anketi (European Quality of Life 5 Dimension)

EQ_{VAS} : EuroQol'un Görsel Analog Skala Bölümü (Visuel Analog Scales-VAS)

GİA: Geçici İskemik Atak

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

NIHSS: Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Skalası (National Institue of Health Stroke Scale)

OCSP: Oxfordshire Toplum İnme Projesi (Oxfordshire Community Strok Project-OCSP)

PACI: Parsiyel Anterior Sirkulasyon İnfarkt

POCI: Posterior Sirkulasyon İnfarktı

LACI: Laküner İnfarkt

mRS: Modifiye Rankin Skala (Modified Rankin Scale)

RoM: Eklem açıklığı hareketleri (Range of Movement)

SKE: Sürekli Kaygı Envanteri

STAI: Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory)

SYK: Sağlıkla ilişkili Yaşam Kalitesi

TACI: Total Anterior Sirkülasyon İnfarktı

ÖZET

Aktaş, A. (2010). İnmeli Hasta Yakınlarına Verilen Eğitimin Hasta ve Hasta Yakınının Yaşam Kalitesi, Anksiyete Ve Depresif Belirti Düzeyi Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Araştırma, inmeli hasta yakınlarına verilen eğitimin, inmeli hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesi, anksiyete ve depresif belirtiler üzerine etkisini incelemek amacıyla planlandı.

Yarı-deneysel tasarım tipinin uygulandığı araştırmada örneklemi, 40 hasta ve hasta yakını (20 girişim ve 20 kontrol) oluşturdu. Bu konuda yapılan çalışmalar temel alınarak planlanan hasta yakını eğitim programı, hastanede hasta/ hasta yakınına özgü 30-45 dakikalık 3-5 oturum şeklinde yürütüldü.

Veriler; Bilgi Formu, Rankin Skalası, Barthel İndeksi, EuroQol Sağlık Anketi, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve Beck Depresyon Envanteri kullanılarak hastaneye kabulde, hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra olmak üzere 3 kez değerlendirildi.

Analiz ve değerlendirmelerde, tanımlayıcı ve parametrik olmayan (Friedman testi, Mann-Whitney U, Spearman's korelasyonu) istatistik yöntemleri kullanıldı.

Hastaların yaş ortalaması girişim grubunda 57,90±15,08 yıl, kontrol grubunda 58,75±16,36 yıldı. Hasta yakınlarının yaş ortalaması, girişim grubunda 47,55±12,08, kontrol grubunda 50,35±15,90 yıl olup çoğunluğu kadındı.

Girişim grubunda hasta yakınlarına verilen eğitimin hastanın/ hasta yakının algıladıkları sağlık durumu, anksiyete ve depresyon üzerine etkisinin olmadığı ancak kontrol grubunda, hastaların hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra anksiyete ve depresif belirti düzeyinde artış olduğu görüldü ($p<0,05$). Bu sonuç hasta yakını eğitim programının, inme sonrası hasta/ hasta yakının yaşam kalitesini etkileyen anksiyete ve depresif belirtileri azaltmada etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: inme, eğitim, yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon.

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir. Proje No: T- 1449.

ABSTRACT

Aktas, A. (2010). Effects of Caregiver Training on Quality of Life, Anxiety and Depressive Symptoms of Stroke Patients and Their Caregivers. İstanbul University, Institute of Health Science, Fundamentals of Nursing. Doktoral Dissertation. İstanbul.

This study was planned in order to determine the effects of caregiver training on the quality of life, anxiety and depressive symptoms of stroke patients and their caregivers.

This was a quasi-experimental study and this study sample was consisted of 40 patients and informal caregivers (20 were assigned into the experimental and 20 in the control group). The planned caregiver training program, based on studies conducted on this subject, was conducted in 3-5 session, each 30-45 minutes long, at the hospital setting.

Data were collected using "İnformation Form", "Rankin Scales", "Barthel Index" "European Quality of Life Instrument" Health Questionnaire", "Beck Depression Inventory", "State-Trait Anxiety Inventory". Evaluation was done three times; during patient admission, after 3 and 6 months from hospital discharge.

The data were analyzed using descriptive statistics and nonparametric (Friedman analysis, Mann-Whitney U, Spearman's correlation) tests.

The mean age of experimental group patients was 57,90±15,08 years, control group patients was 58,75±16,36 years. The mean age of experimental group caregivers was 47,55±12,08 years, control group caregivers 50,35±15,90 and most of the patients were female.

This study showed that caregivers' training was not effective on the patients' and their caregivers' perceived health status, anxiety and depressive symptoms. However, the findings showed that the level of anxiety and depressive symptoms in control group patients have increased 3 and 6 month after hospital discharge ($p<0,05$). This study of data is supposed that caregiver training may be effective in decreasing the level of anxiety and depressive symptoms, which can affect the quality of stroke patients/their caregiver.

Key Words: stroke, education, quality of life, anxiety, depression.

The present work was supported by the Research Fund of Istanbul University. Project No. T- 1449

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnme, toplumda ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada olmasının yanı sıra, erişkinlerde ilk sırada gelen tam/ yarı bağımlılık nedenlerinden biridir. Bu açıdan önemli bir toplum sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Ayrıca nörolojik hastalıklar nedeniyle hastaneye yatan olguların yarısından fazlasını inmeli hastalar oluşturmaktadır (Memiş ve ark. 2003; Çoban 2004a; Krespi ve Bahar 2004).

İnme, hastaların yaşamında ani ve dramatik değişikliklere yol açmaktadır. Nitekim inme, hastanın biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ve ekonomik boyutlarını etkileyerek günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı hale gelmesine neden olmaktadır (Memiş ve ark. 2003; Roper ve ark. 1996). İnmeden sonra hasta bireyin bakımı ve rehabilite edilmesinde, rehabilitasyon ve diğer profesyonel bakım uygulamaları/ destek çok sınırlı olup bakımın sorumluluğu sıklıkla hasta yakınları/ aile üyeleri tarafından evde gerçekleşmektedir (White ve ark. 2006). Genellikle inme ani oluştuğundan, hastada emosyonel, bilişsel ve davranışsal değişikliklere yol açtığından ve uzun süreli bir bakımı gerektirdiğinden inmeli hastaların yakınları yeni bakımverici rollerine uyum sağlamada güçlük yaşamaktadır. İnme özellikle hastaya birincil derecede bakım veren hasta yakınları/ aile üyesi için bir krizdir ve bu bireylerde anksiyete ve depresyon sıklıkla görülebilmektedir (Buzlu 2006; Powers 2006).

Hastaneye yatma ve hastalık yaşantısındaki belirsizlik durumu da, birey tarafından bir tehlike olarak değerlendirildiğinde anksiyeteyi daha da arttırmaktadır (Öz 2004). Anksiyete, varlığın temelini oluşturan bir değere yönelik tehdidin yol açtığı endişe ya da kaygı olarak tanımlanmaktadır. Anksiyeteyi tüm insanlar yaşamları boyunca farklı düzeylerde yaşayabilmektedir. Birçok insan için anksiyete normal sınırlarda, bazılarında durumsal ve nispeten kısa süreli, bazılarında ise uzun süreli yaşanmaktadır (Öz 2004). Anksiyete kavramı, Spielberger'in iki faktörlü Kaygı Kuramı'nda durumluk ve sürekli kaygı olarak ayrılmaktadır. Bu kuramda durumluk kaygının, bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korku olduğu, stresin yoğun olduğu zamanlarda durumluk kaygı düzeyinde artma, stres ortadan kalkınca azalma olduğu bildirilmektedir. Sürekli kaygının ise, bireyin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılama ve yorumlama eğiliminde olduğu; objektif kriterlere göre nötr olan durumların, birey tarafından tehlikeli ve benliği tehdit edici olarak algılandığı belirtilmektedir (Öner ve Le Compte 1998).

Anksiyete bozukluklarının hastalarda, inmenin doğrudan etkisi sonucu oluşup oluşmadığı konusu tartışmalı bir konu olmakla birlikte yaygın anksiyete bozukluğu gibi anksiyete bozukluklarının sıklıkla inme sonrası tabloya eşlik ettiği belirtilmektedir (Çalıyurt 2007). İnme sonrası hastalarda oluşan anksiyete bozukluklarının sıklıkla depresif hastalıklarla birlikte görülmekte olduğu da bildirilmektedir (Robinson ve Jorge 2007). Nitekim inme sonrası hastalarda en sık görülen emosyonel sorun, inme sonrası depresyondur. Yapılan çalışmalarda inme sonrasında hastalarda depresyon görülme sıklığına ilişkin farklı oranlar verilmesine karşın inme sonrasında hastaların yaklaşık olarak üçte birinde depresyon görüldüğü bildirilmektedir (Altınbaş ve ark. 2006; Ostwald ve ark. 2008). Berg ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında hasta yakınlarında depresyon görülme sıklığının ise % 30-33 oranında olduğunu ve hastalardaki depresyon oranlarından daha yüksek olduğunu belirtmektedir.

İnme sonrası hem hasta ve hem de hasta yakınlarında görülen anksiyete ve depresyon gibi emosyonel sorunlar; hastanın iyileşme sürecini etkilemekle birlikte, hasta/ hasta yakınlarının günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesini ve dolayısıyla yaşam kalitesini etkilemektedir (Buzlu 2006; Cameron ve ark. 2006). Yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamından memnun olma durumu ya da subjektif iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (Durmaz ve Atamaz 2006).

Araştırmalar inme sonrası hastaya bakım vermenin hasta yakınlarının fizyolojik, psikolojik, ekonomik ve sosyal boyutlarını etkilediğini, hasta yakınlarının yaşam kalitesinin inmeden sonra yıllar geçse bile olumsuz etkilendiğini belirtmektedir (Adams 2003; Walling 2005; White ve ark. 2006). Bakım verenlerde anksiyete, depresif belirti varlığı ve yaşam kalitesinin istenen düzeyde olmaması sağlık ekibi üyelerinin, bakım verenlerin yaşam kalitesini arttırmaya yönelik girişimler planlanması ve geliştirilmesi gerektiğine işaret etmektedir (Adams 2003; Visser-Meily ve ark. 2005; White ve ark. 2006). Bu bağlamda etkin sağlık hizmetinin sunumunda sağlık ekibinin vazgeçilmez bir üyesi olan hemşirelerin, hastanın hastalığına uyumu ve kendi kendine bakımını sağlaması, hasta ve hasta yakınlarının bakım hakkında doğru kararlar vermesi, birlikte sorumluluk üstlenmeleri için etkili bir eğitim programı planlanması ve uygulanması önem taşımaktadır (Taşocak 2007; Kaya 2004).

Literatürde hasta yakını eğitiminin, hasta/ hasta yakının; bilişsel ve emosyonel sorunlarını önleme, sorumluluklarını azaltma/ paylaşma, duygularını ifade etmeye cesaretlendirme, yapabilecekleri işlevlerde/ rollerde destekleme, suçluluk duygusuyla

uygun başetme yöntemleri öğretme konusunda yardımcı olacağı belirtilmektedir (Buzlu 2006). Benzer şekilde inmeli hasta ve hasta yakının eğitimine yönelik yapılan çalışmalarda, hasta/ hasta yakının; anksiyete, depresif belirti düzeyi ve bakımverici yükünü azalttığı, bakım memnuniyetini arttırdığı, yaşam kalitesini arttırdığı dolayısıyla hasta bakım/ tedavi sonuçlarına olumlu etkileri olduğu, hastane ve rehabilitasyon ünitelerinde yatış süresini ve tekrarlayan yatışları azalttığı, maliyetleri azalttığı belirtilmektedir (Kalra ve ark. 2004; Pierce ve ark. 2004).

Özellikle hasta/ hasta yakınına verilen eğitim/ danışmanlık gibi uygulamaların rehabilitasyon sonuçlarına etkisinin araştırıldığı çalışmalar son yıllarda artış göstermesine rağmen eğitimin etkinliğini ortaya koyan çalışmaların sınırlı olduğu, bakım/ tedavi sonuçlarını ve yaşam kalitesini arttırmak açısından tek başına eğitimin etkinliğinin kesin olarak gösterilemediği de belirtilmektedir. Sistematik incelemeler, klinik ve metaanaliz çalışmalarında inmeli hasta/ hasta yakınlarına verilen eğitimin zamanlaması, içeriği ve süresi gibi konular bağlamında en etkin eğitimin nasıl olacağı konusunda fikir birliği olmadığı, konunun önemli bir sorun olarak devam ettiği belirtilmektedir (Kalra ve ark. 2004; Rundek ve Sacco 2004; Smith ve ark. 2009). Bu bilgiler ışığında araştırma; inmeli hasta yakınlarına verilen eğitimin, hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesi, anksiyete ve depresif belirtiler üzerine etkisini belirlemek amacıyla yarı deneysel olarak planlandı ve gerçekleştirildi. Hasta yakınlarına verilen eğitimin, hasta ve hasta yakının; hastalık hakkında farkındalığını arttırması, yaşam kalitesini yükseltmesi, depresyon, anksiyete gibi emosyonel problemlerini azaltmasının yanı sıra olumlu yönde bakım motivasyonunu arttıracağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İNME HAKKINDA GENEL BİLGİ

2.1.1. İnme Tanımı

Beyin damar hastalıkları (Serebrovasküler hastalıklar); beynin bir bölgesinin geçici veya kalıcı olarak, iskemi veya kanama nedeniyle etkilendiği ve/veya beyni besleyen damarların patolojik bir süreç ile doğrudan tutulduğu tüm hastalıkları kapsar (Çoban 2004a).

İnme, beyin damar hastalıkları içinde fokal serebral fonksiyon kaybı ile karakterize bir klinik sendromdur (Çoban 2004a). İnme için aynı zamanda serebrovasküler olay (cerebrovascular attack/accident), beyin krizi, strok (stroke/ acute stroke), apopleksi (apoplexy) terimleri de kullanılmaktadır (Akdemir ve Birol 2005; Karadakovan 2010). Bu terimler fokal nörolojik defisitin ani olarak ortaya çıkması veya gelişmesi anlamına gelmektedir. Beyin krizi terimi ise, toplumu inmenin ivediliği konusunda bilgilendirme amacıyla yürütülen ulusal sağlık örgütlerinin eğitim kampanyalarında kullanılan bir terimdir (Sacco 2008).

Krespi ve Bahar' ın (2004) kaynağında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) inme tanımı; en geniş anlamıyla "vasküler nedenler dışında görünürde başka bir neden olmadan, aniden yerleşip, fokal (veya global) serebral disfonksiyona yol açan, 24 saat veya daha uzun sürebildiği gibi ölümle de sonuçlanabilen klinik bir durum" olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımın; beyin kanaması, subaraknoid kanama, arteryel ve venöz tıkanmalar sonucu gelişen klinik durumları da yansıtmakta olduğu da belirtilmektedir.

Geçici İskemik Atak (GİA) ise, beynin fokal rahatsızlığı ya da retinal iskemi ile ve bir saatten kısa süren semptomlarla seyreden enfarkta ilişkin oluşan hiçbir göstergenin olmadığı kısa bir nörolojik fonksiyon bozukluğu epizodu olarak tanımlanmaktadır (Sacco 2008).

2.1.2. Beyin Kan Dolaşımının Anatomisi

Beyin arcus aorta ve dallarından ayrılan karotis ve vertebral arterler aracılığı ile beslenir. Oksipital lob dışında kalan serebral hemisferilerin kan akımını karotis interna dalları, infratentoryel bölgede yer alan beyin sapı ve serebellum ile supratentoryel yapılarından oksipital lob ile talamusun kan akımını vertebral arter ve dalları sağlar

(Bahar 2004). Karotis ve dalları *anterior dolaşım* olarak, vertobrobaziller arter ise *posterior dolaşım* olarak anılır (Sacco 2008).

Beyin dolaşımını sağlayan arterler arasında çok sayıda anastomoz olanakları vardır. İntrakranyal bölgede her iki karotis sistemi ve vertebrobaziler sistem ile karotis sitemi arasında gerektiğinde devreye giren kollateral dolaşımı *Willis Poligonu* sağlar (Bahar 2004). Anastomoz noktalarında perfüzyon basıncı normalde sıfırdır. Bir başka deyişle vasküler sistemin fizyolojik işleyişi esnasında iki sistemin kanı birbirine karışmaz. Vertobrobaziller sistem posterior fossa yapılarını beslerken, karotis sistem beynin geri kalan bölümünü kanlandırılır. Patolojik koşullarda, sözgelimi Willis Poligonuna katılan arterlerden birinde tıkanma oluşursa, anastomoz bölgesi basıncında ortaya çıkan değişiklikler nedeniyle Willis Poligonu ön ve arka ya da sağ ve sol sistemler arasında bir köprü görevini üstlenerek birleştirici arterler kanalıyla kanı normal yataktan tıkanma noktasının distaline doğru taşır. Çok akut tıkanmada yetersiz kalabilir, tıkanan arterin sulama alanında o bölgeye özgü fokal nörolojik disfonksiyona yol açan infarkt meydana gelir (Kutluk 2004a).

2.1.3. Beyin Kan Dolaşımının Fizyolojisi

Beyin, metabolik gereksinimi yüksek bir organdır. Beyin işlevini sürdürebilmesi için yeterli oksijen ve glikoz içeren sürekli (kesintisiz) kan akımına muhtaçtır (Bahar 2004). Toplam vücut ağırlığının %2' sini oluşturan erişkin beyni her 24 saatte yaklaşık 150 gram glukoz ve 71 litre oksijene gereksinim duyar; bu oksijen miktarı vücudun toplam oksijen tüketiminin %20'sine karşılık gelir (Sacco 2008). 50 mililitre-ml/ 100 gram/ dakika düzeyindeki normal serebral kan akımını sağlamak üzere her bir internal karotis arterde dakikada 350 ml, vertebrobaziler sistemde ise 100 ile 200 ml kan akımı sözkonusudur (Kutluk 2004b; Sacco 2008) .

Fizyolojik şartların korunduğu durumda beyin kan akımı, sistemik kan basıncı değişikliklerinden etkilenmez (Bahar 2004). *Serebral otoregülasyon*, perfüzyon basıncındaki değişikliklere rağmen beyin kan akımının sabit bir şekilde devamını sağlayan kontrol mekanizmasıdır. Kısa süreli akım bozukluklarına diğer organlardan daha az tolerans gösteren beyin, ancak bu sayede metabolizmasını koruyabilir. Otoregülasyonda ise, serebral rezistans arterleri perfüzyon basıncı düştüğü zaman genişler, arttığı zaman da daralır. Bu şekilde serebral kan akımı, oldukça geniş bir basınç aralığında sabit kalır (Kutluk 2004b).

İskemik inme, subaraknoid kanama, kafa travması, kanda parsiyel karbondioksit basıncının artması gibi *serebral otoregülasyon* bozulduğu durumlarda beyin kan akımı, perfüzyon basıncındaki değişikliklere bağımlı duruma gelir (Bahar 2004).

Serebral iskemiye yol açan patolojik bir süreç sonucunda beyin kan akımı 100 gram beyin içinde dakikada 20 ml altına düşerse elektrofizyolojik sessizlik hali ortaya çıkar. Bu durumda iskemik dokunun enerji ihtiyacı alt düzeydedir. Böylelikle bir süre için de olsa hücre bütünlüğünü korur. İskemi süresi uzarsa hücre ölümü başlar. Bu sırada dokunun kandan aldığı oksijen miktarı artarken dokunun oksijen kullanma kapasitesi düşmeye başlar. Akut iskemik olaylarda, merkezde iskemiden en çok zarar gören bir alan ile çevresinde enerji metabolizması bozulan ve bu nedenle elektriksel aktivitesini sürdüremeyen buna karşılık hücre içi ve dışı arasındaki iyon dengesini koruyabilen geri dönüşümsüz hücre ölümünün başlamadığı bir bölge vardır. Elektriksel olarak sessiz, ancak yaşamını sürdürmekte olan bu beyin bölgesi *iskemik pneumbra* olarak adlandırılır. İskemik penumbra bölgesi, nöronal işlevin bozulduğu ancak potansiyel olarak kurtarılabilir bir doku olduğu için inmede erken tedavi çalışmalarının önde gelen ilgi alanıdır (Bahar 2004).

2.1.4. İnme Tipleri ve Etyolojisi

Beyin ya da nöral fonksiyon bozukluğu; 50 mg/dl'nin altındaki serebral kan akımlarında ortaya çıkar, geri dönüşümsüz nöronal hasar ise 30 mg/dl' nin altındaki düzeylerde başlar. Serebral kan akımındaki düşüşlerin derecesi ve süresi kalıcı nöronal hasar olasılığıyla yakından ilişkilidir (Sacco 2008).

İnme iki önemli kategoriye ayrılır; vasküler oklüzyon ve hipoperfüzyon oluşturduğunda ***iskemik/****tıkayıcı*; beyin veya subaraknoid alanına kan ekstravazasyonu oluştuğunda ***hemorajik/*** kanayıcı olur. İnmenin iki tipi arasında kabaca bazı benzerlikler olmasına rağmen, etyolojisinde, patofizyolojisinde, medikal tedavisinde, cerrahi tedavisinde ve hemşirelik bakımında farklılık gösterir (Arbour 2006; Smeltzer ve ark. 2008).

İnme, beyni besleyen normal kan akımındaki miktarda aksama/ kesilme ile oluşur. Kan miktarında aksama; iskemik/ tıkayıcı kaynaklı olduğunda beyindeki kan akımında kesilme biçiminde olabilir. Kan akımında kesilme aynı zamanda beyin içinde veya etrafında kanama biçiminde de olabilir. Buna hemorajik/ kanayıcı (beyin kanaması, subaraknoid kanama) inme denir (Hickey 1997; Arbour 2006). İskemik inme

hemorajik inmeden 3 ile 4 kat daha sık görülmekte ve tüm inme olguların %70 ile %80' ini oluşturmaktadır (Arbour 2006; Sacco 2008).

*İskemik inme*ler; trombotik, embolik ve hemodinamik olmak üzere üç temel mekanizma sonucu gelişirler. Trombotik infarktlar genellikle aterosklerotik bir plak üzerine trombüs yerleşmesi ile oluşur. Bazen damar duvarına ait bir bozukluk olmaksızın pıhtılaşma bozukluğu nedeniyle trombotik infarkt gelişebilir. Embolik infarkt, bir arterin, uygun kollateral kan akımı bulunan bölgenin distalindeki bir noktada emboli ile tıkanması sonucu oluşur. Hemodinamik infarktlar nadirdir ve en sık olarak proksimal arterlerde ciddi darlık veya tıkanma ile birlikte global serebral perfüzyonun kritik olarak düşmesi sonucu oluşurlar. Ancak, infarkt mekanizmasının belirlenmesi, klinikte çoğu kez imkânsız, bazen de tedavi planlaması açısından yararsızdır (Çoban 2004b).

İskemik inmeler nedenine dayanarak büyükarter inmeleri-aterotrombotik (%20), penetran (artere/ dokuya) küçük trombotik inmeler-laküner inme (%25), kardiyojenik embolik inmeler- kardiyoembolik (%20), nedeni bilinmeyen inmeler (%30) ve diğer nedenler olmak üzere beş farklı tipe ayrılır (Smeltzer ve ark. 2008).

Beynin sağ ve sol hemisferinde/ yarısında meydana gelen inme lezyonlarında klinik bulgular farklılık göstermektedir. Beynin sağ yarısı etkilendiğinde; sol tarafta paralizi/ güçsüzlük, sol taraf görme alanında bozulma, uzaysal-algısal bozulma, çabuk ve ani davranışlar, karar verme güçlüğü, bellekte bozulma, yetersizliklerin farkında olma güçlüğü, beynin sol yarısı etkilendiğinde ise; sağ tarafta güçsüzlük, sağ taraf görme alanında bozulma, afazi, yavaş ve dikkatli davranış, entelektüel yeteneklerde değişiklik, yetersizliklere bağlı gerginlik ve depresyon gibi klinik bulgulara yol açar (Smeltzer ve ark. 2008; Memiş ve ark. 2003; Karadakovan 2010).

Hemorajik inme; serebrovasküler hastalıklara bağlı inmelerin yaklaşık %15-20 sini oluşturur, intrakranyal ve subaraknoid kanama olarak görülür (Hickey 1997; Smeltzer ve ark. 2008). İntrakraniyal kanama, kranyal boşluk içindeki herhangi bir yerde bir damarın rüptüre olmasından/ yırtılmasından kaynaklanır. İntrakraniyal kanama lokalizasyona göre (ekstradural, subdural, subaraknoid, intraserebral, intraventriküler gibi), yırtılan damarın ya da damarların yapısına göre (arteryel, kapiller, venöz gibi) ya da nedene göre (birincil, ikincil gibi) sınıflandırılır. Tüm inmeli olguların %15' inden sorumlu olan intrakranyal kanamalar; intraserebral (%10) ve subaraknoid kanama (%5) olmak üzere ikiye ayrılır. Kanamanın beyni çevreleyen subaraknoid boşluktan köken

aldığı durumlarda *subaraknoid;* kanamanın beyin maddesi ya da parenkimine doğru olduğu durumda ise *intraserebral* kanama olarak tanımlanır (Sacco 2008). İntraserebral kanama hemorajik inmelerin %80'ini oluştururur ve çoğunlukla kontrol edilmeyen hipertansiyon sonucu küçük damarların yırtılmasından kaynaklanır. Diğer nedenler ise serebral amiloid anjiyopati, arteriovenöz malformasyonlar, intrakranial neoplazmalar ve antikoagülan, amfetamin gibi bazı ilaçlardır. Subaraknoid kanama hastaların yarısında intrakranyal anevrizmanın rüptüre olmasından/yırtılmasından kaynaklanır (Smeltzer ve ark. 2008).

Hemorajik inmelerde iskemik inmelere benzer birçok belirti ve bulgu ortaya çıkar. İskemik inme belirti ve bulgularına ek olarak arterivenöz malformasyonlar ve anevrizmalarda ani başlayan şiddetli başağrısı ve değişik sürelerde devam eden bilinç kayıpları görülür (Karadakovan 2010).

2.1.5. İnme Epidemiyolojisi

Epidemiyoloji insan topluluklarında hastalık sıklıklarının dağılımı (insidans, prevalans, mortalite, zaman içindeki değişiklikler) ve belirleyicilerinin (hazırlayıcı etkenler, risk faktörleri) bilimidir (Çoban 2004a).

İnme etkisinin büyüklüğü inmeye özgü insidans, prevelans ve mortalite gibi halk sağlığı terimleriyle ölçülür. İnme *prevelans*ı belli bir popülasyonda özel bir zaman dilimindeki yeni ve eski olguların toplam sayısıdır, binde altı civarındadır (Çoban 2004a; Sacco 2008). Ayrıca 2005 yılında 20 yaş ve üstü yetişkinlerde inme prevelansının 6.500.000 olduğu belirtilmektedir (American Heart Association Heart Disease and Stroke Statistics-AHA 2009). İnme *insidans*ı, belli bir popülasyonda belirli zaman aralığı içinde görülen yeni inme olgularının sayısıdır (Sacco 2008). Her yıl, yaklaşık 795.000 kişinin inme geçirdiği ve bunların 610.000' inin ilk defa inme deneyimlediği belirtilmektedir (AHA 2009). *Mortalite* verileri kolaylıkla erişilebilirdir ancak inmeli hastaların tümü yaşamını kaybetmediği için inmenin büyüklüğü göz ardı edilebilir (Sacco 2008). ABD' de 2005 yılı verilerine göre yaklaşık her 17 ölümden birinin inmeden kaynaklandığını göstermektedir (AHA 2009).

2.1.6. İnme Risk Faktörleri

Bir hastalığın oluşmasında yatkınlık yaratan etmenler risk faktörü olarak tanımlanır (Çoban 2004a). İnme risk faktörleri değiştirilemeyen, değiştirilebilir ve potansiyel risk faktörleri olmak üzere üçe ayrılır. Birçok risk faktörü birarada

bulunduğunda, risk faktörlerinin tek tek düzeyleri çok yüksek olmasa bile, inme riski birkaç kat yükselir (Gorelick ve Alter 2002; Sacco 2008).

Serebrovasküler hastalıklar herhangi bir yaşta, herhangi bir zamanda, her iki cinsiyette, tüm aile ve tüm ırklarda görülmesine rağmen, değiştirilemeyen bu faktörlerin her biri inme insidansını etkiler. İnme 40 yaş öncesinde daha seyrek görülür. İnme insidansı erkeklerde, inmeyle ilişkili aile öyküsü olanlarda ve bazı ırksal-etnik gruplarda daha yüksektir (Gorelick ve Alter 2002; Sacco 2008).

İleri yaş, cinsiyet, herediter/ ailesel özellikler, ırk, coğrafi bölge önceden geçirilmiş inme ya da diyabet, kalp hastalığı öyküsü değiştirilemeyen risk faktörleridir (Gorelick ve Alter 2002; Çoban 2004a).

İnme, temeli yıllar öncesine dayanan predispozan/ hazırlayıcı durumların bir sonucudur (Sacco 2008). Hipertansiyon, diabetes mellitus, hiperkolesterolemi, atrial fibrilasyon, sigara içme, fiziksel aktivite eksikliği, obezite aşırı alkol kullanımı, asemptomatik karotis stenozu ve GİA öyküsü modifiye edilebilir risk faktörleridir (Gorelick ve Alter 2002; Çoban 2004a).

Potansiyel risk faktörlerinin ise doğrulanması ve daha ileri epidemiyolojik çalışmalarla netleştirilmesi gerekir. Migren, oral kontraseptif kullanımı, fazla/ yanlış ilaç kullanımı ve horlama yüksek inme riskiyle ilişkili bulunmuştur. Ayrıca altta yatan bir metabolik-koagülasyon ya da enflamatuar bozukluğu yansıtan, laboratuar test sonuçlarındaki anormallikler inmeyle ilişkilendirilmiş ve olası inme öncülleri olarak tanılanmıştır. Bunlar; hematokrit, polisitemi, orak hücre anemisi, beyaz kan hücre sayımı, C-reaktif protein, fibrinojen, hiperhomosisteinemi, protein C ve serbest protein S eksiklikleri, lupus antikoagülanı ve antikardiyolipin antikorlarıdır (Sacco 2008).

2.1.7. Prognoz

İnmeli hastaların yaklaşık %30’ luk bir bölümü ilk saat ve ilk günlerde kötüleşmektedir. Bu hastalarda prognoz, stabil olan hastalara oranla daha kötüdür. İnme ne kadar ağırsa majör/ önemli medikal ve nörolojik komplikasyon gelişme riskide o kadar yüksektir (Krespi ve Bahar 2004).

İskemik inmeli hastalar ile hemorajik inmeli hastalar karşılaştırıldığında hemorajik inmeli bireyler genellikle daha ciddi yetersizlikler deneyimlemektedir ve iyileşme süreleri daha uzun zaman alır (Smeltzer ve ark. 2008). İnmenin boyutu ve daha önceki hastalıklar iyileşme derecesini etkiler. Bütün inmeli hastalar aynı iyileşme

potansiyeline sahip olmamakla birlikte motor fonksiyon ve konuşma/ tellafuzun iyileşmesi, iskemik inmede genellikle 3-6 ay iken hemorajik inmede 18 ay zaman alır (Hickey 1997; Arbour 2006; Kernich 2006; İnce ve ark. 2008).

Rekkürent/ tekrarlayıcı inme sık görülen bir durumdur ve majör inmeyle ilişkili morbidite ve mortaliteden sorumludur. İnmenin hemen ardından gelen dönem erken rekürens/tekrarlama açısından en yüksek riski taşır, ilk 30 gün içinde % 3-10 arasındadır. Erken dönemin ardından, inme rekürens riski yaşam kalitesini tehdit etmeyi sürdürür. Uzun dönemli inme rekürens oranı; farklı çalışmalarda % 4-14/yıl arasındadır, minör inme için yıllık birikimsel kestirim % 6, majör inme için % 9 bulunmuştur (Sacco 2008).

2.1.8. İnme Tedavisi

2.1.8.1. İnme Üniteleri

İnme bakımı/tedavisi inme ünitelerinde gerçekleştirilmelidir (İnce ve ark. 2008). İnme geçirmiş bireylerin bir arada bulunduğu, inmenin bakım/ tedavisi için bir araya gelmiş, konusunda uzman ve multidisipliner bir ekipten oluştuğu, inme geçirmiş birey ve hasta yakını/ bakım vericileri için devamlı sağlanan eğitim olanaklarının olduğu, inme ile ilişkili sorunlarda tanılama ve tedavi için düzenli bir sistemin olduğu ünitelerdir (Krespi ve Bahar 2004; İnce ve ark. 2008).

İnme üniteleri, inmenin birincil (primer) ve ikincil (sekonder) önlenmesinde olduğu kadar, geç komplikasyonların ele alınmasında ve rehabilitasyonda uzun süreli bakım hizmetlerini kapsamalıdır (İnce ve ark. 2008).

İnme ünitelerinde; uzman hekim, hemşire ve terapistlerden (fizyoterapist, uğraş ve konuşma terapisti) oluşan uyumlu, farklı disiplinlerde kendi konusunda uzmanlar tarafından bakım sağlanmaktadır (İnce ve ark. 2008). Bu multidisipliner takım;

- İnme tanısının doğru konmasını,
- İkincil (sekonder) korumanın sağlanmasını,
- Nörolojik hasarın durdurulmasını veya geri dönüşümlü ise düzeltilmesi ve sistemik komplikasyonların tedavisini,
- Kapsamlı hemşirelik bakımını,
- Erken dönemden başlamak üzere rehabilitasyon girişimlerinin başlatılmasını,
- Erken dönemde hasta ailesinin yeni duruma adaptasyonunu sağlamak için bilgilendirilmesini ve

- Nöroprotektif ilaçlarla ilgili araştırma çalışmalarının yanı sıra akut inmedeki trombolitik tedavi kullanılmasını sağlar (Krespi ve Bahar 2004; Özbabalık 2004).

Nitekim bir inme ünitesi için en önemli özelliklerin uzman ekip, disiplinlerarası etkin iletişim ve etkileşim, hasta yakınlarını da içine alan sürekli eğitim olduğu vurgulanmaktadır (Özbabalık 2004).

Literatürde inme üniteleri*; Akut İnme Ünitesi* (1 haftadan kısa süreli bakım/ tedavi), *Ayrıntılı İnme Ünitesi* (tedavi ve rehabilitasyon geregi bir kaç hafta bakım/ tedavi), *İnme Rehabilitasyon Ünitesi* (başlangıçtan bir kaç hafta sonra kabul edilir, birkaç hafta ila 1-2 ay bakım/tedavi) ve *Mobil İnme Ekibi* (inme bakım/ tedavi hizmetini farklı servislderden uygulayan ekip anlayışı) olmak üzere kategorilere ayrılmaktadır (İnce ve ark. 2008).

İnce ve arkadaşlarının (2008) kaynağında; İnme ünitesi araştırmacıları ortak çalışması tarafından gerçekleştirilen bir metaanaliz (Stroke Unit Trialist's Collaboration 2002) sonucunda inme ünitesindeki hastalarda herhangi bir tıbbi servisle karşılaştırıldığında, mortalitede %18'lik görece azalma, ölüm ve bağımlılıkta azalma veya kurumsal bakım gereksiniminde azalma olduğunu belirtmektedir. Nitekim organize inme ünitelerinde takip edilen hastaların, hastaneden çıkışta (taburculukta) daha bağımsız, fonksiyonel becerilerinin ve evde yaşam yüzdelerini daha fazla, uzun dönemde sık takip, iyi bakım/ destek ve erken beslenme sayesinde yaşam yüzdesinin yüksek ve kısa dönemde yaşam kalitesinin iyi olduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda inme ünitelerinde bakım/ tedavi ve izlemlerin/ değerlendirmenin olduğu, erken dönemde rehabilitasyona başlanması nedeniyle de tedavi başarısı açısından diğer ortamlardan üstün olabileceği de düşünülmektedir (Eyigör 2007).

2.1.8.2. İlaç Tedavisi

Beyni besleyen bir damarın tromboembolik mekanizmayla tıkanması ve bu damarın beslediği dokunun kan akımının kesintiye uğraması iskemik inmeye yol açan en önemli nedendir. Bu nedenle başlamış doku hasarının durdurulması, bölgesel kan akımını yeniden sağlanabilmesi ile olanaklıdır. Bu amaçla trombolitik, antikoagülan ve antiplatelet ilaç tedavilerine başvurulur (Krespi ve Bahar 2004).

*İskemik inme*de serebral infarktı önleme ve kan akımını tekrar sağlamada hastanede trombolitik tedavi (streptokinaz, t-PA, ürokinaz) uygulanılır (Arbour 2006).

Ancak her hasta trombolitik tedaviye uygun değildir (Smeltzer ve ark. 2008). Trombolitik tedavi için uygunluk kriterlerini sağlasa bile hastaya trombolitik tedaviye başlamadaki gecikmeler nekrotik doku vaskülazasyonu sonucu; serebral ödem ve hemoraji riskini arttırdığından dolayı uygulanmayabilir (Smeltzer ve ark. 2008). Bundan dolayı trombolitik tedavi uygulanan hastalarda intraserebral kanama ve beyin ödemi için hastanın nörolojik durumu sık aralarla izlenir (Hickey 1997). Trombolitik tedavi uygulanırken hastadaki çarpıntı, halsizlik, bulantı, kaşıntı veya ürtiker gibi yan etkiler derhal hekime bildirilir. Ayrıca tedavinin en sık görülen yan etkisi olan kanama için hastada intravenöz katater giriş bölgeleri, üriner katater, endotrakeal tüp, nazogastrik sonda, dışkı /idrar, kusma ve diğer sekresyonlarda herhangi bir kanama olup olmadığı yakından gözlemlenir (Smeltzer ve ark. 2008). İnmenin hızla tanılanması ve iskemik inmeli hastalarda trombolitik tedaviye başlamanın; inmenin ciddiyetinin azalması ve inmeden sonraki kısa/ uzun dönem fonksiyonel sonuçlarda iyileşmeye yol açıp açmadığına ilişkin klinik çalışmalar da devam etmektedir (Smeltzer ve ark. 2008).

İskemik inmede ayrıca, heparin, düşük molekül ağırlıklı heparin (lenoxaparin), coumadin ve warfarin… vb. gibi antikoagülan ve aspirin, klopidogrel, tiklopidin… vb. gibi antiplatelet ilaçlarda kullanılmaktadır (Arbour 2006).

Hemorajik inmede ise tıbbi tedavinin amacı; kanamanın durdurularak beyin dokusunun iyileştirilmesi, tekrar kanama riskinin önlenmesi ya da en aza indirilmesi, komplikasyonların önlenmesi (serebral spazm, akut hidrosefali, nöbet geçirme) ve tedavisidir. Stres ve ajitasyon yaratabilecek uyaranları kontrol altına alarak sedasyonla birlikte yatak istirahatinin sağlanması, vazospazm tedavisi, kanamanın tekrarlamasını önlemeye yönelik tıbbi ya da cerrahi tedavi uygulanması temel girişimlerdendir (Smeltzer ve ark. 2008; Karadakovan 2010).

Akut inmeli hastada tanı incelemeleri Kranyal Bilgisayarlı Tomografi, elektrokardiyogram, akciğer grafisi, tam kan sayımı, PT/ aPTT/ INR, kan şekeri, BUN/ kreatinin/ elektrolitler, sedimentasyon/ CRP, arter kan gazları..vbdir (Krespi ve Bahar 2004). İskemik inme için trombus veya emboli kaynağını belirlemede ve karotid ultrasonu da sıklıkla kullanılır (Smeltzer ve ark. 2008).

2.1.8.3. Cerrahi Tedavi

İnme, bazı hastalarda ilaçla tedavi edilebildiği gibi bazı uygun hastalarda da cerrahi yöntemle tedavi edilebilir. Karotis Endartektomisi ve Ekstrakraniyal-

İntrakraniyal Bypass yöntemleri ameliyat yöntemlerinden başlıcalarıdır. Karotis Endartektomisi, ekstrakraniyal serebral arterler iskemisinde karotid arterdeki aterosklerotik plak veya trombusün çıkartılması işlemidir (Arbour 2006; Smeltzer ve ark. 2008).

Karotid endartektominin en önemli komplikasyonları; kranyal sinir ya da karotid arter hasarı, enfeksiyon ve insizyon bölgesinde hematomdur. Hemşire ameliyat sonrası hasta bakımını uygular, tüm beden sistemlerini tanılar ve özellikle nörolojik durumu yakından takip eder (Smeltzer ve ark. 2008).

Hemorajik inmede, intraserebral hemoraji cerrahi olarak tedavi edilmemektedir. Bununla birlikte serebral hemorajide hematom 3 cm aştığında, Glasgow Koma Skalası skoru azaldığında, cerrahi tedavi uygulanmaktadır (Smeltzer ve ark. 2008).

2.1.8.4. Rehabilitasyon

İnme rehabilitasyonu; hasta klinik olarak stabil hale gelir gelmez başlar ve çok uzun zaman devam etmesi gerekebilir (İnce ve ark 2008; Smeltzer ve ark. 2008).

Rehabilitasyon programı başlamadan önce her hastanın gereksinimlerini belirlemek için hasta dikkatle değerlendirilmelidir. Hastanın durumu değerlendirilirken; entellektüel bozulma, bilişsel yetersizlik, duygulanım, motivasyon, motor fonksiyon düzeyi, görsel ve duysal sorunlar değerlendirilmelidir (İnce ve ark 2008).

İnme rehabilitasyonunda amaç; fiziksel ve kognitif yetersizlikleri azaltmak, fonksiyonel bağımsızlığı arttırmak, özbakım yeteneğini geliştirmek, hastanede kalış süresini azaltmak, bakımvericilerin bakım yükünü azaltmak, hastayı aile ve topluma tekrar kazandırmak ve hastanın sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini yükseltmektir (Dobkin 2004). Rehabilitasyon amaçlarına ulaşılması ancak sağlık ekibi anlayışı ile bireyin hastaneye kabulünden hastaneden çıkışına/taburculuğuna kadar, yapılacak planlama ve hastaneden çıktıktan sonraki çalışmalarla gerçekleşebilir (Akdemir ve Birol 2005).

İnme sonrası rehabilitasyon programı; hekim, fizyoterapist, hemşire, iş ve uğraşı terapisti, konuşma ve yutma terapisti, sosyal hizmet uzmanı ve psikolog tarafından oluşturulan multidisipliner bir ekip tarafından gerçekleştirilir (İnal 2004). Hemşire ekibin koordinasyonu ve iletişimini sağlayan temel üyesidir. Rehabilitasyon alanında hemşire hekim önerisi ile başlatılan ve fizyoterapist tarafından yürütülen rehabilitasyon tedavisini destekler (Akdemir ve Birol 2005).

Rehabilitasyon sürecinde sadece hastalar değil, hastanın bakımını sağlayan kişiler veya eşleri de olabildiğince erken rol almalı ve bu sürecin aktif birer üyesi olmalı, inme rehabilitasyonun prensipleri hakkında eğitilmelidirler. Rehabilitasyon temelde bir öğrenme ve öğretme sürecidir. Nitekim rehabilitasyon hemşiresi hasta ve hasta yakının gereksinimleri hakkında eğitim verir (Akdemir ve Birol 2005).

2.2. İNME VE HEMŞİRELİK BAKIMI

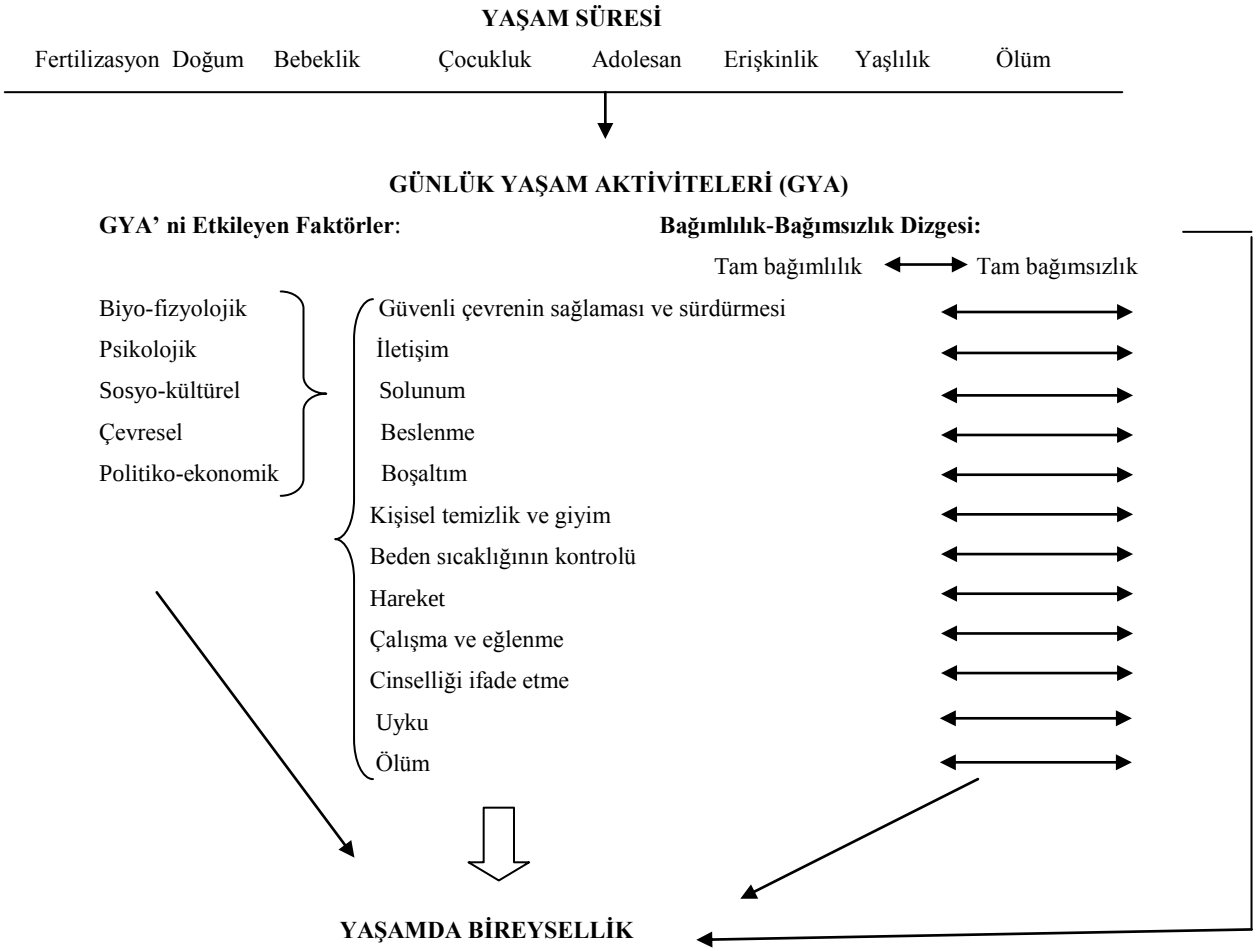
Bir uğraşın en önemli meslekleşme kriterlerinden birini, o mesleğin uygulamasında kullanılabilen bilgi birikimi oluşturur. Profesyonel disiplinlerde olduğu gibi, hemşirelik mesleğinde de hemşireliğin profesyonel rol ve sorumluluklarının, bilimsel bir temele oturtulması gereklidir. Hemşirelik süreci ve hemşirelik kavramsal çerçevesi (kuram/ model), hemşireliğin bilimsel yapısının temel ürünleridir (Babadağ 1997; Kaya 2008).

Hemşirelik sürecinin her aşamasında kullanılan hemşirelik model/ kuramları özellikle verilerin toplanması ve analizinde kullanılmakta, öte yandan hemşirelerin karar verme sürecine yardım etmektedir. Hemşirelik modelleri, hemşirelik biliminin insan, çevre, sağlık- hastalık ve hemşireliğe ilişkin bakış açısını gösterir, hemşirelik uygulamaları için bilimsel bir temel olarak hemşirelik bilgi içeriğinin daha sistematik şekilde gelişmesini sağlar ve bakıma uygulanabilir, gerçekçi yaklaşımlar getirir (Babadağ 1997; Kaya 2008).

Hemşirelik eğitimi ve uygulama alanında çok kullanılan modellerden biri olan Yaşam Modeli, N. Roper, W. Logan, A.T. Tierney tarafından 1980 yılında geliştirmiştir. Yaşam Modeli, karmaşık bir olgu olan yaşamın başlıca özelliklerini belirleyerek, bireyin yaşamını oluşturan öğeler arasında var olan ilişkilerin tümünü kapsamaktadır (Roper ve ark. 1996; Sabuncu ve ark. 1996). Yaşam Modeli; yaşam süresi, günlük yaşam aktiviteleri (GYA), günlük yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler, bağımlılık/bağımsızlık dizgesi ve yaşamda bireysellik olmak üzere beş bileşenden oluşmaktadır. Yaşam Modeli'nin bileşenleri ve aralarındaki ilişki Şekil 2-1'de gösterilmiştir (Roper ve ark. 1996). Bu bağlamda inmeli hastaya özgü bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı girişimleri Hemşirelik Süreci doğrultusunda ele alınıp, Yaşam Modeli ile bütünleştirilmiştir.

YAŞAM SÜRESİ

Yaşam süresi döllenme ile başlayıp ölüme kadar devam eden bir süreçtir (Roper ve ark. 1996). İnme, herhangi bir yaşta ve zamanda görülebilir. Gelişmiş ülkelerde yıllık insidans 55 ile 64 yaşları arasında 10-20/ 10 000 iken 85 yaşın üstünde 200/ 10 000 olmaktadır (Robinson ve Jorge 2007). Ayrıca 45 yaşın altında görülen inmeler genç inme olarak sınıflandırılır. Çocuklarda ise yıllık oran her 100.000 inmede 2,7 dir (Harvey ve ark. 2006).



Şekil 2-1: Yaşam Modeli

Roper, N., Logan W.W. ve Tierney, A.J. (1996). *The Elements of Nursing*. (Fourth Edition). Edinburgh: Churchill Livingstone.

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ (GYA)

Roper ve arkadaşları, GYA kapsamında 12 yaşamsal aktivite saptamışlardır. Bunlar; güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi, iletişim, solunum, beslenme, boşaltım, kişisel temizlik ve giyinme, beden sıcaklığının kontrolü, hareket, çalışma ve eğlenme, cinselliği ifade etme, uyku ve ölümdür. Modelde tüm günlük yaşam aktivitelerini etkilediği savunularak ölüme de yer verilmektedir (Roper ve ark. 1996). İnmeden her bireyin farklı etkilendiği ve inmeden sonra bireyin günlük yaşam aktivitesinin etkilenme durumunun bireysel farklılıklar göstermekte olduğu unutulmamalıdır.

1- Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi:

Bireyin bulunduğu ortamda, günlük yaşam aktivitelerini sağlıklı bir şekilde gerçekleştirebilmesi için bireyin tüm boyutlarına yönelik güvenli bir çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi büyük önem taşımaktadır (Roper ve ark. 1996; Kaya 2008).

İnme duysal-algısal fonksiyonlarda bozulmaya, görsel (görme alanı)-uzamsal sorunlara ve duysal kayba yol açabilir (Smeltzer ve ark. 2008). İnme geçirmiş bireyler ısı, dokunma, basınç ve ağrı gibi dış uyaranları cevaplayamama, derinlik/ mesafe algılaması ve sağ/sol, yukarı/aşağı ayrımı yapamama gibi problemler yaşayabilirler. Ayrıca hastalarda plan yapma yeteneğinde bozulma, yeni şeyler öğrenememe, düşünme ve eylem/ davranış arasında uygun olmayan bağlantılar kurma, objeleri doğru kullanma yetisinde kaybolma ve inmeden etkilenmiş bölgenin farkında olmama durumu da görülebilir (Akdemir ve Birol 2005; Arbour 2006; National Institue of Neurological Disorders Fact Sheet –NINDS 2008; Smeltzer ve ark. 2008). Bu sorunlardan dolayı birey GYA gerçekleştirmede sorun yaşabilir.

İnmeden sonra ağrı, bedenin farklı bölümlerinde oluşabilmesine rağmen erken dönemde % 16-84’ unda hemiplejik tarafta ciddi omuz ağrısı görülmektedir (Harvey ve ark. 2006). Omuz ağrısı; hem yeni motor beceriler öğrenmeyi engeller hem de yaşam kalitesini azaltır (Harvey ve ark. 2006; Shah 2006; NINDS 2008; Smeltzer ve ark. 2008).

2- İletişim:

Sağlıklı bir insanın yaşamında gereklilik olan iletişim, yeni bir duruma ve yeni bir ortama uyum söz konusu olduğu durumlarda oldukça önemli bir aktivitedir (Sabuncu ve ark. 1996).

İnme, iletişim becerilerinden; konuşma, yazma, okuma ve anlama yeteneğini çeşitli şekillerde etkileyebilir. İnme geçirmiş hastaların üçte birinden daha fazlasında oluşan iletişim sorunları etkilenen beyin bölgesine göre afazi/ disfazi (konuşulan dili anlamakta veya ifade etmekte güçlük ya da kayıp), okumada (disleksi) veya yazmada (disgrafi) güçlük, dizartri (peltek konuşma) olmak üzere farklılık gösterir (Çoban 2004a; Harvey ve ark. 2006; Shah 2006; Smeltzer ve ark. 2008).

İnme hastalarında iletişim sorunları etkilenen bölgeye göre farklılık gösterebilir. İletişim bozuklukları hastaların üçte birinden daha fazlasında oluşur, sıklıkla "afazi" olarak görülür (Harvey ve ark. 2006; Shah 2006). Afaziler *Ekspressif (Broca veya motor) afazi* (anlamada güçlük yok fakat düşüncelerini ifade etmede veya yazıya dökmede sorun var), *Reseptif (wernicke veya sensori) afazi* (anlamlı olmasa bile konuşmada güçlük yok fakat söylenen ve yazılanları anlamada güçlük var), *global/ total afazi* (linguistik/ dil becerilerinin yeteneklerin tümünün kaybolması), *anomik afazi* (bazı kişi veya objelerin isimlerini bulma becerisinde bozulma), *transkortikal afazi* (sadece tekrarlama becerisi sağlam) ve *iletim/ kondüksiyon afazi* (anlama normal fakat duyduğunu tekrar etmede sorun) olarak sınıflandırılır (Öktem ve ark. 2004; NINDS 2008).

Hastalarda beyin hasarının fiziksel etkileri sonucu olarak bazı emosyonel bozukluklar ve kişilik değişiklikleri de görülebilir (NINDS 2008). İnmenin psikolojik travmasının doğal bir yanıtı olarak da hastalar korku, anksiyete, kızgınlık ve keder deneyimleyebilir (Harvey ve ark. 2006; NINDS 2008). Anksiyete ve depresyonun, inme sonrasında hastalarda sıklıkla gözlendiği görülmüştür (Smeltzer ve ark. 2008).

İnme yalnız hastayı değil tüm hasta ailesini olumsuz etkileyen bir durumdur. İnme hasta ve ailesinde büyük bir stres ve umutsuzluk yaratır. İnme uzun sürecek bir sakatlığa yol açar, bu nedenle aile üyeleri hastanın iyileşme sürecinde önemli bir role sahiptir. Hasta yakınlarının erken dönemde bakım girişimlerine dahil edilmesi uzun vadede hastalıkla mücadelelerini kolaylaştırır ve güven ortamı yaratır (Krespi ve Bahar 2004).

3- Solunum:

İnsanın yaşamı ile başlayan ve ölümü ile son bulan yaşamsal önemi olan bir aktivitedir (Sabuncu ve ark. 1996).

İnme geçirmiş bireylerin yutma ve öksürme refleksi bozulması nedeni ile özellikle aspirasyon pnömonisi gelişimi açısından risk vardır (Kernich 2006).

4- Beslenme:

Temel insan gereksinimlerinden biri olan beslenme; sağlığın korunması, sürdürülmesi ve sağlıktan sapma durumunda iyileşmenin hızlandırılması açısından önemli bir aktivitedir (Roper ve ark. 1996; Kaya 2008)

İnme sonrasında bazı hastalarda yutma kaslarını kontrol eden beyin bölümünün hasarı sonucu yutma ile ilişkili problemler (yutma güçlüğü-disfaji) olabilir. Bu nedenle inmeli hastada yutma fonksiyonu değerlendirmesi yapılmadan önce, oral yolla (ağızdan) beslenmeye başlanmamalıdır (Krespi ve Bahar 2004; NINDS 2008). İnme geçirmiş bireylerde yutmada bozulma; malnutrisyon (%8-34), dehidratasyon ve aspirasyon pnomonisi gibi komplikasyonlara yol açabilir (Harvey ve ark. 2006; Shah 2006; Smeltzer ve ark. 2008). Yutma güçlüğü yaşam kalitesini etkilemesi ve mortalite üzerine etkisi nedeniyle önemli bir komplikasyondur (Eyigör 2007).

5- Boşaltım:

Yaşamın sürdürülmesi için temel ve özel/ gizli aktivitelerden birisidir. Birbirinden farklı iki beden sistemindeki (üriner ve bağırsak boşaltımı) atıkların atımı, boşaltım aktivitesini oluşturur (Sabuncu ve ark. 1996).

Boşaltım aktivitesine özgü değişimler, inmeye bağlı olarak nörolojik yetersizlikten dolayı hareket aktivitesinde bozulma, bilişsel bozulma, iletişim yetersizliği/ eksikliği veya önceden var olan sağlık problemlerinden dolayı görülebilir. Diğer nedenler; beslenme ve sıvı alımındaki değişiklikler ve ilaçların yan etkilerini içerir. Boşaltım aktivitesine özgü değişimler idrar yapmada zorlanma, sık sık az miktarlarda idrara çıkma, konstipasyon, üriner/ fekal inkontinansdır (Aştı ve Kaya 2002; Akdemir ve Birol 2005; Arbour 2006; Smeltzer ve ark. 2008). İnme sonrası üriner boşaltıma ilişkin sorunlar; retansiyondan inkontinansa kadar değişik şekillerde görülebilir.

6- Kişisel Temizlik ve Giyinme:

Bireylerin temiz ve görünümlerinin iyi olması, öz-güven duyması için gerektiği kadar, sosyal sorumluluk bilincine sahip olması yönünden de büyük önem taşır (Sabuncu ve ark. 1996).

İnmenin neden olduğu motor ve duyu kaybından dolayı hastanın öz-bakım aktivitelerini yerine getirme yeterliliğinde azalma olabilir ve hastaların yardımsız giyinmelerini zorlaştırabilir (Aştı ve Kaya 2002; Memiş ve ark. 2003; Smeltzer ve ark.

2008). İnme geçirmiş hastada azalmış duyu, hareketsizlik ve basınca karşı yanıtsızlıktan dolayı deri ve doku hasarı için risk oluşturur (Smeltzer ve ark. 2008).

7- Beden Sıcaklığının Kontrolü:

Bireyin hayati fonksiyonlarının sağlanıp sürdürülmesi için belirli bir düzende ısı enerjisine gereksinimi vardır. İnsan organizması, ısıyı hem üretici hem kaybedici özellikte olup beden sıcaklığının kontrolü, üretilen ile kaybedilen ısı enerjisinin dengede olmasına bağlıdır (Kaya 2008).

Hipotalamusdaki kanama veya ödem, beyindeki ısı ayarlama merkezinede iskemiye yol açabilir. Beden sıcaklığının yükselmesi serebral metabolik gereksiniminin artmasına yol açar (Kernich 2006). Nitekim inmeden sonraki birkaç günde hipertermi (39 °C ve üstü) ya da subfebril ateşin (37,5-39°C) olması; geniş enfarkt, yüksek mortalite ve fonksiyonel bağımlılıkla ilişkili olduğu saptanmıştır (Rundek ve Sacco 2004).

8- Hareket:

Hareket aktivitesi; ayakta durma, oturma, yürüme, koşma gibi büyük kas gruplarının kullanılması ile oluşan aktiviteler kadar, sözsüz iletişimin önemli bir bölümünü oluşturan yüz ifadesi, el, kol hareketi gibi küçük kas gruplarının hareketini sağlayan bir dizi aktiviteyi içerir (Roper ve ark. 1996).

İnme, motor hareketlerin istemli kontrollerinin kaybı ile sonuçlanabilir. Hasta birey paralizi sonucunda günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorluklar yaşayabilir. Serebellumdaki hasar; bedenin koordinasyon yeteneğini etkileyerek beden postürü, yürüme ve denge problemlerine (ataksi) de yol açabilir (NINDS 2008; Smeltzer ve ark. 2008).

9- Çalışma ve Eğlenme:

Yaşamın sürdürülmesinde olduğu kadar yaşam kalitesini geliştirmekte de önemli rolü olan bir aktivitedir. Sağlıklı erişkin birey, yaşamında geçimini sağlamak, zamanını değerlendirmek veya eğlenmek amacı ile bir uğraş edinir, çalışır. Uğraş verdiği alan bireyin geçimini sağlamakta ise geride kalan zamanını kendine zevk verecek türde bir aktivite seçerek değerlendirebilir (Kaya 2008).

İşe geri dönme, hastanın iyileşme seviyesine ve yaptığı işin çeşidine bağlı olacaktır. İnmeden sonra araba kullanmaya geri dönülüp dönülmeyeceği inme tipi ve kullandıkları aracın çeşidine bağlı olabilir (NINDS 2008).

10- Cinselliği İfade Etme:

Cinsellik; iki ayrı cinsten bireylerin kişilik, davranış ve rollerinin oluşumunda önemli etmenlerdendir (Sabuncu ve ark. 1996). Cinsellik fiziksel görünüş, giyim tarzı, sözel ve sözel olmayan iletişim, sosyal roller ve ilişkiler, çalışma ve eğlenme aktivitesi ile yakından ilişkilidir (Kaya 2008).

İnme geçirmiş bireylerde %40-70 arasında değişen oranlarda cinsel disfonksiyon görüldüğü bildirilmiştir (Harvey ve ark. 2006). İnme geçirmeden önce var olan diyabet, ilaç kullanımı, vasküler hastalıklar ve psikojenik gibi nedenler cinsel disfonksiyona yol açabilir (Dobkin 2004; Smeltzer ve ark. 2008).

11- Uyku:

Büyüme, gelişme ve hücre yenilenmesi için temel olan bu aktivite, günlük yaşamın stresi ile baş etmek için oldukça önemlidir (Roper ve ark. 1996). İnmeden sonra ilk birkaç hafta çoğu birey yorgunluk/ halsizlik ve uykusuzluktan şikayet edebilir (Smeltzer ve ark. 2008).

12- Ölüm:

Yaşamsal sonu ifade eder. Terminal dönemde olan bireyin, insan onuruna yakışır bir şekilde en iyi, en kapsamlı bakımı alması ve huzurlu ölümü; öte yandan ölen bireyin aile üyelerine/yakınlarına fiziksel ve duygusal desteğin sağlanması için hemşirelere önemli rol ve sorumluluklar düşmektedir (Sabuncu ve ark. 1996; Kaya 2008). AHA (2009) istatistiklerine göre ortalama her 3-4 dakikada bir kişinin inme sonucu ölmekte olduğu belirtilmektedir. Aynı raporda ABD' de 2005 yılı verilerine göre inme mortalitesi/ ölüm oranının 143,579 (erkek: 56,586 kişi, kadın: 86,993 kişi) olduğu, çocuklarda *serebrovasküler hastalıktan* ölümlerin, çocuk ölüm nedenleri arasında ilk 10 arasında olduğu ve yaşamın ilk yıllarında en yüksek oranda olduğu vurgulanmaktadır (AHA 2009).

GYA Etkileyen Faktörler

Bu bileşen insanların GYA neden birbirlerinden farklı olarak gerçekleştirdiklerini açıklamaktadır. Bu faktörler birbirleri ile etkileşim içindedir.

Biyofizyolojik Faktörler: genetik, yaş, sağlık/ hastalık durumu ve beden işlevlerinin durumu ve benzeri özellikleri içerir (Kaya 2008). İnme insidansı erkeklerde, inme ile ilişkili aile öyküsü olanlarda ve bazı ırksal-etnik gruplarda daha yüksektir (Sacco 2008). İnme tüm vücudu etkilemekle birlikte; paralizi, algılama

yetersizlikleri, emosyonel sorunlar, konuşma bozuklukları, ağrı birçok günlük yaşam aktivitesini bağımsız olarak yerine getirememe gibi sorunlara neden olmaktadır (Aştı ve Kaya 2002).

Psikolojik Faktörler: bireyin entelektüel becerileri, kişilik özellikleri (huy, mizaç), ruhsal durumu, tutum ve davranışları irdelenmelidir (Kaya 2008). Nörolojik hasarın belirgin olduğu hastalıklardan biri olan inmede, duygu, düşünce ve davranışa ilişkin sorunlar görülebilmektedir (Ünal 2007). Ayrıca inmeli bireyin; hastalığı algılama şekli, hastalığın kişisel anlamı ve önemi, benlik saygısı, hastalığa tepkisi, yaşam felsefesi, amaçları, idealleri, stresle baş etme gücü ve biçimi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesini etkiler (Buzlu 2006).

Çevresel Faktörler: bireyin yaşadığı yerdeki iklim, coğrafi özellikler, yapay çevre koşulları ve ev/ yaşadığı ortam özellikleri modelin diğer bileşenleri ile ilişkilidir (Kaya 2008). İnme geçirmiş bireyler hareket aktivitesinde ya da algısal sorunlar yaşıyorsa, düşme tehlikesi ve kazalarla karşılaşabilir. İnme sonrasında hastanın güvenliği ve rahatlığı için, evde bazı değişiklikler yapmaya gereksinim duyulabilir.

Sosyokültürel Faktörler: kültür, eğitim düzeyi, inanç/tutum ve değerler, bulundukları sosyal yapının özellikleri, statü ve roller, sosyal ilişkileri kapsamaktadır (Kaya 2008). Kişilerin farklı karakter özellikleri hastalıklara verdikleri tepkileri de etkiler. Daha hayata bağlı ve dirençli bir kişi inme sonrası rehabilitasyonda daha istekli olurken, hayata olumsuz bakan ve depresif özellikleri fazla olan kişiler inmenin neden olduğu sorunlarla baş etmede daha yetersiz olabilirler. Sosyal destek sistemleri, kişinin aile içindeki yeri ve ailesi ile ilişkileri; inmeli bireyin baş etme gücünün artmasında ya da gelişmesinde katkıda bulunabilir. Ailesinden destek gören, sevgi ve saygı gören bir birey ile yalnız yaşayan ve her sorununu kendi çözmek durumunda olan bireylerin de emosyonel durumları farklı olacaktır (Kulaksızoğlu 2009).

Politikoekonomik Faktörler: GYA gerçekleştirebilmesinde; devlet ve yasaların etkisi, kurum politikaları, yaptırım gücü, bireyin yaşadığı ülkenin politiko-ekonomik durumu ve kendi maddi yeterliliği, yaşam şeklini ifade etmektedir (Kaya 2008). İnme geçiren bireylerin düzenli bakım/ tedavi alması gerekmektedir. 2009 yılında inmenin doğrudan veya dolayı bakım maliyetinin $68.9 milyar olduğu tahmin edilmektedir (AHA 2009).

Ayrıca ülkemizde kurumsallaşmış olan devlet destekli evde bakım hizmetlerinin olmaması nedeniyle hastaların/ inmeli hastanın bakımı sıklıkla hasta aile/ yakınları tarafından sürdürülmektedir (Akdemir ve Birol 2005).

BAĞIMLILIK/ BAĞIMSIZLIK DİZGESİ

Günlük yaşam aktivitelerinden herhangi birinde yarı/ tam bağımlılık söz konusu olduğunda hemşirelik bakımı devreye girer (Roper ve ark. 1996).

Hemşire sağlıklı/ hasta bireyin; bağımlılık durumu ile baş etmesine yardım etmeli, davranış değiştirmesine olanak sağlamalı, eğitmeli, sağlıklı kalabilmesi için önleme/ koruma ve yeni davranışlar kazanma hakkında bilgi ve davranış kazandırmalıdır (Roper ve ark. 1996; Şendir 2000).

İnme, toplumda üçüncü en sık ölüm nedeni olmasının yanı sıra, erişkinlerde ilk sırada gelen tam/ yarıbağımlılık nedenlerinden biridir. Nörolojik hastalıklar nedeniyle hastaneye yatan olguların yarısından fazlasını inmeli hastalar oluşturmaktadır (Çoban 2004).

İnmeden sonra çoğu hasta uzun dönemli emosyonel ve bilişsel bozukluklar, sosyal fonksiyon yetersizlikleri deneyimlemektedir. Subaraknoid kanama sonrası bireylerin % 10 ile % 20'si fonksiyonel olarak bağımlı hale gelmektedir (Rundek ve Sacco 2004). Karadakovan'ın (2010) kaynağında Framingham çalışmasına göre 45-74 yaş grubunda inmeli hastaların 20 yıllık izleminde %31' inin özbakım için yardıma gereksinim duyduğu, % 20' sinin ayağa kalkmak için yardıma gereksinim duyduğu, % 71'inin işiyle ilgili yetersizlikler yaşadığı ve % 16' sının kurum bakımına gereksinim duyduğunun saptandığı belirtilmektedir.

YAŞAMDA BİREYSELLİK

Yaşamda bireysellik; bireyin bilgi, değer, inanç ve tutumları ile günlük yaşam aktivitelerini uygulama biçimi, sıklığı, yeri, zamanı ve nedeni ile değişebilen bireyin yaşam tarzından oluşan Yaşam Modeli' nin bir öğesidir (Roper ve ark. 1996). Modelin bu ögesinde her inme geçirmiş bireyin GYA farklı olarak gerçekleştirdiği, bireyselliğin bulunduğu yaşam evresine, bağımlılık bağımsızlık derecesine göre belirlendiği ve ayrıca çeşitli etmenlerin etkisine göre biçimlendirildiği bilinmektedir (Kaya 2008). Bu doğrultuda inmeli bireye özgü bireyselleştirilmiş bakım Hemşirelik Süreci doğrultusunda ele alınacaktır.

HEMŞİRELİK SÜRECİ

TANILAMA

Hemşirelik Tanılaması, bireyin; iyilik, işlevsel yeterlik, güçlü/güçsüz yönleri, gerçek/olası sağlık sorunlarına yanıtları hakkındaki verilerin toplanması üzerine odaklanır. Verilerin toplanmasında objektif ve subjektif verilerden yararlanılır (Acaroğlu, Şendir ve Kaya 2008).

Objektif Veriler

Hemşire ve diğer sağlık ekibi üyelerinin fiziksel değerlendirme yoluyla topladıkları veri, sağlık kayıtları, yapılan tanı işlemleri ve laboratuar sonuçlarını kapsar (Acaroğlu ve ark. 2008). *Başlangıç/ Kabul Tanılamasında*, tüm sistemlerin tanılanması gerekir. Hemşire hastanın durumundaki değişikliklerin gözlenmesinde ve kayıt edilmesinde Glasgow Koma Skalası ve/veya NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) gibi nörolojik tanılama araçları kullanır (Registerede Nurse's Association Ontario-RNAO 2005; Kernich 2006).

İskemik ve hemorajik inmeli hastanın klinik durumu hakkında aşağıdaki verilerden yararlanılır. Bu veriler:

- İntrakranyal basınç artışı belirti ve bulguları (bilinç seviyesinde değişme, davranış değişiklikleri, baş ağrısı, bulantı ve kusma... vb),
- Bilinç seviyesinde değişme veya uyarana yanıt verme durumu,
- Zaman, yer ve kişi oryantasyonu,
- Kan basıncı değerleri,
- Nabız ve Solunum sayısı, tipi, ritmi; gerekirse vücut ısısı, kan gazı değerleri,
- Kan glikoz düzeyi,
- Göz açma durumu,ışık reaksiyonu ve pupil büyüklüğünde değişim,
- Kranyal sinir hasarı (gözün oküler pozisyonu, pitoz varlığı),
- Hareket ve pozisyon değişikliklerine yanıtı,
- Ekstremite hareketleri, kas tonüsü ve vücut postürü, boyun sertliği,
- Konuşma yeteneği,
- 24 saatlik aldığı-çıkardığı sıvı miktarıdır (RNAO 2005; Arbour 2006; Smeltzer ve ark. 2008).

Başlangıç tanılamasında veriler değerlendirildikten sonra nörolojik soruna yönelik *Odaklanmış Tanılama* yapılır. Nörolojik tanılama; inme türü ve etkilenen bölgeye özgü nörolojik belirti ve bulguları gösteren; bilişsel/ motor/ duysal değişiklikleri ve kranyal sinir fonksiyonları tanılamayı içerir (Arbour 2006). *Süreli Tanılama,* başlangıç tanılamasından sonra bireyin fonksiyonel sağlık durumundaki değişimi değerlendirmek için yapılır (Acaroğlu ve ark. 2008).

Hemşire, akut aşama sonrası mental durum (hafıza, dikkat süresi, algı, oryantasyon, telafuz/dil..vb.), duysal-algısal değişim (ağrı, basınç, ısının farkında olmama), motor hareketler (ekstremite hareketleri), yutma güçlüğü, beslenme ve sıvı alma durumu, cilt bütünlüğü, böbrek ve bağırsak işlevlerini, eğitim gereksinimini, psikososyal durumu tanılar (Smeltzer ve ark. 2008). Hastanın nörolojik durumunda veya herhangi bir değişiklikte *Acil Tanılama* yapılır, kayıt edilir, değişiklikler hemen hekime bildirilir (Smeltzer ve ark. 2008).

Subjektif Veriler

Öyküde inmeli hasta ya da hasta yakınına inmenin hangi bulgularının hastanın hangi günlük yaşam aktivitesini gerçekleştirmesini etkilediğini, belirti/ bulguların nasıl başladığı ve ilerlediği, inmeli bireyin hangi yaşam evresinde bulunduğu daha önce var olan hastalıkları, kullandığı ilaçlar, soygeçmişi sorulmaktadır (Arbour 2006). Ayrıca hastanın ve hasta yakının psikososyal ve eğitim gereksinimleri her gün tanılanmalıdır (Kernich 2006). İnmeli bireyde görülen konuşma güçlüğü, sorunları algılamada yetersizlik ve inkar, hastanın kullandığı ilaçların etkisi, depresyonun bedensel bulgularının hastalığın etkileriyle karışması emosyonel sorunların tanılanmasında güçlüklere yol açmaktadır (Buzlu 2006).

Tanılama aşamasında Yaşam Modeli' ni benimseyen hemşire, özellikle inmeli hasta bireylerin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede tam/ yarı bağımlı olabilecekleri için bireyin hangi günlük yaşam aktivitesinin (GYA) etkilendiğini araştırarak bakım gereksinimini saptar (Roper ve ark. 1996).

HEMŞİRELİK TANISI

Acaroğlu ve arkadaşlarının (2008) kaynağında Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği'nin (NANDA) *"Hemşirelik Tanısı"* nı birey, aile ve toplumun gerçek veya olası sağlık sorunları/ yaşam süreçlerine karşı verilen yanıtlar hakkında klinik bir karar olarak tanımladığını belirtmektedir. Hemşirelik tanısı, beklenen hedefleri başarmaya yönelten hemşirelik girişimlerini seçme olanağı verir. Ayrıca "Tıbbi Tanı"dan farklıdır. Fakat hemşirenin diğer disiplinlerle işbirliği içinde uygulayacağı girişimlerde bağımsız olmadığı *"Ortak Sorun"*a yönelik tanılarda vardır (Acaroğlu ve ark. 2008). İnmeli hastalarda akut aşamada Serebral Doku Perfüzyonunda Değişim: Azalma, İntrakranial Basınçta Artma, Elektrolit Yetersizliği, Hipo/hiperglisemi vb. tanıları "Ortak Sorun"dur (Hickey 1997; Kernich 2006).

İnmeli hastalarda sıklıkla karşılaşılan *Hemşirelik Tanıları*; Duysal ve Algısal Süreçte Değişim, Konforda Değişim: Akut Ağrı, Sözel İletişimde Bozulma, Anksiyete, Bakımverici Rolünde Zorlanma, Aspirasyon Riski, Yutmada Bozulma, Üriner Boşaltım Örüntülerinde Değişim, Öz Bakım Eksikliği, Fiziksel Harekette Bozulma, Cinsel Örüntülerde Değişim, Boş Vakitlerini Geçirme/ Eğlenme Aktivitelerinde Yetersizlik, Uyku Örüntüsünde Bozulmadır. Ayrıca Beslenmede Değişim: Beden Gereksiniminden Az Beslenme, İhmal, Beden İmgesinde Bozulma, Etkisiz Bireysel Başetme, Etkisiz Aile İçi Başetme, Rol Performansinda Değişim, Korku, Güçsüzlük, Sosyal İzolasyon, Hemşirelik Tanıları da görülebilmektedir (Arbour 2006; Kernich 2006; Smeltzer ve ark. 2008).

*"Risk Hemşirelik Tanıları"*nda, klinik verileri tanımlamak için kullanılır (Acaroğlu ve ark. 2008). İnmeli hasta bireylerde Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski, Düşme Riski, Travma Riski vb. Risk Hemşirelik Tanıları da görülebilmektedir (Arbour 2006; Smeltzer ve ark. 2008).

PLANLAMA

Bu aşamada hemşire tanılama verilerinin analizi sonucu oluşturulan ***Hemşirelik Tanıları***na yönelik hasta için bireyselleştirilmiş beklenen sonuçları tanımlar ve beklenen sonuçlara ulaşmak için belirlenen hemşirelik girişimleri içeren bir bakım planı geliştirir. Tanılama verilerine dayanarak oluşturulan hemşirelik tanılarında ve girişimlerinde bireye özgü değişimler göz önüne alınmalıdır. Ayrıca bu hemşirelik

tanılarının yanı sıra risk hemşirelik tanıları ve diğer disiplinlerle işbirliği içinde çözülecek ortak Kollobratif Sorunda yer almaktadır (Acaroğlu ve ark. 2008).

Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Aktivitesine Yönelik Tanılara İlişkin Hemşirelik Girişimleri

(Kollobratif Sorun) Serebral Doku Perfüzyonunda Değişim: Azalma

Tanımlayıcı özellikler: Mental durumda ve bilinç düzeyinde değişiklik, oryantasyon bozukluğu.

İlişkili faktörler: İntrakraniyal basınçta artma, intrasereral hemoraji.

Amaç/ beklenen sonuçlar:

- Glasgow Koma Skorunun sabit olması veya gelişim göstermesi.

Hemşirelik girişimleri:

- Hastanın durumundaki herhangi bir değişim hemen hekime bildirilir.
- Normal beden sıcaklığı (serebral glikoz ve oksijen tüketimi arttırmamak için) sağlanır ve sürdürülür.
- Hemşirelik girişimlerinde gereksiz hareket ve uyarandan kaçınılır.
- Serebral ödemi azaltmak için yatağın başı 30° yükseltilir.
- Oluşabilecek trombüsü azaltmak için önerilen antikoagülan veya antiplatelet tedaviler ve diğer komplikasyonları önleyecek (vazospazmı giderecek vb.) ilaçların hastada görülen yan etkileri hemen hekime bildirilir.
- Hasta/ hasta yakınına intrakranyal basıncı arttıracak girişimler hakkında bilgi verilir (RNAO 2005).

(Kollobratif Sorun) Duyusal-Algısal Değişim

Tanımlayıcı özellikler: Dış uyaranları cevaplayamama, derinlik/ mesafe algılaması ve sağ/sol, yukarı/aşağı ayırımı yapamama, plan yapma yeteneğinde bozulma, yeni şeyler öğrenememe, düşünme ve eylem/ davranış arasında uygun olmayan bağlantılar kurma, apraksi (daha önce öğrenilmiş davranışların/ amaçlı hareketlerin yapılamaması) ve ihmal (görsel-uzamsal-algısal bozukluk) (Çoban 2004b; Öktem ve ark. 2004).

İlişkili faktörler: Beyin dokusunun basınca maruz kalması ya da hipoksiye bağlı duyu alımında, iletiminde ve /veya entegrasyonunda değişim (periferal nöropatiler, santral iskemi, duyu organlarındaki sorunlar/yetersizlik), tıbbi tedaviye ilişkin sınırlamalar (anevrizmaya yönelik alınan koruyucu önlemler).

Amaç/ beklenen sonuçlar:

- Hasta bireyin, duyusal-algısal değişimleri algılaması ve uyum sağlaması.

Hemşirelik girişimleri:

- Aşırı gürültü ve ışık gibi dikkati dağıtan uyaranlar azaltılır.
- İletişim kurma düzeyi sözel olarak ve dokunarak artırılır.
- Objeler hastanın zarar görmemiş görme alanın merkezine yerleştirilir ve bireye başını çevirerek etrafı taraması hatırlatılır. Hastanın sık kullandığı eşyaları kolay ulaşılacak ve devamlı aynı yere konması sağlanır. Farklı ağırlık, biçim ve ölçüde çeşitli objeleri eline alma fırsatını sağlanır. Gerekli oldukça yardım sağlanır (Akdemir ve Birol 2005; Carpenitto-Moyer 2005; Arbour 2006; Memiş ve ark. 2003; Arbour 2006; Smeltzer ve ark. 2008).

Hemşirelik Tanısı: Konforda Değişim- Akut Ağrı:

Tanımlayıcı özellikler: Bedenin farklı bölümlerinde özellikle omuzda görülen ağrı.

İlişkili faktörler: Üst ekstremite sensorimotor işlev bozukluğu, iskelet- kas sistemi sorunları.

Amaç/ beklenen sonuçlar:

- Ağrının azalması/olmaması ve günlük yaşam aktivitelerini güvenli olarak yerine getirebilmesi.

Hemşirelik girişimleri:

- Hastanın ağrısını azaltan ve arttıran faktörler belirlenir.
- Hastanın ağrıya karşı duygusal tepkileri ve baş etme yöntemleri izlenir.
- Hasta/ hasta yakınlarına invazif olmayan ağrıyı rahatlatıcı yöntemler (uygun pozisyon, gevşeme egzersizleri, terapotik dokunma, müzik dinleme….vb) öğretilir. Hasta yakınına, omuz ağrısını önlemek için hastayı asla gevşek omuzdan kaldırmaması, etkilenen omuz ve koldan çekmemesi hakkında bilgi verilir. Hasta oturuyorken gevşek omuz /kolun yastıkla desteklenmesi veya kol askısı kullanması önerilir (Dobkin 2004; Carpenitto- Moyer 2005; Smeltzer ve ark. 2008).

Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi aktivitesine özgü diğer hemşirelik tanıları;

- Sağ hemisfer beyin hasarına bağlı algısal yetenek, hemianopsi/ kuandrantanopsi (görme alanın yarısı veya çeyreğinde vizyon kaybı) ile ilişkili *Tek Taraflı İhmal,*

- Hemiparezi (bedenin bir yarısının tümü/ bir bölümünde zaaf), hemipleji (bedenin bir yarısında görülen motor kayıp), azalan hareket ile ilişkili *Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski,*
- Derinlik/ mesafe algılamasında bozulma, alt ekstremite kuvvetinde azalma, dengede bozulma, görme alanındaki yetersizlikler, inkontinans ile ilişkili *Düşme Riski,*
- Görme alanı, motor ya da algılama bozukluğu ile ilişkili *Travma Riski*dir (Arbour 2006; Smeltzer ve ark. 2008).

İletişim Aktivitesine Yönelik Tanılara İlişkin Hemşirelik Girişimleri

Hemşirelik Tanısı: Sözel İletişimde Bozulma

Tanımlayıcı özellikler: Dizartri, afazi, disfazi, dispraksi, aleksiya, agrafia.

İlişkili faktörler: Temporal ya da frontal lob iskemisi, konuşma kaslarının motor fonksiyon hasarı, bilişsel fonksiyonlarda bozulma.

Amaç/ beklenen sonuçlar:

- Alternatif iletişim yöntemleri geliştirerek etkili iletişimin sağlanması.
- Hastanın sözlü veya sözsüz olarak kendini ifade etme yeteneğinde gelişme göstermesi.

Hemşirelik girişimleri:

- Bireyin gereksinimlerine göre alternatif iletişim yöntemleri (alfabe harfleri, el işaretleri, tahta, resimli kartlar, kağıt/ kalem…vb) ve iletişimi iyileştirecek yaklaşımlar öğretilir.
- Beden dili ve dokunma ile sözsüz iletişim teknikleri geliştirilir.
- Eğer hasta yavaş konuşuyorsa dinlemek için yeterli zaman tanınır.
- Hastanın sesleri şekillendirmesi için basit cümleler ile yavaş konuşulur
- İletişim bozukluğunun düzeyi ne olursa olsun hastanın yetişkin bir birey olduğu unutulmamalı, bireyin yanlışları eleştirmeden düzeltilir.
- Hasta ve hasta yakını, iletişim problemine ilişkin duygularını paylaşması için cesaretlendirilir.
- Konuşma terapisti ile işbirliği yapılır (Hickey 1997; Aştı ve Kaya 2002; Memiş ve ark. 2003; Carpenitto-Moyer 2005; Arbour 2006; Akdemir ve Birol 2005; Shah 2006; Smeltzer ve ark. 2008).

Hemşirelik Tanısı: Anksiyete

Tanımlayıcı özellikler: Emosyonel dalgalanma, anksiyete belirti/ bulguları.

İlişkili faktörler: Anevrizmaya yönelik alınan koruyucu önlemler (kesin yatak istirahati, ziyaretçi kısıtlaması vb.), benlik kavramına yönelik tehdit algılaması, fonksiyonel kayıp, psikolojik nedenler, organik nedenler.

Amaç/ beklenen sonuçlar:

- Bireyin anksiyetesini yönetmede etkili baş etme yöntemleri kullanarak rahatlamasının sağlanması.

Hemşirelik girişimleri:

- Hastanın anksiyetesini tanımasına yardım edilir ve anksiyete ile baş etme yöntemleri (derin solunum ve gevşeme egzersizleri, hayal kurma, düşünceyi durdurma, egzersiz, müzik dinletme, masaj..vb.) öğretilir.
- Hasta, depresyonun erken belirti ve bulguları (ağlama, çok kötü olacağı hissi, umutsuzluk, motivasyon eksikliği, iştahsızlık ve azalan sosyal aktiviteler.. gibi) açısından takip edilir.
- Hasta duygularını açıklamaya ve soru sormaya cesaretlendirilir.
- Başetme yöntemleri ile uyum sağlanamadığı ya da kronik anksiyetesi olduğu belirlenen bireyler psikiyatrik yardım alması için cesaretlendirilir ve yönlendirilir (Memiş ve ark. 2003; Öz 2004; Carpenitto-Moyer 2005).

Hemşirelik Tanısı: Bakımverici Rolünde Zorlanma

Tanımlayıcı özellikler: hastanın durumu hakkında endişe /korku, diğer rollerini gerçekleştirememe, enerjinin yetmediğinin bildirilmesi, öfke.

İlişkili faktörler: Hastalık sürecinin getirdiği devamlı/yoğun ve karmaşık bakım, aile üyelerinin rollerinde değişim.

Amaç/ beklenen sonuçlar:

- Hasta yakınlarının birbirini desteklemesi.
- Bakım verme sorumluluğuna ilişkin sorunlarını paylaşması.

Hemşirelik girişimleri:

- Hasta yakınlarının, inmeli hasta bireyin bakımına ilişkin durumu değerlendirmesine yardımcı olunur.
- Hasta yakınları, kendi duygularını tanıması ve ifade etmesi için cesaretlendirilir.
- Hasta yakınlarının, hastalık sürecin aktif birer üyesi olması sağlanır.

- Hastadan gerçekçi beklentiler oluşturması için hasta yakınlarına yardım edilir.
- Hasta yakınlarına eğitim ve danışmalık sağlanarak yardım edilir.
- Hasta yakınları, GYA kolaylaştıracak yöntemler, sorun çözme becerisi, stres ile baş etme, anksiyete ve depresif belirtileri tanıma konularında eğitilir ve hastaya yardımcı olmaları sağlanır (Carpenitto-Moyer 2005; İnce ve ark. 2008; Smeltzer ve ark. 2008).

Hemşirelik Tanısı: Bilgi Eksikliği: İnme Bakımı/ Tedavisi

Tanımlayıcı özellikler: hasta/ hasta yakınının inme, inmenin akut/ evde bakımı/tedavisi, inmeden korunma hakkında bilgi eksikliğini ifade etmesi ya da soru sorması, istendik sağlık koruma/geliştirme/sürdürme davranışlarını doğru olarak yerine getirememe, tedavi planını günlük yaşam aktivitelerine uygulamada sorunlar yaşaması,

İlişkili faktörler: bilişsel/zihinsel gelişim, yaş, fiziksel durum**,** sağlık inancı, geçmişteki deneyimler, anksiyete/ kaygı düzeyi**,** ilgi/istek duyma.

Amaç/ beklenen sonuçlar:

- Hasta/ hasta yakınının inme bakımı/ tedavisi hakkında bilgi sahibi olması.

Hemşirelik girişimleri:

- Hasta/ hasta yakınının inme bakımı/ tedavisi hakkında bilgi gereksinimleri belirlenir.
- Hasta/ hasta yakının içinde bulunduğu hastalığa uyum aşaması tanılanarak eğitim planlanır.
- Öğrenmeyi etkileyen öğrenme güdüsü, öğrenme yeterliği ve öğrenme ortamı gibi faktörler tanılanır.
- Yazılı ve görsel materyallerden yararlanılarak eğitim verilir (Carpenitto-Moyer 2005; Taşocak 2007; Orgun 2010).

Hemşirelik Tanısı: Terapötik Rejimin Etkisiz Yönetimi: Birey/Aile

Tanımlayıcı özellikler: İnme tedavi programını yönetme ve olumsuz sonuçlarını önleme isteğinin sözel olarak ifade edilmesi,

İlişkili faktörler: terapotik rejimin (tanılama yöntemleri, ilaç, diyet, harekete yardımcı araç/gereçler, ev ortamı değişiklikleri..vb.) karmaşık olması, bilişsel sorunlar, yetersiz bilgi, yetersiz sosyal destek, aile içi çatışmalar, anksiyete, yorgunluk.

Amaç/ beklenen sonuçlar:

- Hasta/ hasta yakının inme bakımı/ tedavi sürecine yönelik sağlık davranışlarını bilmesi ve uygulaması.

Hemşirelik girişimleri:

- Terapotik rejimi etkisiz yönetimine neden olan faktörler tanılanır.
- Anksiyetesini ifade etmesi için cesaretlendirilir, anksiyete/ stres ile baş etme yöntemleri öğretilir.
- Hasta ve hasta yakınına yönelik olumlu bir tutum geliştirilir.
- Hasta ve hasta yakınına hastalık süreci, terapotik rejim, yaşam biçimi değişiklikleri, destek kaynakları hakkında bilgi verilir, öğrenmenin zaman alacağı açıklanır (Carpenitto-Moyer 2005).

İletişim Aktivitesine Özgü Diğer Hemşirelik Tanılarından;

- Biyofizyolojik, psikolojik ve bilişsel (kognitif) yetersizlik, ihmal ile ilişkili *Beden İmgesinde Bozulma,*
- Sağlıkta değişim ile ilişkili *Rol Performansinda Değişim* tanıları da görülebilmektedir (Hickey 1997; Arbour 2006; Smeltzer ve ark. 2008).

Solunum Aktivitesine Yönelik Tanılara ilişkin Hemşirelik Girişimleri

Hemşirelik Tanısı: Aspirasyon Riski

İlişkili faktörler: Yutma kaslarının işlev yetersizliği.

Amaç/ beklenen sonuçlar:

- Aspirasyon riski oluşumunun engellenmesi

Hemşirelik girişimleri;

- Hasta yakınları, hastada yutma refleksinin olduğundan emin olduktan sonra; kolaylaştırıcı yutma manevraları (pozisyon değiştirme, besinin etkilenmeyen taraftaki dilin arkasına koyulması, başın etkilenmeyen tarafa çevrilmesi, ağızı kapatma/ açmayı uyarma, küçük miktarlarda yutulması kolay olan püre ve yumuşak gıdaların verilmesi… gibi) hakkında bilgilendirilir (Dobkin 2004; Harvey ve ark. 2006; Akdemir ve Birol 2005; Kernich 2006).

Beslenme Aktivitesine Yönelik Tanılara İlişkin Hemşirelik Girişimleri

Hemşirelik Tanısı: Yutmada Bozulma

Tanımlayıcı özellikler: Yutma güçlüğünün gözlenmesi, besinlerin ağız içinde birikmesi, yeme/içme esnasında öksürme/tıkanma/boğulma.

İlişkili faktörler: İleri yaş, nöromüsküler yetersizlik, duysal fonksiyonlarda değişiklik, oturamama/ oturmada dengesizlik, ihmal, depresyon.

Amaç/ beklenen sonuçlar:

- Bireyin metabolik gereksinimleri doğrultusunda aspire etmeksizin yeterli ve dengeli beslenmesi.

Hemşirelik girişimleri:

- Hasta/ hasta yakınına aspirasyon olasılığını azaltacak önlemler (baş kontrolünü sağlama, pozisyon verme, ağzı açma/ kapatmaya uyarma) ve kolaylaştırıcı yutma teknikleri hakkında bilgi verilir.
- Beslenmeye başlama aşamasında öncelikle yutmanın olup olmadığı kontrol edilir.
- Yutma refleksinin yeterliliğinden emin olduktan sonra öncelikle püre kıvamında yiyeceklerden başlanarak daha sonra besinlerin aşama sırasına yumuşak ve yarı katı besinler olmak üzere verilmesi sağlanır.
- Hasta/ hasta yakınlarına yemeğe fazla zaman ayrılması ve her lokmanın yutulduğundan emin olduktan sonra beslenmeye devam edilmesi hatırlatılır.
- Hasta/ hasta yakınları yeterli ve dengeli beslenme konusunda bilgilendirilir (Aştı ve Kaya 2002; Memiş ve ark. 2003; Dobkin 2004; Harvey ve ark. 2006; Shah 2006; Smeltzer ve ark. 2008).

Boşaltım Aktivitesine Yönelik Tanılara İlişkin Hemşirelik Girişimleri

Hemşirelik Tanısı: Üriner Boşaltım Örüntülerinde Değişim

Tanımlayıcı özellikler: İdrar yapmada zorlanma, sık sık az miktarlarda idrara çıkma, üriner inkontinans (idrar tutamama).

İlişkili faktörler: Frontal lob hasarı, Detrusor İnstabilitesi, bilişsel bozulma, iletişim yetersizliği/ eksikliği, önceden var olan sağlık problemleri, beslenme ve sıvı alımındaki değişiklikler ve ilaçların yan etkileri.

Amaç/ beklenen sonuçlar:

- Gündüz/ gece mesane kontrolünü sağlaması.

Hemşirelik girişimleri:

- Hastanın üriner boşaltım alışkanlığı ve etkileyen faktörler gözlenir.
- Sorunun akut bir nedeni olup olmadığı belirlenir.
- Sık /sık sürgü verilir/ komoda oturtturulur.
- İstem doğrultusunda 24 saatlik aldığı/çıkardığı sıvı takibi yapılır.
- Katater gerekli değilse en kısa zamanda kataterin çıkması sağlanır ve mesane egzersiz programı uygulanır (Aştı ve Kaya 2002; Akdemir ve Birol 2005; Arbour 2006; Smeltzer ve ark. 2008).

Kişisel Temizlik ve Giyinme Aktivitesine Yönelik Tanılara İlişkin Hemşirelik Girişimleri

Hemşirelik Tanısı: ***Öz Bakım Eksikliği:***

Özbakım Eksikliği Sendorumu tanısı; Kendi Kendini Beslemede Yetersizlik, Kendini Yıkama/ Hijyenik Bakımda Eksiklik, Kendi Kendine Giyinme/ Kendine Özen Göstermede Eksiklik, Kendi Kendine Tuvalet Kullanmada Eksiklik tanılarını içerir.

Tanımlayıcı özellikler: Kendi kendini beslemede yetersizlik, kendini yıkama/ hijyenik bakımda eksiklik, kendi kendine giyinme/ kendine özen göstermede eksiklik, kendi kendine tuvalet kullanmada eksiklik,

İlişkili faktörler: Nöromüsküler ve kognitif yetersizlik, duysal/algısal problemler.

Amaç/ beklenen sonuçlar:

- Özbakım gereksiniminin sağlanması ve sürdürülmesi.
- Hastanın, günlük yaşam aktivitelerine bilişsel, duyuşsal, psikomotor yeterliliğine göre katılması.

Hemşirelik girişimleri:

- Hasta özbakım eksikliği hakkındaki duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilir.
- Hastaya bağımsızlığını arttırması için teşvik edilir ve sadece gerektiğinde yardım edilir.
- Her bir özbakım aktivitesine katılabilme yeteneğine göre sorun olan tanılara yönelik hemşirelik girişimleri uygulanır.
- Yardımcı araç/ gereç hastanın ulaşabileceği yere konur.
- Etkilenmiş tarafı ihmal etmemesi gerektiği hatırlatılır.

- Hasta yakınlarına bireyin benlik saygısı ve kendi kendine karar verme yeteneği geliştirilmesinin önemi anlatılır (Hickey 1997; Memiş ve ark. 2003; Carpenitto-Moyer 2005; Arbour 2006).

Beden Sıcaklığının Kontrolü Aktivitesine Yönelik Tanılara İlişkin Hemşirelik Girişimleri

Hemşirelik Tanısı: Beden Sıcaklığında Değişim: Hipertermi Riski

İlişkili faktörler: İntrakranyal basınçta artma, kanama veya ödem.

Amaç/ beklenen sonuçlar:

- Beden sıcaklığının normal sınırlarda olmasının sağlanması ve sürdürülmesi.

Hemşirelik girişimleri:

- Hipotermi battaniyeleri, ılık banyo, buz torbası uygulama veya beden bölgelerine soğuk su ile ıslatılmış havlu bezler koyma.…gibi soğuk uygulamalar yapılır. Hipotermi battaniyeleri kullanıldığında, basınç bölgeleri ve soğuk yaralanmaları açısından deri sık sık gözlenir.
- Beden sıcaklığı yükselen bireyleri dehidratasyon belirti bulguları ve bilinç durumu değişiklikleri için yakından izlenir ve derhal hekime bildirilir.
- Hekim istemi ile ateş için antipiretik ve beyin nöron membran hasarını durduracak ilaçlar verilir (Roper ve ark. 1996; Kernich 2006)**.**

Hareket Aktivitesine Yönelik Tanılara İlişkin Hemşirelik Girişimleri

Hemşirelik Tanısı: Fiziksel Harekette Bozulma

Tanımlayıcı özellikler: Eklem açıklığı hareketlerinde (Range of Motion/ ROM) sınırlılıklar, harekette bozulma.

İlişkili faktörler: Hemiparezi, denge ve koordinasyon kaybı, spastisite (kas tonüsünde anormal artış), nöromüsküler ve kognitif yetersizlik.

Amaç/ beklenen sonuçlar:

- Hareketsizliğe bağlı komplikasyon oluşumunun engellenmesi,
- Yardımcı araç gereçli veya araç gereç olmaksızın güvenli bir şekilde hareket edebilmesi.

***Hemşirelik girişimleri*:**

- Hareketsizlik komplikasyonları (basınç yarası, kontraktür, derin ven trombozu…vb.) gözlenir ve hasta/ hasta yakınlarına uygun-doğru pozisyonu korumasına yönelik girişimler öğretilir.

- Hastanın önerilen egzersizleri düzenli yapması, etkilenmemiş ekstremitede aktif ROM egzersizleri ve etkilenmiş ekstremitede pasif ROM egzersizleri yapması/ yaptırılması için cesaretlendirilir/ desteklenir.
- Hemşire, fizik tedavi uzmanı/ fizyoterapist ile birlikte hastanın beklentilerini, hareketlerini, verilen egzersize uyumu, günlük egzersize toleransını gözler.
- Hasta ve yakınlarına aktivite desteği için kullanılacak olan araç gerece ilişkin güvenlik önlemlerini uygulayarak kullanması öğretilir (Hickey 1997; Akdemir ve Birol 2005; Arbour 2006; Memiş ve ark. 2003; Smeltzer ve ark. 2008; Arbour 2006).

Çalışma ve Eğlenme Aktivitesine Yönelik Tanılara İlişkin Hemşirelik Girişimleri

Hemşirelik Tanısı: Boş Vakitlerini Geçirme/ Eğlenme Aktivitelerinde Yetersizlik

Tanımlayıcı özellikler: Can sıkıntısı/ anksiyete/ depresyon gözlemlenmesi, sürekli olumsuz duygu ve düşünceleri ifade etmesi.

İlişkili faktörler: Aktivite eksikliği, ağrı, yorgunluk, sosyal izolasyon, motivasyonda azalma.

Amaç/ beklenen sonuçlar:

- Hasta/ hasta yakınının can sıkıntısını ve duygularını anlatması.
- Hasta/ hasta yakınının hoşlandığı boş zaman aktivitelerinde artış olduğunu bildirmesi.

Hemşirelik girişimleri:

- Hasta/ hasta yakını duygu ve deneyimlerini paylaşmak için cesaretlendirilir.
- Hasta ve hasta yakınları ile birlikte günlük aktivite planlaması yapılır (Carpenitto- Moyer 2005).

Cinselliği İfade Etme Aktivitesine Yönelik Tanılara İlişkin Hemşirelik Girişimleri

Hemşirelik Tanısı: Cinsel Örüntülerde Değişim

Tanımlayıcı özellikler: Cinsel kimlikte olumsuz değişim ya da işlevlerde yetersizlik korkusu.

İlişkili faktörler: Nörolojik yetersizlik/ yetersizlik korkusu, anksiyete, depresyon, konforda değişim, beden ile ilgili farkındalığın değişmesi, güçsüzlük, iletişim sorunları, kullanılan ilaçlar.

Amaç/ beklenen sonuçlar:

- Hastanın, eşi/partneriyle doyumlu bir cinsel yaşam sürdürebilmesi.

Hemşirelik girişimleri;

- Hastanın özgüven, kendini ifade etme ve iletişim becerileri güçlendirilir.
- Hasta, eşi/ partneri ile ilişkilerinin güçlü yönlerini tartışmaları ve kaybın güçlü yönler üzerine etkisini tanımlamaları için cesaretlendirilir.
- Hasta, endişelerini eşi/partneri ile konuşması için cesaretlendirilir.
- Hasta ve eşi/ partneri; cinsellik için zamanlama, pozisyon ve kolaylaştırıcı teknikler hakkında bilgilendirilir (Dobkin 2004; Harvey ve ark. 2006, Memiş ve ark. 2003; Smeltzer ve ark. 2008).

Uyku Aktivitesine Yönelik Tanılara İlişkin Hemşirelik Girişimleri

Hemşirelik Tanısı: Uyku Düzeninde Bozulma

Tanımlayıcı özellikler: Uykuya dalmakta ve uyumada güçlük, gün boyunca uyuklama, yorgunluk.

İlişkili faktörler: Solunum problemleri, gece idrara çıkma, ağrı, anksiyete, yaşam biçimi değişiklikleri.

Amaç/ beklenen sonuçlar:

- Normal uyku düzeninin sağlanması ve sürdürülmesi.

Hemşirelik girişimleri:

- Uyku uymaya elverişli gürültüsüz/ sakin bir ortam hazırlanır. Uyumadan önce alışkın olduğu uygulamaların yapılması/devamlılığı sağlanır.
- Gece çarpma ve düşmeleri önlemek için güvenlik önlemleri sağlanır.
- Yatmadan önce alınan sıvı miktarını kısıtlaması, ağır yiyecekler ve çay/ kahve gibi içeceklerden kaçınmasının önemi vurgulanır.
- Bireyin stresi azaltmasında yardımcı olmak için öğrendiğiniz gevşeme tekniklerini hastaya öğreterek bu teknikleri öğrenmesi sağlanır.

Ölüm Aktivitesine Yönelik Tanılara İlişkin Hemşirelik Girişimleri

"*Bir Kayba Bağlı Beklenen Yas*" ya da "*Yas Tutma*" hemşirelik tanıları görülebilmekle birlikte inmeli hastaların tümü yaşamını kaybetmemektedir (Sacco 2008; Acaroğlu ve ark. 2008). Hemşire ölmek üzere olan (terminal dönem) hastaların fiziksel, emosyonel ve spiritual gereksinimlerini bilerek bu gereksinimlere

uygulamalarında yer vermelidir. Ayrıca hemşire; kaybı yaşayan aileye destek olmalıdır (Acaroğlu ve ark. 2008).

UYGULAMA

Bakımda belirlenen hedefe ulaşabilmek için bakım planının uygulamaya konmasıdır. Uygulamaya geçmeden önce bireyin yeniden değerlendirilmesi, bireyin durumunda veya hemşirelik tanısında değişiklikler olduysa hemşirelik girişimlerinde değişiklikler yapılması gerekmektedir. Öncelikler belirlendikten sonra planlanan hemşirelik girişimleri uygulanır (Acaroğlu ve ark. 2008).

Hasta ve hasta yakını eğitimi rehabilitasyonun temel bileşenidir. Hemşire hasta/hasta yakınına inme, inme nedenleri, koruyucu önlemler ve rehabilitasyon süreçleri hakkında eğitim sağlar. Hem akut hemde rehabilitasyon döneminde eğitim, hastanın mümkün olduğunca özbakımına yeniden başlaması ve öz bakımı sürdürmeye odaklanır (Smeltzer ve ark. 2008).

DEĞERLENDİRME

Planlanan girişimlerin uygulanması sonucunda belirlenen hedeflere ulaşılıp ulaşılmadığına bakılır. Değerlendirme, bireyin durumundaki değişikliklerin, gelişmelerin ve komplikasyonların belirlenebilmesine yardımcı olur. Değerlendirme belirli hemşirelik sorunlarının çözümünde hangi hemşirelik girişimlerin etkin olduğunun belirlenmesinde yardımcı olur (Acaroğlu ve ark. 2008).

İnmeden sonra yeterli serebral doku perfüzyonu sağlanması gibi hedeflere hemen ulaşılması gerekirken özbakım eksikliği gibi tanılara yönelik diğer hedeflere ulaşmak zaman gerektirebilir. Hem hasta hemde hasta yakını için beklenen sonuçları ulaşmak ve takip etmek için rehabilitasyon evde de devam etmesi gerekir (Kernich 2006). Değerlendirme sonucu olumsuz olduğunda, çözümlenmeyen sorun/ gereksinim için yeniden plan yapılması gerekir (Acaroğlu ve ark. 2008).

Kayıt/ Rapor Etme

Sistemli yapılan tüm çalışmalar, düzenli kayıtlara temellenir. Hemşirelik kayıtlarında objektif bilgiler yer almalı, ancak gerçeklerle desteklendiği sürece subjektif bilgiler de kayıt edilmelidir (Acaroğlu ve ark. 2008). İnmeli hastanın hemşirelik bakımı, inmeli bireye özgü oluşturulan hasta bakım planları ile kayıt edilmelidir. Ayrıca klinik

inme çalışmaları veya kayıtlarında, nörolojik/fonksiyonel sorunları değerlendirmede yardımcı olan skala/ ölçeklerden de yararlanılır. Bu skala/ ölçekler:

- Nörolojik değerlendirme; Glasgow Koma Skalası, NIHSS Skoru, Kanada Nörolojik Skalası..vb.
- Fonksiyonel değerlendirme;
    - Özürlülük (disability); Barthel İndeksi, Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (Functional Independence Measure / FIM) ..vb,
    - Engellilik (handicap); Rankin Skalası, Frenchay Aktivite İndeksi… vbdir (Dobkin 2004; Karatepe ve ark. 2008).

Bununla birlikte hasta/ hasta yakınlarının yaşam kalitesi (EQ-5D), anksiyete (STAI) ve depresif belirtiler (BDE) belirlenmesinde benzer çalışmalarda da sıklıkla kullanılan ölçeklerden yararlanılabilir.

Beklenmeyen Sonuçlar:

Komplikasyonlar: nörolojik komplikasyonlar (koma, yeni bir inme, intrakranyal basınçta artış, nöbetler, hemorajik transformasyon, vazospazm, hidrosefali, ve/ veya tekrar kanama) ve *sekonder medikal komplikasyonlar* (hiponatremi ve hipoglisemi gibi metabolik dengesizlikler, aspirasyon pnömonisi, solunum problemleri, ilaç yan etkileri, pulmoner embolizm, üriner yol enfeksiyonu, sepsis… vb.) olmak üzere ikiye ayrılır (Kernich 2006; Smeltzer ve ark. 2008).

Sık görülen komplikasyonlar iskemik inme için; kafa içi basıncının artmasına bağlı beyin kan akımında bozulma, beyin doku iskemisi, motor hareketlerde azalma ve duyu kusuruna bağlı olarak gelişebilecek kas/ eklemlere ilişkin komplikasyonlar, doku gaz alışverişinde bozulma, pnomoni, mesane ve bağırsak işlev bozukluğu, özbakımını gerçekleştirememe, deri bütünlüğünde bozulma riskidir. Hemorajik inme için ise; vazospazm, nöbet gelişimi, hidrosefali, kanamanın tekrarlamasıdır (Karadakovan 2010).

Eğitime İlişkin Konular

Hasta/ hasta yakını eğitimi konuları:

- Güvenli çevre; duyusal-algısal değişimlere uyum sağlama, evde uygun güvenlik önlemleri, ağrıyı azaltan yöntemler, önerilen ilaçlar ve olası yan etkiler, komplikasyon ve hekime başvuracağı belirti/ bulgular.

- İletişim; alternatif iletişim yöntemleri, anksiyete ile baş etme yöntemleri, depresyonun erken belirti ve bulguları, sağlık davranışlarını bilmesi ve uygulaması, sosyal destek kaynakları, inme ve komplikasyonları hakkında genel bilgi, komplikasyon riskini azaltma ve tekrar oluşumunu engelleme.
- Solunum; aspirasyon riskini engelleme, derin solunum ve öksürme egzersizleri.
- Beslenme; aspirasyon olasılığını azaltacak önlemler, yutma güçlüğü nedeniyle yutması kolay besinlerin verilmesi, beslenmeye yardımcı araç gereçler, yeterli ve dengeli beslenme.
- Hareket; pozisyon değişimi, transfer yöntemleri, ROM egzersizleri, harekete yardımcı araç/ gereçe ilişkin güvenlik önlemleri.
- Kişisel temizlik ve giyinme; özbakım gereksiniminin sağlanması, giyinmeyi kolaylaştırıcı teknikler.
- Beden sıcaklığının kontrolü; dehidratasyon belirti/ bulguları, bilinç durumu değişikliklerini bildirme.
- Boşaltım; mesane egzersiz ve barsak boşaltım programı,
- Cinselliği ifade etme; rol ve sorumluluklar, beden imgesi değişimleri, cinselliğe ilişkin endişeleri giderme,
- Çalışma ve eğlenme; günlük aktivite planlaması,
- Uyku; gevşeme teknikleri, uykuya yardımcı uygulamalardır (Roper ve ark. 1996; Rodgers ve ark. 1999; Pierce ve ark. 2004; Powers 2006).

Eğitimde dikkat edilecek hususlar;

- Bilgi eksikliği ve dolayısıyla eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi,
- Bireyin öğrenmeye hazır olduğundan emin olunması,
- Dikkati ve ilgiyi dağıtan faktörlerin azaltılması,
- Birey ile yüz yüze, göz teması kurularak ve yavaş konuşulması,
- Bilgiyi geçmişteki deneyimlerle ilişkilendirilirek, yeni öğrendikleriyle bağlantı kurulması,
- Her defada bir konuya odaklanılır, öğrenme hızı bireye özgü ayarlanılır, önemli bilgiler tekrar edilmesi,
- Sözel, görsel ve dokunsal uyaranlar ile öğrenmeyi arttırarak, hastanın bilgiyi hatırlamasına yardımcı olunması,

- Sürekli bilgiyi sağlayacak yazılı eğitim materyalleri (kitapçık, broşür..vb.) sağlanması,
- Yazılı materyallerin yazısının kolayca okunabilecek boyutta ve kullanılan renklere dikkat edilmesi,
- Eğitime hasta yakının katılımının sağlanması,
- Yaşlı bireylerin bilgiyi anlaması için yavaş ve yeterli zaman verilmesi,
- Belli aralıklarla tekrarlar yapılmasıdır (Pierce ve ark. 2004; Hall 2009).

Yaşlılığa İlişkin Konular

Hemşire yaşam süresinin her aşamasında, bireyin içinde bulunduğu yaşam süresini göz önüne alarak bireyin sağlığının korunması, geliştirilmesi ve bakım gereksinimlerinin karşılanmasında önemli rol ve sorumluluklar üstlenmektedir (Roper ve ark. 1996; Kaya 2008). Inmeli yaşlı bireylerin bakımında dikkat edilecek hususlar şunlardır:

- Deride kuruma, deri altı yağ dokusunda azalma, deri elastikiyetinde ve dayanıklılığında azalma, deri iyileşme hızının azalması, protein/ vitamin ve mineral yetersizliği, hareketsizlik, üriner/ bağırsak inkontinansı gibi yaşlılık ile ilişkili risk faktörleri tanılanır. Yaşlı bireye, GYA bağımsızlığını kazanmasına yardımcı olmak için yeterli zaman sağlanır.
- Yaşlı bireyle iletişimde bellek problemleri, yardımcı işitme cihazı gibi iletişim sorunlarına yol açacak sorunlar değerlendirilir. Yetersizlikleri "yaşlı olmaya" yüklemekten kaçınılır, yaş dönemine uygun olmayan (altını bezlemek vb.) ifadelerden kaçınılır. Sözlü iletişimde normal ses tonu kullanılır. Yaşlı birey kararlara katılması için cesaretlendirilir. Tedavi rejimine uyumda yetersizlik olup olmadığı değerlendirilir. Hasta yakınlarına yaşlı bireye bakımverme rolünde zorlanmaya yönelik destek sağlayacak kaynaklar (hasta destek grupları, gündüz bakım evleri/ huzur evleri, ulaşım, evde bakım hizmetleri gibi) tanılanır, uygun destek kaynaklarına ulaşması sağlanır.
- Yetersiz beslenme belirti/ bulguları gözlenir,
- Bakımda bireyin mahremiyetine özen gösterilir. Bakım girişimlerinde yaşlılık ile ilişkili risk faktörlerine dikkat edilir. Basınç yaraları gibi belirti/ bulgular gözlenir ve değerlendirilir. Kişisel temizlik ve giyim aktivitesinde bireye bağımsızlığı desteklenerek yardımcı olunur.

- Harekete ilişkin sorunlara yönelik yardımcı araç/gerecin kullanımında güvenlik önlemleri alınır.
- Uykuya yardımcı farmakolojik olmayan uygulamalar öğretilir. Yaşlı bireyde kronik yorgunluğun yaşlılık depresif belirtisi olup olmadığını değerlendirme için psikiyatri uzmanından yardım alması için cesaretlendirilir ve yönlendirilir (Hall 2009).

Evde Bakıma İlişkin Konular

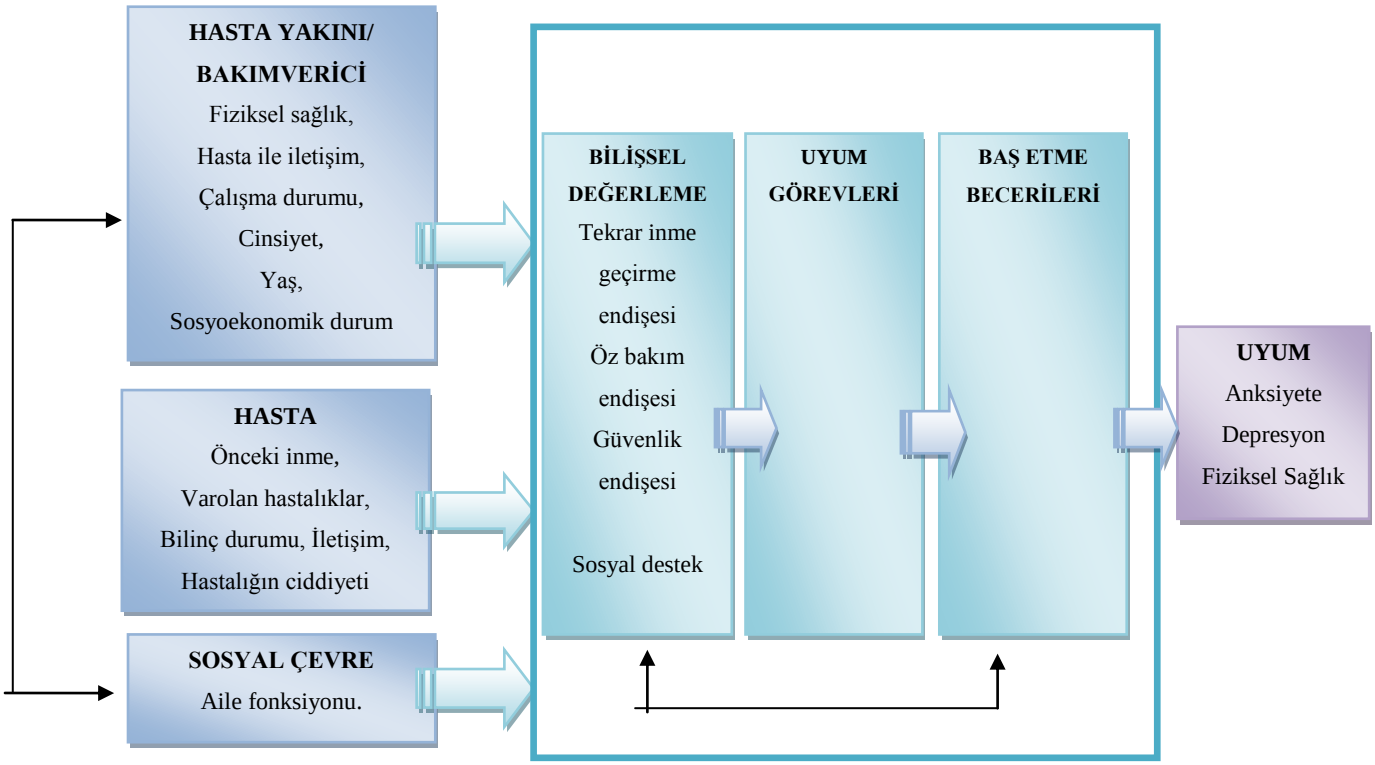
Evde bakım hizmetleri, genel olarak; bireyin sağlığını korumak, yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından bireyin kendi evinde ya da yaşadığı ortamda sunulmasıdır (Oğlak 2007). Evde bakım hizmetleri, özelliği gereği; tıbbi ve sosyal hizmetler, kısa veya uzun süreli, uzman kişilerin ve aile bireylerinin verdikleri evde bakım olmak üzere üç açıdan sınıflandırılmaktadır (Oğlak 2007).

Ülkemizde nüfus yapısı ve sağlık sorunları değişmekte, kronik hastalıklar önemli sorunlar arasında yer almaktadır (Oğlak 2007). Nitekim inme, toplumda sakatlık bırakan hastalıklar içinde birinci sıradadır (Ford-Gilboe ve Bluvol 2004). İnme ani oluştuğundan ve uzun süreli bir bakımı gerektirdiğinden hasta ve hasta yakını; fiziksel, emosyonel/psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan desteğe gereksinim duyarlar (Ford-Gilboe ve Bluvol 2004, Powers 2006).

Ülkemizde uzun süreli bakım ve fizik tedavi merkezlerinin az sayıda olması, bu merkezlerdeki hasta yoğunluğunun fazla olması, sosyal güvence kapsamında ulaşmanın zor olması ve özel merkezlerin pahalı olması nedeniyle ciddi bağımlılığı olan hastaların bile bakımı profesyonel destek olmaksızın evde hasta yakınları/ aile üyeleri tarafından gerçekleşmektedir (Kaplan 2002).

İnme, hasta ve ailesi için hem tıbbi hem de psikososyal krizlere neden olur. Tüm ailenin işlevleri, rol dağılımı, ilişkileri etkilenir. Hastalar ve aileler birçok stressör ile mücadele etmek zorundadır. İnme özellikle hastaya birincil derecede bakım veren hasta yakınları/ aile üyesi için bir krizdir ve bu bireylerde anksiyete ve depresyon yaygın görülebilmektedir. İnme sonrası hem hasta ve hemde hasta yakınlarında görülen anksiyete ve depresyon gibi emosyonel sorunlar; bilişsel bozulmaların düzelmesini ve günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesini ve dolayısıyla yaşam kalitesini etkilemektedir. İnme sonrası hasta ve hasta yakınlarının evde bakımda yaşadığı

psikososyal sorunları etkileyen faktörler ve uyum aşamaları Şekil 2-2'de gösterilmektedir. Hasta ve hasta yakınlarına inme ve tedavi/bakımına, komplikasyonları önlemeye yönelik bilgi verilmeli, etkili iletişim kurma ve gevşeme egzersizleri öğretilmeli ve sorun çözme becerileri geliştirilmelidir (Buzlu 2006).



Şekil 2-2: İnme Sonrası Evde Bakım

Buzlu, S. (2006). İnmeli hastanın ve ailesinin yaşadığı psikososyal sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. II. Ulusal Beyin Damar Hastalıkları Kongresi, II. Temel İnme Hemşireliği Kursu. 7 Haziran 2006, Antalya.

2.3. İNME SONRASI YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi; çok yönlü olması, sürekli değişim ve gelişim göstermesi, kişiden kişiye değişebilmesi, bireyin yaşamında nelerden zevk alındığını, ne olmak ve nasıl yaşamak istediğini ifade etmesi, sosyal, psikolojik, ekonomik ve kültürel faktörlerden etkilenmesi nedeniyle tanımlanması zor bir kavramdır (Akdemir ve Birol 2005).

Küçükdeveci'nin kaynağında (2005) Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yaşam kalitesi tanımının, "bireyin, gerek kültürel ve içinde bulunduğu ortamın değer yargıları, gerekse kendi hedefleri, beklentileri ve ilgileri bağlamında, hayatta kendi durumunu algılama biçimi" olduğu belirtilmektedir.

Yaşam kalitesi mutluluk, doyum, uyum ve iyi olma hali olarak tanımlanabilir. Bir başka tanıma göre yaşam kalitesi, yaşamın subjektif değerlendirmesidir ya da şu

anki fonksiyonel düzeyine rağmen subjektif yaşam doyumunu ifade eder (Akdemir ve Birol 2005). Bireyin kendi yaşamından memnun olma durumu ya da subjektif iyilik halidir (Durmaz ve Atamaz 2006).

Durmaz ve Atamaz'ın kaynağında (2006) DSÖ'nün, yaşam kalitesi ile ilgili olan yetersizlik (impairement) kavramını fiziksel ve psikolojik anlamda fonksiyonların kaybı veya normal olmaması, özürlülük (disability) kavramını yetersizlik olarak, engellilik (handicap) kavramını yaşamda normal kabul edilen bir rolün performansını önleyen ve kısıtlayan durum olarak tanımladığı belirtilmektedir.

Yaşam kalitesi ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi farklı kavramlardır. Yaşam kalitesi daha geniş, çok boyutlu bir kavram olup fiziksel, emosyonel/ mental ve sosyal boyutları mevcuttur. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (SYK) ise yaşam kalitesinin sadece bir bölümünü oluşturmakta ve kişinin içinde bulunduğu sağlık durumundan memnuniyet durumunu ve sağlık durumuna verdiği emosyonel cevabı da içeren bir kavram olarak kabul edilmektedir (Küçükdeveci 2005).

Öznel sağlık algısı olarak tanımlanabilecek SYK, klinikte nesnel sağlık sonuç göstergelerine ek olarak kullanılan bir diğer sonuç göstergesidir. Yeti yitiminin ölçülmesi ile öznel sağlık algısının ölçümü ayrı şeylerdir. Nitekim belirli bir eylemi gerçekleştirmemek (belli bir mesafeyi yürümek vb.) bir işlev kaybı olarak değerlendirilirken, bu eylemi yerine getirememenin kişinin yaşamının niteliği üzerine olan algılanan etkisi yaşam kalitesidir (Eser 2007).

SYK tek bir sayı (indeks ölçüt) ile ölçülebileceği gibi bir profil ile de ölçülebilir. İndeks ölçütler içinde en sık ve en eskiden beri kullanılanı görsel eşdeğerlik ölçekleri (Visual Analog Scales- VAS) dir. Profil ölçekleri ise SYK'nin bütününü belirleyen alt bileşenlerden oluşur. SYK ölçekleri kullanım amaçlarına göre de genel amaçlı ve hastalığa/ duruma özel ölçekler olarak ikiye ayrılırlar (Eser 2007).

Hastalıkların veya tıbbi/ cerrahi girişimlerin sonuçlarının genellikle kişinin yaşamını bir bütün olarak etkileme olasılığı nedeniyle genel amaçlı ölçekler, yapılan tıbbi girişime bağlı değişimi daha duyarlı olarak ölçebilmeleri nedeniyle de hastalığa ve duruma özgü ölçekler kullanılır.Yaşam kalitesi ölçekleri klinikte genellikle bir girişimin etkisini ölçmekte kullanıldığından, hasta kabulünde ölçümünün ne zaman yapılacağı izleyen ölçümler için rehber olacaktır (Eser 2007).

Yaşam kalitesi analizleri hastalık ve tedavi süreçlerinin günlük yaşamdaki fiziksel, ruhsal ve sosyal etkilerini analiz ederek hastalıkları sırasında bireylere gereksinim duydukları fiziksel, ruhsal ve sosyal desteği belirlemekte yarar sağlamaktadır. Sağlık açısından yaşam kalitesi ölçütleri hastanın değişik tedavilerin kendisi açısından başarı derecelerini karşılaştırma olanağı yaratarak karar verebilmesini sağlayıcı şekilde bilgilendirilmesi olanağı yaratmaktadır. Aynı zamanda bakım programlarının planlanması ve eşgüdümü olanağı da sağlamaktadır (Türkiye Bilimler Akademisi/TÜBA Çevre Çalışma Grubu Raporu 2003).

Hasta birey/ ailelerinin hastalığa fiziksel ve psikososyal yanıtının tanılanması, uyum güçlüklerinin anlaşılması ve uygun başetme yöntemlerinin geliştirilmesine destek olacak bakım girişimlerinin planlanması, yaşam kalitesi değerlendirmeleri ile mümkün olabilir (Mollaoğlu 2007).

Yaşam kalitesi ölçümleri hemşirelikle yakından ilişkilidir. Nitekim hemşirelik bakımının temel amacı; bireye kendi bakımını yapar hale gelinceye dek yardımcı olmak en kısa zamanda bireyin kendi bakımını üstlenmesini ve gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamak ve tüm bu süreçlerde de yaşam kalitesini yükseltmektir (Şendir 2000). Yaşam kalitesi ölçümleri bakım/ tedavi uygulamalarının yaşamın tüm boyutlarına etkisini bireyin bakış açısından değerlendirme olanağı vermektedir. Bu özelliği ile yaşam kalitesi ölçümleri hemşireliğin insanın bütüncüllüğüne ve kendine özgülüğüne (eşsizliğine) olan inancı ile paralellik göstermektedir (Mollaoğlu 2007).

Yapılan çalışmalar, inmeli hastalarda yaşam kalitesinin normal bireylere göre azalmış olduğunu göstermektedir (Suenkeler ve ark. 2002). Rundek ve Sacco' nun kaynağında, Northern Manhattan popülasyon tabanlı yapılan bir vaka-kontrol çalışmasında inmeden önceki yaşam kalitesi skorlarının (Ouality of Well-Being Scale skorları) 6 ay sonraki skora göre %27 düşük bulunmuştu ayrıca 6 ay sonra fonksiyonel bağımsız olan (BI 70 eşit veya daha fazla olan) hastalarda bile %12 azaldığı saptanmıştı.

İnmeli hastalarda yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalarda çelişkiler görülebilmektedir. Bu farklılıkların, standart olmayan ölçümler, çalışmaya alınma zamanı, yer, tedavi farklılığı gibi nedenlere bağlı olduğu düşünülmektedir. İlk değerlendirmedeki fonksiyonel ve nörolojik durum yaşam kalitesi açısından önemlidir (Eyigör 2007).

Araştırmalar inme sonrası hastaya bakım vermenin hasta yakınlarının fizyolojik, psikolojik, ekonomik ve sosyal boyutlarını etkilediğini, hasta yakınlarının yaşam kalitesinin inmeden sonra yıllar geçse bile olumsuz etkilendiğini belirtmektedir (Adams 2003; Walling 2005; White ve ark. 2006). White ve arkadaşlarının çalışmasında (2006) inmeli hasta yakınları/ bakımvericilerle bakım verdikten 1,5-2 yıl sonraki görüşmelerinde toplumdaki diğer bireylerin yaş ve cinsiyet normları ile karşılaştırmalarında topluma göre (5-10 puan) anlamlı olarak düşük bulmuşlardır. Hasta yakını yaşam kalitesinin en önemli belirleyicilerinden birisinin de hastaların davranışsal bozuklukları ve yaşama dönme biçimleri olduğunu saptamışlardır. Aynı zamanda hasta yakınları inmeden sonra kişilerarası ilişkilerinin azaldığı, arkadaş ve ailesi ile sosyalleşmek için daha az zamanlarının bulunduğu, boş zaman aktivitelerine ve diğer sosyal aktivitelerine daha az zaman ayırdıkları ve bakımverici rolünün olumsuz sonuçlarından (aşırı yorgunluk, kendi sağlığına daha az zaman ayırma gibi) bahsetmektedir.

2.3.1. İnme Sonrası Yaşam Kalitesi Tanılaması

Yaşam kalitesi tanılanması/ değerlendirilmesinde kalitatif (nitel) ve kantitatif (nicel) yöntemler kullanılmaktadır. Kalitatif yöntemde ikili görüşmeler ve odak grup görüşmeleri ile hasta/ hasta yakının yaşam kalitesi hakkında fikir sahibi olunabilmektedir, kantitatif yöntemlere göre daha az kullanılmaktadır. Kantitatif yöntemde ise standardize edilmiş yaşam kalitesi ölçekleri kullanılmaktadır. (Küçükdeveci 2005).

İnmeli hasta bireylerin yaşam kalitesinin tanılanmasında kullanılan ölçekler, sağlıkla ilişkili genel amaçlı ve hastalığa/duruma özgü yaşam kalitesi değerlendirme ölçekleridir. İnme sonrası *genel sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi*nin belirlenmesinde inmeli bireyler için tanımlanmış, geçerlilik ve güvenirliği yapılmış 36 Soruluk Kısa Bir Sağlık Araştırması (The MOS 36 Item Short Form Health Survey/ SF-36), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği/ WHO-QOL ve EuroQOL (EQ-5D) sıklıkla kullanılmaktadır. Ayrıca çalışmalarda başka ölçeklerde (Hastalık Etki Profili/Sickness Impact Profile, Yaşam Kalitesi İndeksi/ Quality of Life Index, Reintegration to Normal Living Index, Nottingham Sağlık Profili/ Nottingham Health Profile, Esenlik Kalite Skalası/ Quality of Well-Being Scale) kullanılmaktadır (Pickard ve ark. 2002; Suenkeler ve ark. 2002; Adams 2003; Dayapoğlu 2005; Küçükdeveci 2005; Altındağ 2008). Genel

sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeklerinin; kolay ve kısa zamanda uygulanabilir olmaları, çeşitli hastalıkların ve bakım/ eğitim uygulamalarının yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek için karşılaştırılabilir olmaları gibi güçlü yönleri olmasına rağmen; yaşam kalitesini çok düşük ya da çok yüksek olarak göstermeleri, inme sonrası bireylere uygulanıp uygulanmayacağının ve inmeye özgü sorunlara duyarlılıklarının bilinmemesi gibi sınırlılıklarının olduğu bildirilmektedir (Küçükdeveci 2005).

İnmeden sonra sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeklerini cevaplayamayan hastalarda ölçekleri hasta adına hasta yakını/ bakımvericinin yanıtladığı çalışmalara rastlanmaktadır. Bu tür yapılan çalışmalarda EuroQol, SF-36, Hastalık Etki Profili/Sickness Impact Profile ve Sağlık Yararlılık İndeksi/ Health Utilities Index ölçeklerinin güvenilir olduğu bildirilmektedir (Pickard ve ark. 2002).

İnmede *hastalığa/ duruma özgü* yaşam kalitesini tanılamada sıklıkla kullanılan ölçekler ise; İnmeye Adapte Edilmiş Hastalık Etki Ölçeği (Stroke Adapted Sickness Impact Profile), İnme Etki Ölçeği (Stroke Impact Scale) ve İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Stroke Specific Quality of Life Measure) dir (Rundek ve Sacco 2004). Hastalığa/ duruma özgü ölçekler; belli bir hastalık veya duruma özgü olarak geliştirilmiş olup, daha çok o durum ya da hasta grubunu ilgilendiren yaşam kalitesi alanlarını irdeler; dolayısıyla değişime duyarlılıkları yüksektir. Ancak daha büyük ve daha heterojen gruplarda değerlendirilmeli, çok ciddi yetersizliği olan hastalarda görüşmeci tarafından değerlendirilen yanıtların kullanımlarının değerlendirilmesi ve geçerlik/güvenirlik çalışmalarının yapılması gerekmektedir (Rundek ve Sacco 2004). Hastalığa/ duruma özgü ölçeklerin duruma duyarlılıkları ile ilgili sorunlar olduğu ve bu nedenle de henüz yaygın olarak kullanılmadıkları da belirtilmektedir (Eyigör 2007).

İnmeden sonra yaşam kalitesi belirlenmesi için kullanılan çok sayıda ölçek olmasına karşın, klinik uygulama ve araştırmalarda en iyi ölçümü sağlayacak ölçek hakkında fikir birliği bulunmamaktadır (Rundek ve Sacco 2004; Küçükdeveci 2005). Bu açıdan inme geçirmiş bireylerin yaşam kalitesini belirleyen ölçeklerin güçlü yönlerinin ve sınırlıklarına dikkat edilmesi, inmeye özgü ölçeklerin geçerlilik ve güvenirliklerinin yapılması gerekmektedir (Eyigör 2007).

2.3.2. İnme Sonrası Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Biyofizyolojik faktörler: Bireylerde yaşam kalitesi; akut/ kronik sağlık sorunları, temel gereksinimlerinin karşılanmaması, özbakım davranışları ve günlük yaşam aktivitelerindeki yetersizlikler gibi nedenlerle azalabilir (Akdemir ve Birol 2005). Nitekim inmeli hastalarda mevcut fonksiyonel durumlardan engellilik ve özürlülük durumunun yanısıra ileri yaş, cinsiyet, motor bozukluğun veya paralizinin ciddiyeti, kognitif bozukluklar, daha önce var olan hastalıklar ve supratentoriyal lezyon yerleşimi gibi biyofizyolojik faktörler yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (Küçükdeveci 2005; Durmaz ve Atamaz 2006; Eyigör 2007).

Psikolojik faktörler: İnme sonrası sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin belirlenmesinde; hasta/ hasta yakınının sağlık durumu, kişisel ve sosyokültürel özelliklerinin yansıması olan istek ve beklentileri, sağlık/ hastalık durumu nedeniyle bu istek ve beklentileri gerçekleştirme yeteneğindeki kısıtlamalar ve bireyin bu kısıtlamalar karşısındaki tepkisi ve emosyonel durumunun rol oynadığı belirtilmektedir (Küçükdeveci 2005). Ayrıca beden imgesinin değişmesi, gelecek ile ilgili kaygılar, destek sistemlerindeki yetersizlikler, anksiyete/ depresyon, kronik yorgunluk/ bitkinlik gibi nedenlerle de yaşam kalitesi azalabilmektedir (Akdemir ve Birol 2005).

Sosyokültürel faktörler: Hasta ve hasta yakının sosyokültürel özellikleri, günlük yaşamlarını ve işlevlerini yerine getirmelerini etkileyebilmektedir. Aynı zamanda literatürde sağlıklı olmanın ne demek olduğunun toplum tarafından belirlendiğini yani toplumun kimi sağlıklı olarak gördüğüne bağlı olduğu belirtilmektedir (TÜBA Çevre Çalışma Grubu Raporu 2003). Ayrıca Türk toplumunda aile ve akrabalar arası ilişkilerin son derece güçlü olduğu, hastalık gibi kriz dönemlerinde en fazla desteğin aile üyeleri tarafından sağlandığı bilinmektedir (Sorias 1988).

Çevresel faktörler: Algılanan sosyal desteğin azlığı, bakımvericinin olmaması ve yalnız yaşama yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörler olarak belirtilmektedir (Küçükdeveci 2005; Durmaz ve Atamaz 2006; Eyigör 2007). Öte yandan bireylerin kendi uyumlarını sağlamak için çevrelerinde birtakım değişiklikler yaparak yaşam kalitelerini arttırma yeteneğine sahip olduğu da bilinmektedir (TÜBA Çevre Çalışma Grubu Raporu 2003).

Politikoekonomik faktörler: İnme bakım/ tedavisi, hasta bireye/ ailesine ve topluma maliyeti yüksek bir hastalıktır (Kalra ve ark. 2004). İnmeli hastalara hastaneden çıktıktıktan sonra da yardımcı araç/ gereç ve bakım ürünlerinin temini

ekonomik sorunlara yol açmakla birlikte politik sorunlardandır. Ayrıca inmeden sonra hastaların bilişsel ve fonksiyonel yetersizliklerinden dolayı herhangi bir işte çalışamamaları, hasta yakınlarının hastanın bakım sorumluluğunu hastaneden çıktıktan sonra tam zamanlı sürdürmeleri sonucu işe dönememeleri yaşam kalitesini etkileyen ekonomik faktörlerdendir (Akdemir ve Birol 2005). Yaşam kalitesinin geliştirilmesi için, değişik disiplinlerin bir arada bulunarak çalışmalar yapması ve politikalar oluşturması gerekmektedir (TÜBA Çevre Çalışma Grubu Raporu 2003).

Yaşam kalitesinin yükseltilebilmesi için bireyin; fonksiyonel açıdan yeterli olması, sosyal ve ekonomik açıdan güvende olması, güven içinde yaşaması, rahatlık ve gereken konfora sahip olması, anlamlı ve aktif bir yaşantı içinde olması, bireyselliğine ve inanç/ değerlerine saygı gösterilmesi, kendini ifade edebilmesi, otonomisinin olması, yakın çevresi ile olumlu ilişkiler içinde olması, eğlence ve zevk aldığı aktivitelerin olması gerekmektedir (Akdemir ve Birol 2005).

2.4. İNME SONRASI ANKSİYETE

Anksiyete evrensel bir duygu olup, bireyin kendini güvensiz hissettiği durumlara karşı geliştirdiği doğal bir tepkisidir (Öz 2004). Anksiyete sözcüğü Hint-Avrupa dilleri ailesinden olan eski Grekçedeki kökü “agkho” dur ve Latinceye “ango” ve “anxio” olarak iki koldan girmiştir. Somut anlamı sıkıştırmaktır (Alkın ve Onur 2007). Anksiyete Türkçe’de anlamı tek sözcükle kapsanamayan endişe, kaygı, korku, kötü bir beklenti, bunaltı olarak ifade edilen bir duygudur (Göktepe 2008). Anksiyete varlığın temelini oluşturan bir değere yönelik tehdidin yol açtığı bir endişe olarak da tanımlanabilir (Öz 2004).

Belirli bir tehdit olmadan ortaya çıkan hoş olmayan, korkuya benzer bir durum olan anksiyete bilinçli olarak farkında olunan, bir dış tehdit ya da tehlike anlamını taşıyan korkudan, birincil şekilde intrapsişik oluşuyla farklıdır (Göktepe 2008).

Anksiyeteyi tüm insanlar yaşamları boyunca farklı derecelerde yaşayabilir. Birçok insan için anksiyete normal sınırlarda; bazılarında durumsal ve nispeten kısa süreli, bazılarında ise uzun süreli yaşanır (Öz 2004).

Anksiyete, yoğunluğu ya da düzeyine bağlı olarak uygun davranışsal yanıtların olup olmamasına göre birey için yararlıdır. Anksiyete düzeyleri *hafif anksiyete*, *orta anksiyete, şiddetli anksiyete* ve *panik* olmak üzere dört aşamada tanımlanmaktadır. Hafif ve orta düzeydeki anksiyetede bireyin durumuna yoğunlaşması, öğrenmesi ve

problem çözmesi güç olmaz aksine motive olur. Şidetli anksiyetede ise bilişsel işlevler olumsuz olarak etkilenir, duruma yoğunlaşmada ve konular arasındaki ilişkileirn anlaşılmasında güçlükler yaşanmaktadır (Öz 2004).

Anksiyete belirtileri çoğu kez ya normal sağlıklı işlevlerimizin abartılı hale gelmiş (örn: aşırı terleme) ya da baskılanmış (örn: dikkat dağınıklığı) durumlardır. Anksiyete belirtileri bilişsel belirtiler (duyusal/ algısal belirtiler, düşünce zorlukları, kavramsal zorluklar, duygusal belirtiler, davranışsal belirtiler…vb) ve fizyolojik belirtiler (kalp damar sistemi belirtileri, solunum sistemi belirtileri, sindirim sistemi belirtileri, deri belirtileri) olmak üzere ikiye ayrılır (Göktepe 2008).

Anksiyete olarak isimlendirilen geniş anksiyete belirtiler topluluğunun depresyon ile birlikteliği, birçok kavramsal karışıklığı da beraberinde getirmektedir. Bunların çoğu anksiyete ve anksiyete bozukluklarının çerçeve kavramlar olarak birbirinin yerine kullanılabilmesinden kaynaklanmaktadır. Anksiyete ile anksiyete bozukluğu kavramları birbirine karıştırılmamalıdır. Anksiyete bozuklukları kavramı, anksiyete olarak nitelendirdiğimiz belirtiler topluluğunun ortak belirti kümesi olduğu bir kısım psikiyatrik bozukluğun grup adıdır. Ancak bu bozukluklarda yaşanan anksiyetenin içerik ve yaşanma tarzı birbirinden farklıdır (Kırlı 2008).

DSM-IV-TR *(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4 th Edition of the Manual*: *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı*) kriterlerine dayalı yaygın anksiyete bozukluğu tanısı "yaygın anksiyeteli inmeye bağlı anksiyete bozukluğu" olarak adlandırılır. Anksiyete ve endişenin 6 ay veya daha fazla sürede devam etmesi ve huzursuzluk, erken yorulma, konstrasyon güçlüğü, irritabilite, kas gerginliği veya uyku bozukluğu bulgularından 3 veya daha fazlasının varlığını gerektirir (Robinson ve Jorge 2007).

İnme sonrası anksiyete bozuklukları sıklıkla depresif hastalıklarla birliktedir; ancak kimi hastalarda ise anksiyete tek başına görülebilir (Robinson ve Jorge 2007). Depresyon dışlanarak yapılan çalışmalarda ise yalnızca anksiyete bozukluklarının daha nadir ortaya çıktığı belirtilmektedir. Anksiyete bozuklukları daha çok sol beyin yarım küresi lezyonu olanlarda görülmektedir. Diğer yandan depresyonun eşlik etmediği yalnızca anksiyete bozukluklarında ise genelde sağ beyin yarım küresi lezyonları görülmekte olduğu bildirilmektedir (Çalıyurt 2007).

Subaraknoid kanama sonrasında inmeli bireylerde; bilişsel bozukluk, frontal lob sendromu benzeri kişilik değişiklikleri, anksiyete, depresyon, amnezik sendrom gibi psikiyatrik belirtilerin ortaya çıktığı da belirtilmektedir (Ünal 2007).

2.4.1. İnme Sonrası Anksiyete Tanılaması

Anksiyete bozukluklarının inmenin doğrudan etkileri sonucu oluşması konusu tartışmalıdır. Öte yandan yaygın anksiyete bozukluğu gibi anksiyete bozuklukları sıklıkla inme sonrası tabloya eşlik etmektedir. İnme sonrası anksiyete bozukluğu olanların çoğuna depresyon eşlik etmektedir (Çalıyurt 2007). Anksiyetede huzursuzluk, uykusuzluk, psikosomatik belirtiler görülmektedir (Ünal 2007). Anksiyete, inmenin iyileşme döneminde olumsuz etki yaratarak günlük işlevselliği olumsuz yönde etkilemekte ve uyku sorunlarına yol açabilmektedir (Çalıyurt 2007).

Hastanın yaşadığı emosyonel, bilişsel ve davranışsal değişikliklerle baş etmeye çalışan hasta yakınları da aynı zamanda bakım verme sürecinde anne/ baba, eş, iş sahibi…vb. önceki/ ve öncellikli rollerde değişim, hastanın günlük gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlama ve hastalıkla artan giderleri karşılamada güçlükler yaşayabilmektedir. Nitekim inmeli hastalara bakımveren hasta yakınları/ bakımvericilerinde anksiyete/ depresyon sıklıkla görülebilmektedir (Krespi ve Bahar 2004; Powers 2006). İnme sonrası hasta yakınlarına yönelik çalışmalarda en çok bakım verici yükü ve duygudurum konuları araştırılmıştır. Duyguduruma ilişkin ise en çok anksiyete ve depresyon kavramları araştırılmıştır (Redfen ve ark. 2006).

Anksiyete ölçekleri, anksiyete belirtilerinin tipini ve şiddetini değerlendirir. Anksiyete ölçekleri hem Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAD) gibi değerlendirmeci tarafından yapılan ölçümler hemde Spielberger Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STATI), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS), Beck Anksiyete/ Kaygı Ölçeği gibi bireyin kendini değerlendirdiği değerlendirme ölçekleri vardır. (Spar ve La Rue 2006a). İnme sonrası hastalarda anksiyetenin belirlenmesine ilişkin çok fazla çalışmaya rastlanmamakla birlikte sıklıkla Spielberger Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS), Beck Anksiyete Ölçeklerinin kullanılmakta olduğu görülmüştür.

2.4.2. İnme Sonrası Anksiyeteyi Etkileyen Faktörler

Biyofizyolojik faktörler: Psikiyatrik belirtilerin gelişmesinde santral sinir sistemini etkileyen lezyonun bulunduğu yer, lezyonun niteliği, niceliği önemli değişkenlerdendir (Ünal 2007). Pek çok çalışmaya göre kortikal metabolik aktivitede azalma anksiyetede belirgin artışa neden olur. Kortikal lezyonlardan sonra anksiyete şiddetinin artmış olması, anksiyeteli durumun oluşmasında kortikal-subkortikal etkileşimin önemli rolü olduğunu akla getirmektedir (Dilbaz 2001). Depresyon ve anksiyete sol kortikal lezyonlarla, tek başına anksiyete sağ hemisfer lezyonlarıyla ve tek başına depresyon ise sol subkortikal lezyonlarla ilişkili olduğu belirtilmektedir (Dilbaz 2001). Ayrıca hastalık, hastaneye yatma, motor kayıp anksiyeteyi etkileyen diğer biyofizyolojik faktörlerdir (Öz 2004).

Psikolojik faktörler: Prestij ve toplumsal değişim, başarı ve başarısızlık, başkaları tarafından kabul görememe, duygusal kayıplar gibi pek çok faktör anksiyeteye yol açar. İnme sonrası belirsizlik durumu da hasta/ hasta yakınında anksiyeteye yol açan faktörler arasındadır. Aynı zamanda hastalık yaşantısındaki belirsizlik durumu birey tarafından bir tehlike olarak değerlendirildiğinde, bireyin yaşadığı anksiyeteyi daha da artabilir. Bu durumda bireyin yapması gereken konularda karar vermesi de güçleşebilir. Karar vermesi zorlaşan birey anksiyete, korku, öfke, çaresizlik, gerginlik-sinirlilik ve depresyon gibi olumsuz duygular yaşar (Öz 2004).

Sosyokültürel faktörler: Hastalıkla ilgili olarak gerekli bilginin verilmemesi hastaların anksiyetelerini arttırabildiği gibi, gereksiniminden fazla verilen bilgi de korku, anksiyete yaşatabilir ve paniğe sokabilir. Bu nedenle, inmeden sonra hastanın hazır oluşluğu değerlendirilerek, gereksindiği bilginin verilmesi önemlidir (Öz 2004).

Çevresel faktörler: Hastalık durumunda bireyin yaşamını tehlikede hissetmesi, hasta/ hasta yakının hastane ortamında bulunması anksiyeteye yol açan faktörlerdendir. Ayrıca çevresel uyaranların (ses,ışık,ısı..vb.) fazla olması, anksiyete düzeyini daha da arttırabilir (Öz 2004; Taşocak 2007)

Politikoekonomik faktörler: İnme sonrası hastanın fonksiyon ya da bilişsel kaybı dolayısı ile işsiz kalması ya da yeterlilik düzeyine göre yeni iş sahibi olması, bakım maliyetinin fazla olması gibi ekonomik sorunlar gibi anksiyeteyi etkileyen faktörlerdendir (Öz 2004).

2.5. İNME SONRASI DEPRESYON

Depresyon bir çok farklı nedene bağlı olarak ortaya çıkabilen bir tablodur. Bu yüzden birbirinden farklı ve birbirleri ile ilişkili olabilen bir çok etkenin depresyon etyolojisinde önemli olduğu ileri sürülebilir. Depresyon yaşayan kişilerin bir duyarlılık faktörü ile doğdukları, erken çocukluk çağlarında bir takım olumsuzluklara uğradıkları (depresyon için özellikle kayıplar), güncel yüklenmelerden diğer insanlara göre daha fazla etkilendikleri ve bunların sonucu olarak ortaya çıkan biyolojik değişikliklerin kimyasal iletici sistemleri aracılığıyla yansıyan sonuçlarını yaşadıkları ileri sürülmektedir. Genel olarak depresyonun oluşumu bu etmenlerin hepsinin ya da önemli bir kısmının belli oranlarda etkili olduğu süreçler sonucunda geliştiği belirtilmektedir (Kırlı 2008).

Serebrovasküler hastalıklara bağlı en sık görülen emosyonel bozukluk, depresif hastalıklardır (Robinson ve Jorge 2007). Literatürde, inme sonrası depresyon görülme sıklığının tüm dünya literatüründen elde edilen veriler bir arada değerlendirildiğinde toplum örnekleminde (majör depresyon %14.1; minör depresyon ise %9.1), hastanede yatan hastalarda (majör depresyon oranı %19.3; minör depresyon oranı ise %18.5) ve hastane dışı hastalarda (majör depresyon %23.3 ve minör depresyon %15) farklı olduğu belirtilmektedir (Robinson ve Jorge 2007). Hackett ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada; inmeli hastalarda depresif belirtilerin genel oranın toplum temelli çalışmalarda (%33, min-max: 29-36), hastane temelli çalışmalarda (1 ay: %36, 1-6 ay: %32, 6 ay sonrası:%34) ve rehabilitasyon temelli çalışmalarda (1 ay: %30, 1-6 ay: %36 ve 6 ay sonrası: %34) birbirinden farklı olduğu saptanmıştır. Farklı çalışmalarda ise inme sonrası depresyon sıklığı %30- %50 aralığında bulunmuştur. Nitekim çalışmalarda kullanılan yöntem, dâhil etme ölçütleri ve inme sonrası depresyon tanısına kadar geçen süredeki farklılıklar, bu aralığın geniş olması ve bulunan çelişkili sonuçların nedenini açıklayabilmektedir. Ayrıca erken dönemde iskemik hasara bağlı olarak ortaya çıkan vejetatif ve bilişsel belirtilerle depresif belirtilerin karışabilmekte olduğu ve bunun da tanısal güçlüğü arttırarak, inme sonrası depresyon görülme sıklığını etkileyebilmekte olduğu da bildirilmektedir (Altınbaş ve ark. 2006).

İnmeli hastalarda görülen katastrofik tepkiler (anksiyete, gözyaşı, saldırgan davranış, küfür, yer değiştirme, reddetme, terketme..vb), ruhsal veya kognitif (bilişsel)

yetersizlikle karşılaştığında organizmanın başa çıkmadaki yetersizlik durumlarını tanımlamak için kullanılır (Robinson ve Jorge 2007).

İnme sonrası depresyonun patofizyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte beyin lezyonlarının direkt etkisi, nöroendokrin mekanizmaları, hatta yetersizlik, sosyal ve psikososyal stresörler ve strese karşı psikolojik reaksiyonu bile içerebileceği belirtilmektedir. Ayrıca depresyonun; sol beyin korteks hasarı, lezyonun frontal bölgeye yakınlığı, daha önce varolan psikiyatrik rahatsızlık öyküsünden de kaynaklanabileceği bildirilmiştir. Ancak diğer tıbbi hastalıklar, dikkat ve insiyatifte bozulma, ilaçlar…gibi faktörlerin yol açabileceği depresif duygudurumla da karıştırılmamalıdır (Rundek ve Sacco 2004; Çalıyurt 2007).

Depresyonun, serebral enfarkttan sonra kaynaklanan yetersizliğin sürekliliği ve nörotransmitter sistemlerde azalmanın birleşimi ile ilişkili olabileceği de düşünülmektedir (Boyd 2008). Nitekim dopaminerjik aktivitenin kaybı ve azalan fonksiyonel yetersizlik inmeli hastaların depresif duygudurumuna katkıda bulunabileceği belirtilmektedir (Boyd 2008).

İnmeden sonra depresyon değişik zamanlarda görülmesine rağmen inmeden 3 ve 6 ay sonra artmakta ve 1. yılda giderek azalmaktadır (Rundek ve Sacco 2004). Fakat inmeden sonraki 2 yıl bile depresyon için yüksek riskli bir dönemdir (Boyd 2008).

DSM-IV'e göre inme sonrası depresyon "genel tıbbi duruma bağlı gelişen duygudurum bozukluğu" olarak sınıflandırılır ve depresif özellikli, major depresyon benzeri atak, manik özellikli ve karışık özellikli olarak da ayrıca belirlenir (Dilbaz 2001). İnme sonrası depresyon tanısı konan inmeli hastaların, yaklaşık yarısında klinik olarak majör depresyon benzeri sendrom vardır ve eğer süre koşulu göz ardı edilirse diğer yarısı da distimi (minör depresyon) kriterlerini karşılarlar (Spar ve La Rue 2006b). Çünkü distimik bozukluk en az 2 yıl sürelidir, arada düzelme olmaksızın devam eden, hafif derecede depresyon belirtileri ile karakterize bir bozukluktur. Depresyonun temel belirtileri olan suçluluk duyguları, psikomotor değişiklikler ve intihar düşünceleri bulunmaz (Kırlı 2008). Tablo 2-1'de DSM-IV-TR depresyon tanılama kriterleri ve inme ile ilişkili emosyonel sekel karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 2-1: DSM-IV-TR Depresyon Tanılama Kriterleri ve İnme İle İlişkili Emosyonel Sekel Karşılaştırılması

Majör Depresyon	Distimi	İnme Kalıcı Sekeli	Depresyon İle İlişkili Diğer Semptomlar
Depresif duygudurum Anhedoni (Zevk Alamama) Düşük enerji düzeyi ve yorgunluk Motor bozukluklar Uyku bozuklukları Karamsarlık veya pişmanlık duygusu Konsantarsyonda azalma Ölüm veya intihar riski Bağımsız psikoz hariç Bazı psikotik semptomlar	Depresif duygudurum İştah değişiklikleri Uyku bozuklukları Düşük enerji düzeyi ve yorgunluk Düşük Benlik Saygısı Konsantrasyonda azalma Umutsuzluk	Depresif duygudurum Anhedoni (Zevk Alamama) Kilo kaybı Azalmış enerji veyorgunluk Paralizi ve parezi Uyku bozuklukları Psikotik semptomların olmaması Özbakımda azalma Ağrı, genellikle kronik ağrı Sosyal çekilme İzolasyon Umutsuzluk Somatik meşguliyet	Cinsel istekte veya fonksiyonda azalma İç görü kaybı Otonomik semptomlar (örn: terleme, taşikardi) Somatik anksiyete semptomları Psişik anksiyete semptomları Somatik meşguliyet Ağrı, genellikle kronik ağrı Özbakımda azalma Sosyal kapasitede azalma

Boyd, M.A. (2008). *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*. (Fourth Edition). China: Lippincott Williams &Wilkins, 792. İçinde Cameron, O.G. (1990). Guidelines for diagnosis and treatment of depression in patients with medical illness. Journal of Clinical Psychiatry, **51 (7)** (suppl).

2.5.1. İnme Sonrası Depresyon Tanılaması

İnme sonrası depresyonun literatürde belirtilmesine karşın standardize tanı kriterleri bulunmamaktadır. Ayrıca inmeden sonra depresyon görülme oranı yüksek olmasına rağmen sıklıkla depresyon durumu tanılanamamakta ve tedavi edilememektedir (Rundek ve Sacco 2004; Smeltzer ve ark. 2008).

Bireyin depresif belirtilerinin tanılanmasında çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Psikiyatride kullanılan tanılama ölçekleri; tanısal değerlendirme ölçekleri, belirti şiddeti derecelendirme ölçekleri, yan etki değerlendirme ölçekleri ve işlevsellik değerlendirme ölçekleri olmak üzere dört genel gruptan oluşmaktadır (Aydemir 2007).

İnme sonrası hasta/ hasta yakınları için psikiyatrik değerlendirme ölçeklerinden en çok belirti şiddeti değerlendirme ve işlevsellik değerlendirme araçları kullanılmaktadır. Beck Depresyon Envanteri, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS), Geriatrik- Yaşlılar için Depresyon Ölçeği, Zanger- Zung Depresyon Ölçeği,

CESD, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği (MADRS) sıklıkla kullanılan depresif belirti şiddeti değerlendirme araçlarındandır. İnmeden sonra sıklıkla kullanılan Kısa Form SF-36 ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği gibi işlevsellik değerlendirme ölçekleri aynı zamanda yetiyitimi/ yetikaybı, yaşam kalitesi gibi kavramlarıda kapsamaktadır (Aydemir 2007; İnce ve ark. 2008). Ayrıca literatürde İnme Sonrası Depresyon Derecelendirme Ölçeği (Post Stroke Depression Rating Scale-PSDRS), katastrofik ve patolojik emosyonların varlığı ve şiddetini gösteren (Catastrophic Reaction Scale-CRS; A Pathological Laughter and Crying Scale–PLACS) kullanılmaktadır (Robinson ve Jorge 2007).

Bu ölçeklerden bazıları kişinin kendini değerlendirdiği ölçekler bazıları da görüşmecinin derecelendirdiği ölçeklerdir. Kişinin kendini değerlendiren ölçekler bazı yaşlı hastalarda, özellikle görme bozukluğu olanlarda, düşük eğitimlilerde, dil becerileri kötü olanlarda ve psikotik ve maskeli depresyonu olanlarda uygun olmayabilir. Bu nedenlerden dolayı depresyonun değerlendirilmesi için görüşmecinin derecelendirdiği ölçümlere gereksinim vardır (Spar ve Rue 2006b).

Depresyon derecelendirme ölçekleri aslında araştırmalarda kullanılmak amacıyla tasarlanmış olsalar da, klinik uygulamalarla da bu tür ölçekler değerlendirmenin standartlığını ve güvenilirliğini arttırabilmektedir. Belirti derecelendirme ölçekleri, depresyon tanısı koymaya yeterli değildirler, ancak depresif belirtileri normali aşan bireylerin belirlenmesine yardımcı olabilmekte ve bakım/ tedaviye bağlı değişiklikleri takip etme kolaylığı sağlayabilmektedirler (Spar ve La Rue 2006b). Duygudurumu değerlendirecek ölçekler, riskli inmeli hastalar için hemşirelik bakım stratejilerini belirlemek için önemli bilgiler sağlamaktadır. Depresif belirtiler, mutlaka nöropsikolojik destek ve yardım gereksinimini göstermektedir (Boyd 2008).

2.5.2. İnme Sonrası Depresyonu Etkileyen Faktörler

Biyofizyolojik faktörler: Özellikle yaşı genç olan, günlük yaşam aktivitelerinde bozulma olan, kronik hastalığı olan, kişisel ya da ailesel psikiyatrik hastalık öyküsü olan, telaffuzda bozulma ya da afazi afazi, bilişsel bozukluk, ventrikül-beyin oranınında artış olan hastalarda inme sonrası depresyon riskinin daha yüksek olduğu bilinmektedir (Dilbaz 2001; Smeltzer ve ark. 2008). Paradiso ve Robinson (1998) inme sonrası gelişen major depresyon prevelansının kadınlarda erkeklerin iki katı olduğunu; kadınlarda

depresyon şiddetinin daha önce var olan psikiyatrik tanı ve bilişsel işlev kaybı ile, erkeklerde ise günlük yaşam aktiviteleri ve sosyal işlevlerdeki kaybın derecesi ile ilişki olduğunu bildirmişlerdir (Dilbaz 2001).

Uzun dönemli izlem çalışmalarında depresyona ilişkin en çok tartışılan konu ise; lezyonun yeri ile depresyonun ilişkisidir (Dilbaz 2001). Bazı çalışmalarda, sol frontal lob, bilateral frontal korteks, sağ hemisfer, sol ve sağ posterior alan yerleşimli infarktlarla depresyon arasında bir ilişki olduğu öne sürülmüşken; diğer çalışmalarda lezyon yerleşim yerinin depresyon sıklığının değiştirmediği saptanmıştır (Altınbaş ve ark. 2006).

İnmeli hasta yakınlarına ilişkin yapılan çalışmalarda ciddi veya daha fazla fiziksel bağımlığı olan inmeli hastaların eş ve diğer yakınlarının daha sıklıkla depresyon deneyimledikleri, hasta emosyonel distres yaşıyorsa bakımvericilerin daha fazla depresif eğilimli olabileceği belirtilmiştir (Berg ve ark. 2005).

Psikolojik faktörler: Hastalanmadan önceki kişilik özellikleri depresyona yatkın olan bireylerde inmeden sonra depresyon görülebilmektedir (Dilbaz 2001). Depresyon anksiyete birlikteliği belirtilerin şiddetinin artmasına ve psikososyal işlevlerde daha fazla bozulmaya yol açmaktadır (Kırlı 2008).

***Sosyokültürel faktörler*:** Araştırmalar hasta yakının; hastanın eşi gibi birinci derecede yakını olmasının, sosyal çevreleri ve sosyal destek imkanlarının yetersiz olmasının hasta yakınlarında depresyon görülme oranı arttırdığı belirtilmektedir (Durmaz ve Atamaz 2006). Ayrıca Yeung ve ark. (2007) çalışmasında inmeli hasta yakınlarının problem çözme yetenekleri ve depresyonları arasında anlamlı ilişki bulduğunu belirtmişlerdir.

Çevresel faktörler: inme genellikle hastada emosyonel, bilişsel ve davranışsal değişikliklere yol açtığından dolayı hastanede ve evde uzun süreli bir bakımı gerektirebilir. İnme sonrası hastalara bakımveren hasta yakınlarında aile desteğinin olmamasının bakımverici yükünü belirleyicilerinden olduğu belirtilmektedir (Shah 2006).

Depresyon tedavisi; hasta ve bakımverici eğitimi, terapotik egzersizler, psikoterapi ve farmakolojik tedavi olmak üzere çok çeşitlidir (Shah 2006). Hasta/ hasta yakının eğitim programı depresif duygudurumun belirti ve bulgularının farkındalığını

arttırarak, hasta yakının tıbbi yardımı ne zaman ve nasıl arayacağını bilmesini sağlar (Boyd 2008).

Depresyon, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen temel faktörlerdendir ve hasta/ hasta yakını için distres kaynağıdır (Boyd 2008). İnme sonrası depresyon bilişsel bozulmaların düzelmesini, günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesini ve ölüm riskini etkilediği için yaşam kalitesini etkiler (Buzlu 2006).

2.6. HASTA YAKINI EĞİTİMİ

Bilim ve teknolojik gelişmeler yaşam süresini uzatarak kronik hastalıklarla birlikte nitelikli bir yaşamın sürdürülmesi sorununu gündeme getirmiştir. Bu sorunun çözümündeki ön koşul, eğitim yoluyla birey, aile ve toplumun bilinçlenmesi, onların sağlıkları/ hastalıkları hakkında daha fazla sorumluluk üstlenmeleridir. Nitekim hasta kadar hasta yakınlarının da bakıma katkıda bulunmaları için eğitilmesi, desteklenmesi gerekmektedir. Hemşirenin en önemli çağdaş rollerinden biri eğitimci rolüdür. Hasta/ hasta yakını eğitimi, belirli bir amaca yönelik olarak planlanmış öğretme-öğrenme sürecini, etkin iletişim ve etkileşimi kapsar. Hasta/ hasta yakını eğitimi, hasta hastaneye yattığı andan itibaren başlamalı, evde bakıma yönelik gereksinimler de dikkate alınarak planlanmalıdır (Pierce ve ark. 2004; Taşocak 2007; Orgun 2010).

Hemşire, hasta ve hasta yakınlarına uygulayacağı eğitim ile;

- Sağlıkla ilgili doğru kararları almalarını ve sağlıklı, nitelikli yaşam biçimi oluşturacak davranışlarını desteklemeyi, yaşam kalitesinin arttırılmasını,
- Sağlıklarını, potansiyelleri doğrultusunda geliştirmeyi,
- Hastanın, optimum sağlığını ve bağımsızlığını kazanmasına destek olmayı,
- Hastanın evde gerekli olan sağlık bakımını sürdürmeyi,
- İyileşme sürecine bireysel katılımı amaçladığından verilen bakıma bireysellik katmayı ve bakımın kalitesini yükseltmeyi,
- Sağlık hizmetlerinin maliyetini azaltmayı hedefler (Taşocak 2007; Orgun 2010).

Eğitim kavramı, psikiyatride ise “psikoeğitim” şeklinde kullanılmıştır (Yurtsever 2005). Psikoeğitimin amaçları; hastalığın bazı belirtilerini iyileştirmek, aile/ bakımverici yükünü ve stresini azaltmak, değişim umudunu arttırmak, relapsı (özellikle psikiyatrik hastalıklar için) önlemek, hasta ve ailesi için yaşam kalitesini artırmak için yeni başa çıkma yöntemleri edinmelerine yardım etmek, bilişsel, duyuşsal ve

davranışsal değişiklikleri yapmak, emosyonel destek sağlamak, tedavi uyumunu artırmaktır (Yurtsever 2005).

Yurtsever ‘in 1999 yılında yaptığı çalışmada “Bipolar Bozukluğu olan Hasta ve Ailelerde Psikoeğitimsel Yaklaşım”ı kullanmış, hasta ve aile; hastalık, ilaç kullanımı, ilaç yan etkileri hakkında bilgilenmiş, hastalık belirtilerinin farkındalığı konusunda beceri geliştirmiş, tedaviye uyumu artmış, hastalıkla başa çıkma yöntemlerinde olumlu değişiklikler sağlanmış, ailenin hastalık ve hasta ile ilgili olumsuz tutumları değiştirilmiş olup geliştirilen psikoeğitimsel modelin hasta ve aileleri üzerinde beklenen faydayı sağladığını gözlemiştir (Yurtseven 2005). Aynı zamanda Bostancı’nın (2008) çalışmasında da psikoeğitimsel destek grubuna katılan Evre 1-2 Meme kanserli hastalarda psikoeğitim sonrası anksiyete düzeyi ve depresif belirtilerin azaldığı belirtilmiştir. Visser-Meily ve ark. (2005) literatür incelemelerinde ise, inmeli hasta yakını/ bakımvericilere yönelik psikoeğitimsel girişimi ele alan 5 çalışmanın 3’ünün inme hakkında bilginin artması, mental sağlığın iyileştirilmesi, sosyal fonksiyonun düzenlenmesine yönelik olumlu etki gösterdiğini belirtmişlerdir**.**

2.6.1. İnme Sonrası Hasta/ Hasta Yakını Eğitimi

Literatürde inmeli hasta ve hasta yakınlarının hastanede bulundukları süre boyunca en önemli gereksinimlerinin başında bilgilendirilme, danışmanlık ve sosyal/ kurumsal destek gereksinimleri olduğu belirtilmektedir (van der Smagt-Duijnstee ve ark. 2001). Ayrıca yapılan çalışmalarda karar vermeyi sağlayan bilgilendirme, eğitim materyalleri ile desteklenen/ desteklenmeyen eğitim programları ve önerilen uygulamalara (kendi kendine ilaç uygulama vb.) yönelik girişimler olmak üzere üç çeşit eğitim uygulamasından bahsemektedir (Duncan ve ark. 2005). Konu ile ilgili çalışmalarda ise inmeli hasta ve hasta yakınına zamanlaması, içeriği ve süresi gibi konular bağlamında nasıl daha iyi bilgi sağlanacağının önemli bir sorun olarak devam ettiği de belirtilmektedir (Smith ve ark. 2009). Nitekim inme hakkında eğitimin anahtar bileşenlerinin ise; zamanında, yeterli, doğru ve duruma özgü bilgi verme olduğu üzerinde önemle durulmaktadır (Smith ve ark. 2004; Wachters-Kaufmann ve ark. 2005; Smith ve ark. 2009). Bu bağlamda mümkün olan en kısa zamanda bilgi verilmesinin, bilgi memnuniyetini arttıracağı bildirilmiştir. Wachters-Kaufmanan ve ark. (2005) çalışmasında yalnızca hasta ve hasta yakınlarının üçte birine duruma özgü ilk bilginin ilk 24 saat içinde verildiğini belirtmektedir. Aynı zamanda araştırmalar bilgi

verilmesine rağmen, hastanın inmeyi, inmenin etkilerini ve uygun desteği anlamasında sorunlar olduğunu belirtmiştir. İngiltere'de yapılan bir araştırmada hastanede inme ve etkileri hakkında verilen bilginin hasta/ hasta yakınlarının %45'i tarafından anlaşılmadığı vurgulanmıştır (Smith ve ark. 2009).

Eğitim programlarının; inmeli hasta ve hasta yakınlarının bakımvericilerin aktif olmasını içeren yetişkin öğrenme stratejilerine temellenmesi gerektiği bilinmektedir (Arbour 2006). Bu doğrultuda eğitim programlarının, bakım verme sürecinin değişen zamanlarında inmeli hasta/ hasta yakınlarının gereksinimlerine ve bireysel farklılıklara uygun bilgiyi karşılamak için dinamik olması gerekmektedir (Dobkin 2004). Pierce ve ark. (2004) hasta yakınlarının inmeli bireyin özbakımı hakkındaki bilgi gereksinimlerini belirlemeye yönelik çalışmalarında aile üyelerinin sırasıyla en çok düşmeyi önleme, yeterli beslenmeyi sağlama, aktif yaşamı sürdürme, stresi yönetme ve emosyonel değişikliklere yönelik konuları öncelikle seçtikleri belirtilmiştir. Ayrıca eğitim gereksinimlerini belirleme, danışmanlıkta olduğu kadar sürekli bilgiyi sağlayacak eğitim materyallerinin geliştirilmesinde de sağlık profesyonellerine yardımcı olmaktadır.

İnmeli hasta ve hasta yakınlarına verilen eğitim, sıklıkla sözel ve/ veya yazılı biçimde sunulmaktadır (Dobkin 2004; Arbour 2006). Yapılan çalışmalarda hasta ve hasta yakınlarının çoğunlukla sözel bilgi verilmesini tercih ettikleri aynı zamanda eğitimin eğitim/ bilgi materyali ile desteklenmesini istedikleri saptanmıştır (Wachter-Kaufmann ve ark. 2005). Wachters-Kaufmann ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında inmeden sonra hastaların okuma zorluklarına rağmen hemen hemen hepsinin verilen eğitim materyallerini okuduklarını ifade etmelerine rağmen bilgi içeriğini gerçekten anlayıp anlamadıklarını kesin olmadığını belirtmişlerdir.

Wiles ve arkadaşları (1998) sözel olarak verilen bilginin yazılı bilgi ile birleştirilmesinin; bilgiyi hatırlamayan/ bilgi almayan kişilerde geribildirim sağladığı, kişinin istediği zaman istediği bilgiye ulaşmasına olanak verdiği, sözel bilginin açıklığa kavuşturulduğu ve daha az yanlış yorumlandığı gibi çeşitli faydalarının olduğu belirtilmektedir. Nitekim sözel olarak verilen bilginin; eğitim kitapçıkları/ broşürler, rehber eğitim araçları ile birlikte verilmesinin üzerinde önemle durulmaktadır (Dobkin 2004). Öte yandan yazılı olarak sunulan bilginin de genelleştirilmiş bilgiden ziyade bireye özgü olmasının daha etkili olacağı vurgulanmaktadır (Wiles ve ark. 1998).

Ayrıca eğitim programlarında, eğitim videolarının kullanılması ve web/ internet destekli eğitim verilmesi gibi alternatif eğitim metodları da kullanılmaktadır (Adams 2003).

Araştırmacılar eğitim programlarının sadece yazılı bilgi şeklinde verilmesinden ziyade bireysel veya grup eğitim oturumları ile verilmesini, eğitimin ev ziyaretleri ve telefon görüşmeleri gibi bireysel danışmanlık uygulamaları ile desteklenmesini önermektedir (Dobkin 2004; Duncan ve ark. 2005; Scheure ve ark. 2006; Smith ve ark. 2009).

Sistematik incelemeler, klinik ve metaanaliz çalışmalarında inmeli hasta/ hasta yakınlarına verilen eğitimin zamanlaması, içeriği ve süresi gibi konular bağlamında en etkin eğitimin nasıl olacağı konusunda fikir birliği olmadığını bildirmektedir (Kalra ve ark. 2004; Rundek ve Sacco 2004; Smith ve ark. 2009). Nitekim Larson ve arkadaşları (2005) inmeli hastaların eşlerin verilen hemşire desteği ve eğitim programının etkinliğini araştırdıkları çalışmada eğitim girişimini 10 kişilik küçük gruplar halinde uygulamış ve 6 ay boyunca 20-30 dakikalık süren 6 eğitim oturumu düzenlemiştir. Rodgers ve arkadaşları (1999) ise hastanede 1 saatlik küçük grup eğitim oturumunun ardından, hastaneden çıktıktan sonra her biri 1 saatlik 6 eğitim oturumunun etkinliğini değerlendirmiştir. Kalra ve arkadaşları (2004) ise inme rehabilitasyon üniteisnde başlattığı 30-45 dakikalık 3-5 eğitim oturumunun hem 3 ay hemde 12 ay sonra hastaların yaşam kalitesini arttırdığı, hasta yakınlarının ise anksiyete ve depresif belirti düzeyini azalttığını saptamıştır.

Yetersiz bilgi alma/ vermenin ise, hasta ve hasta yakınları/ bakım vericiler için sekonder önlemler almama ve uzun dönemli psikososyal hedeflere ulaşamama gibi önemli sonuçlarının olduğu saptanmıştır (Smith ve ark. 2009; Kernich 2006). Yapılan çalışmalarda eğitim/ danışmanlık programlarının hasta ve hasta yakının; anksiyete, depresif belirti düzeyi ve bakımverici yükünü azalttığı, uygun başetme yöntemlerini öğrenmesini sağladığı, bakım memnuniyetini arttırdığı, yaşam kalitesini arttırdığı dolayısıyla hasta bakım/ tedavi sonuçlarına olumlu etkileri olduğu, hastane ve rehabilitasyon ünitelerinde yatış süresini ve tekrarlayan yatışları azalttığı, dolayısı ile maliyetleri azalttığı belirtilmektedir (Kalra ve ark. 2004; Pierce ve ark. 2004).

2.6.2. Hasta Yakını Eğitimini Etkileyen Faktörler

Biyofizyolojik faktörler: Hasta yakının *bilişsel/zihinsel gelişim düzeyi*; hasta yakının algılamasını, bilgi kazanımını, düşünmesini, sorun çözme yeterliliğini biçimlendiren bir faktördür. Hasta yakının *yaşı*, bireyin gelişim düzeyi ve öğrenme yoluyla hedef davranışları kazanabileceğinin anlaşılmasında bir diğer önemli faktördür. Hasta yakının *fiziksel gelişimi*, *ağrı ve yorgunluk durumu* öğrenme yeterliliğini etkileyebilmektedir. Ayrıca hastanın hastalığının etkileri sonucu oluşan bilişsel ve fiziksel sağlığına ilişkin sorunlar gibi hasta yakının enerjisini azaltan herhangi bir neden de öğrenme yeterliliğini azaltmaktadır (Taşocak 2007).

Psikolojik faktörler: Hasta yakınına verilen eğitim; hasta yakının *hastalığı algılayışı, geçmiş deneyim/ yaşantıları, tutum, güdü (motivasyon), bilgi ve becerisi*ne odaklanır (White ve ark. 2006). Öğrenmenin gerçekleştirilmesinde en önemli faktör, bireyin öğrenmeye güdülenmiş olması yani *inanma*sı ve *istek duyması*dır. Öğrenme güdüsünü; dikkat, etkin katılım, anksiyete/ kaygı düzeyi, hastalığa adaptasyon/ uyum gibi pek çok faktör etkilemektedir (Taşocak 2007).

Dikkat: öğrenmede dikkati konu üstünde toplama, ön koşul gerekliliklerinden birisidir. Ağrı, açlık gibi fizyolojik gereksinimler, yorgunluk, anksiyete/ kaygı ve gürültü gibi çevresel etkenler dikkati kolaylıkla dağıtırlar (Taşocak 2007).

Etkin katılım: öğrenenin istenilen bir davranış değişikliğini gerçekleştirebilmesi için sorumluluk üstlenmesi, öğrenilecek davranışın sağlığa katkılarını tartışması, amaç birliği içinde olması gerekir (Taşocak 2007).

Anksiyete/ kaygı düzeyi: anksiyete düzeyinin düşük olması dikkati arttırırken, üst düzey kaygı dikkati dolayısıyla öğrenme isteğini olumsuz yönde etkiler. Bu nedenle hemşire eğitim planlarken sözel ve sözel olmayan davranışlar açısından bireyi değerlendirmelidir (Taşocak 2007).

Hastalığa adaptasyon/ uyum: hasta ve hasta yakının hastalığa uyum aşaması ile öğrenmeye hazır olup istek duyması arasında yakın bir ilişki olduğu görülür. Hastalığa uyum sürecinin inkar/ red, öfke, pazarlık, depresyon aşamalarında güdülenme alt düzeyde olduğundan özellikle geleceğe yönelik olarak düzenlenen eğitim başarısızlıkla sonuçlanır. Kabul etme aşaması için hasta/ hasta yakını eğitimi için en uygun aşamadır (Taşocak 2007).

Sosyokültürel faktörler: Hastalık ve hastanede yatma/ kalma *aile dinamikleri*ni etkiler ve hasta yakının rollerinde karmaşaya, belirsizliğe ve rollerde zorlanmaya yol

açabilir. Nitekim bakım veren kişi aynı zamanda bakım verme sürecinde anne/ baba, eş, iş sahibi… vb. önceki/ ve öncellikli rollerde değişim, rolün devamını sürdürme ve bakım verici rolünü sonlandırma evrelerini yaşamaktadır (Adams 2003; White ve ark. 2006; Taşocak 2007). Ayrıca hasta ve hasta yakınlarının sahip oldukları *sağlık inançları* bireyin sağlığını/ hastalığını yakından ilgilendiren tutum ve davranışlarını şekillendirir. Nitekim hastalığın etkilerini önlemede kişisel olarak alacağı önlemlerin olumlu etkisi olduğuna inan bir hasta/ hasta yakının, öğrenme isteğinin de fazla olması beklenir. Sağlık inancının oluşmasında sosyokültürel yapı ve özellikler, yakınların/ akrabaların/ komşuların önerileri, folklorik uygulamalar, hastalıkla ilgili kalıplaşmış davranışlar ve dini inançlar önemli rol oynar (Taşocak 2007).

Çevresel faktörler: Eğitimin yapıldığı *ortam* öğrenilecek konuya yoğunlaşmayı sağlayacak rahatlıkta sessiz ve güvenli olmalıdır (Taşocak 2007).

Politiko-ekonomik faktörler: Hasta yakının destek alabileceği kişi ve kuruluşlar, ilgili sağlık politikaları, iş kaybı, maddi olanaksızlıklar… vb. hasta yakını eğitimini etkileyen politikoekonomik faktörler arasındadır (Taşocak 2007).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma; inmeli hasta yakınlarına verilen eğitimin, hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesi, anksiyete ve depresif belirtileri üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

Ayrıca araştırmadan elde edilen sonuçlar ile hasta yakınlarına verilen eğitimin; hasta ve hasta yakınının hastalık hakkında farkındalığını arttırması, hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini yükseltmesi, depresyon, anksiyete gibi emosyonel problemlerinin azaltılmasının yanısıra olumlu yönde kapsamlı bakım için motivasyonu arttıracağı düşünülmektedir.

3.2. Araştırmanın Türü

Araştırma, inmeli hasta yakınlarına verilen eğitimin; yaşam kalitesi, anksiyete ve depresif belirti düzeyi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yarı-deneysel olarak gerçekleştirildi. Araştırmanın veri toplama tasarımı Şekil 3-1'de gösterildi.

	ÇALIŞMA SÜRECİ			
	Hastaneye kabulde		*Hastaneden çıktıktan 3 ay sonra*	*Hastaneden çıktıktan 6 ay sonra*
Girişim	T 1	Girişim	T2	T3
Kontrol	T 1		T2	T3

Şekil 3-1: Araştırmanın Veri Toplama Tasarımı

3.3. Araştırmanın Hipotezleri

Yakınları "Hasta Yakını Eğitim Programı"na katılan inmeli hasta bireylerin:

H 1 Yaşam kalitesi, yakınları eğitim programına katılmayanhasta bireylere göre yüksek olacaktır.

H 2 Anksiyete düzeyi, yakınları eğitim programına katılmayan hasta bireylere göre düşük olacaktır.

H 3 Depresif belirti düzeyi, yakınları eğitim programına katılmayan hasta bireylere göre düşük olacaktır.

"Hasta Yakını Eğitim Programı"na katılan hasta yakınlarının:

H 4 Yaşam kalitesi, eğitim programına katılmayan hasta yakınlarına göre yüksek olacaktır.

H 5 Anksiyete düzeyi, eğitim programına katılmayan hasta yakınlarına göre düşük olacaktır.

H 6 Depresif belirti düzeyi, eğitim programına katılmayan hasta yakınlarına göre düşük olacaktır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler

- Hasta yakını eğitim programı uygulanma durumu.

Bağımlı Değişkenler

- Yaşam kalitesi düzeyi,
- Anksiyete düzeyi,
- Depresif belirti düzeyi.

3.5. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Kasım 2007- Mayıs 2008 ve Ocak - Temmuz 2009 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Dr. Edip Aktin İnme Ünitesi'nde yapıldı.

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dr. Edip Aktin İnme Ünitesi:

"Dr. Edip Aktin İnme Ünitesi", Nisan 1999 tarihinden itibaren inmeli hastaların bakım/ tedavisi için hizmet veren 12 yataklı bir ünitedir. Her bir odası 2'şer yataklı olan toplam 8 yataklı *İnme Servisi* ve hasta başı gözlem monitör cihazları ile donatılmış 4 yataklı *Yoğun Gözetim Ünitesi*'nden oluşmaktadır. İnme ünitesinde 4 öğretim üyesi hekim, 2-3 hemşire, 2 asistan, 1 fizik tedavi uzmanı, 2 fizyoterapist bulunmaktadır. Ayrıca gerekli durumlarda enfeksiyon uzmanı, psikiyatri/ nöropsikiyatri uzmanı, konuşma terapistinin…vb. konsültasyonlarına başvurulmaktadır. Ünitede hekim ve

hemşireler tarafından, düzenli olarak günlük ve haftalık hasta değerlendirmesi ve vaka çalışması yapılmaktadır. Araştırmacı Dr. Edip Aktin İnme Ünitesi'nde her hafta düzenli hasta değerlendirme toplantılarına katıldı.

3.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın kontrol grubunu Kasım 2007- Mayıs 2008 ve girişim grubunu Ocak-Temmuz 2009 tarihleri arasında Dr.Edip Aktin İnme Ünitesi' nde yatan tüm inmeli hastalar ve bu bireylerin bakımından birincil derecede sorumlu olan tüm hasta yakınları evreni oluşturdu.

Araştırmanın örneklemini; kontrol grubu için Kasım 2007- Mayıs 2008 ve girişim grubu için Ocak-Temmuz 2009 tarihleri arasında araştırma türü ile de bağlantılı olarak "amaçlı örnekleme" ile araştırmaya alınma kriterlerine uygun olan ardışık hasta/ hasta yakınlarından araştırmaya katılım için gönüllü olan 40 hasta ve 40 hasta yakını oluşturdu. Örneklem grubunun büyüklüğü güç (power) analizi ile hesaplandı. Yapılan hesaplamada 0.85 güçlük değeri, 0.05 yanılma düzeyi, 10 puan fark öngörülerek her bir gruba (girişim ve kontrol) 13 hasta/ hasta yakının alınması uygun bulundu. Araştırmada öncelikle kontrol grubu, sonra girişim grubu çalışma kapsamına alındı.

Hastalar için örneklem seçim kriterleri;

- Hemorajik veya iskemik inme geçirmiş olması,
- Oxfordshire Toplum İnme Projesi' nde (Oxfordshire Community Stroke Project-OCSP) önerilen iskemik inme sınıflamasında total anterior sirkülasyon infarktı (TACI) olmaması, parsiyel anterior sirkulasyon infarkt (PACI), posterior (vertebro-baziler) sirkulasyon infarktı (POCI) ve laküner infarkt (LACI) olması,
- Uyanık olması ve afazisinin olmaması,
- Hastaneye başvuru sırasındaki Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Skalası' na (NIHSS) göre skorun 16 puanının altında olması,
- Rankin Skalası skorunun 4 puana eşit veya 4 puandan az olması,
- Hastaneye yatışının ilk 1 hafta içinde olması,
- Önceden inme geçirmemiş olması,
- Özgeçmişinde psikiyatrik bir hikâyesinin bulunmaması,
- Araştırmaya katılmaya istekli ve gönüllü olmasıdır.

Hasta yakınları için örneklem seçim kriterleri;

- Hastanın bakımından birincil derecede sorumlu kişi olması,
- Hastaya bakım verebilecek fiziksel ve emosyonel yeterliliğe sahip olması (Rankin Skalası skoru 2 puan ve altında olması)
- 18 yaş ve üstünde olması,
- Özgeçmişinde psikiyatrik bir hikâyesinin bulunmaması,
- Araştırmaya katılmaya istekli ve gönüllü olmasıdır.

Araştırmacı *kontrol grubu* verilerinin toplanması sırasında İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Edip Aktin İnme Ünitesi' nde Kasım 2007-Mayıs 2008 tarihleri arasında 117 hasta ile karşılaştı, inme tanısı almayan (8 hasta), hastalık özellikleri uymayan (65 hasta), özgeçmişinde psikiyatrik özgeçmişi olan (8 hasta) ve hem hastalık özellikleri uymayan hem de psikiyatrik özgeçmişi olan (3 hasta) hastalar örnekleme dahil edilmedi. Araştırma örneklem kriterlerine uyan 33 hasta ve hasta yakınından 3'ünün bakımından sorumlu yakının belli olmaması, 1'i Türkçe anlamadığı ve 4'ü araştırmaya katılmayı kabul etmemiş olup araştırmaya katıldıktan sonra 3'üne ulaşılamadı ve 2'si de vefat etmişti. Kontrol grubunu oluşturan 20 hasta ve hasta yakını ile ilk görüşme tarihinden 3 ve 6 ay sonrası kontrolleri yapıldı.

Ocak ve Temmuz 2009 tarihleri arasında ise araştırmacı *girişim grubu* verilerinin toplanması sırasında 166 hasta ile karşılaştı, inme tanısı almayan (13 hasta), hastalık özellikleri uymayan (109 hasta), mental retarde olan (1 hasta), psikiyatrik özgeçmişi olan (5 hasta) ve hem hastalık özellikleri uymayan hem de psikiyatrik özgeçmişi olan (3 hasta) hastalar örnekleme dahil edilmedi. Araştırma örneklem kriterlerine uyan 35 hasta ve hasta yakınından 4' ünün bakımından sorumlu yakının belli olmaması, 4'ü Türkçe anlamadığı ve 5'i araştırmaya katılmayı kabul etmemiş olup araştırmaya katıldıktan sonra 2'sine ulaşılamadı. Girişim grubunu oluşturan 20 hasta ve hasta yakını ile ilk görüşme tarihinden 3 ay ve 6 ay sonrası kontrolleri yapıldı.

3.7. Araştırmanın Etik Yönleri

Araştırmanın yürütülebilmesi için etik kurul ve kurum izinleri alındı (Ek 1-2).

Çalışmada kullanılmak üzere EuroQol grubu ile iletişime geçildi ve yazılı izin alındı (Ek 3).

Barthel İndeksini Türk toplumuna uyarlayan Ayşe Küçükdeveci'den ölçeklere ilişkin bilgi ve destek alındı.

Araştırmanın yürütüleceği Anabilim Dalı Başhemşireliği ve hemşireleri araştırma hakkında bilgilendirildi ve destek alındı.

Kontrol ve girişim grubu hasta ve hasta yakınlarına; araştırmanın amacı, bilgi toplama yöntemi, uygulanacak girişimler, olası yarar/ zararı konusunda açıklama yapıldı ve **gönüllü** *bilgilendirilmiş yazılı izin* formu alındı (Ek 4). Hasta ve hasta yakınlarına araştırmaya katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları, katılımlarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri konusunda bilgilendirerek ve düşünme süresi verilerek ***insan onurına saygı*** ve ***otonomi*** ilkesine saygı gösterildi.

Hasta ve hasta yakınlarına isimlerinin ve alınan bilgilerin araştırıcının dışında başka hiç kimseye açıklanmayacağı ve bu bilgilere başkasının ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda güvence verilerek ***sadakat- gizlilik*** ilkesine bağlı kalındı.

Zarar vermeme-yarar sağlama ilkesine özen gösterilerek bakım/tedavinin aksatılmadan sürdürülmesi ve risk oluşturan durumlardan korunmaları sağlandı (Acaroğlu ve ark. 1997).

Hasta yakını eğitim kitapçığı; hasta ve hasta yakınlarından girişim grubunda olanlara hastanede verildi ve kontrol grubunda olanlara ise araştırmacı tarafından girişim grubu verileri toplandıktan sonra ulaştırıldı.

3.8. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Skalası (NIHSS) (hasta kabul kriterinde dikkate alındı ve hasta dosyasından alındı),"Hasta/ Hasta Yakını Bilgi Formu" (Ek 5-6),"Rankin Skalası" (mRS) (Ek 7), "Barthel İndeksi" (BI) (Ek 8), "EuroQol-5D Sağlık Anketi" (EQ-5D/ EQ_{VAS}) (Ek 9-10), "Beck Depresyon Envanteri" (BDE) (Ek 11) ve "Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri" (DKE-SKE) (Ek 12-13) kullanılarak toplandı.

3.8.1. Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Skalası

(National Institue of Health Stroke Scale/NIHSS)

Hastaneye yatış sırasındaki NIHSS skoru iskemik inmeli hastalarda nörolojik fonksiyonları inceleyen ve uzun dönem prognoz hakkında fikir veren bir skaladır. NIHSS hekimler ya da hemşireler tarafından yaklaşık 7 dakikadan daha kısa sure içinde uygulanabilir (Coşkun ve ark. 2003). NIHSS skorunun 16 puandan fazla olması ciddi

yetersizlik ya da büyük olasılıkla ölüm göstergesi iken, 6 puandan daha az skor prognozun iyi olacağını göstermektedir (Rundek ve Sacco 2004; Duncan ve ark. 2005; Eyigör 2007).

3.8.2. Bilgi Formu

Bilgi formu, araştırmacı tarafından literatür rehberliğinde geliştirildi. Bilgi formu hastalarda "sosyo-demografik özellikler" ve "hastalığa ilişkin özellikler" olmak üzere iki bölümden, hasta yakınlarında "sosyo-demografik özellikler" olmak üzere tek bölümden oluştu.

3.8.3. Rankin Skalası (mRS)

(Modified Rankin Scales/ mRS)

Rankin Skalası, altı kategoriyi içerir ve bu kategoriler ortaya çıkan fonksiyonel kısıtlılığın, günlük yaşam aktivitelerini ne derecede etkilediğini ve ne düzeyde yardım gerektirdiğini gösterir. 6 düzey tanımlanmaktadır ve bunlar "0: *Hiç semptom yok"*, "1:*Belirgin defisit yok"*, "2:*Hafif defisit"*; "3:*Orta derecede defisit"*; "4:*Ağır defisit"*; "*5:Çok ağır defisit*" ve "6: *Ölüm"*dür. Klinik çalışmalarda mRS'ın kolay ve sık kullanılmasının yanısıra, özürlülük ve engellilik gibi kavramları içermesinden dolayı tercih edilmektedir (Rundek ve Sacco 2004).

3.8.4. Barthel İndeksi (BI)

(Barthel Index/ BI)

Günlük yaşam aktivitelerindeki fiziksel bağımsızlığı değerlendiren, 10 maddeden oluşan (*hareket:* tekerlekli sandalyeden transfer, düz yüzeyde yürüme, merdiven inip/ çıkma, *kişisel temizlik ve giyinme*: banyo yapma, tuvalet ihtiyacını giderme, *beslenme, boşaltım*: idrar kontrolü, dışkı kontrolü) bir ölçektir. Her madde üç basamaklı skorlama sistemiyle ayrı ayrı skorlanarak toplam skor (0-100) hesaplanmaktadır. Toplam skor 0 ile 100 arasında değişmekte olup, "0" tam bağımlılık, "100" ise tam bağımsızlık durumunu göstermektedir. Shah (1989) tarafından uyarlanan Modifiye Barthel indeksinde beş basamaklı skorlama sistemi kullanılarak indeksin duyarlılığı arttırılmıştır. Modifiye Barthel İndeksinin Türk toplumu için adaptasyonu yapılmış ve indeksin inmeli ve spinal kord yaralanmalı hasta grupları için geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir (Küçükdeveci 2005). Bu indeks; 5-55 arasında puan alan

hastaların yaşamlarını sürdürebilmek için bakıma muhtaç olduğunu, 56-100 arasında puan alan hastaların ise yaşamlarını yardım gereksinimi olmadan kendi başlarına bağımsız olarak sürdürebilir olduğunu göstermektedir (Coşkun ve ark. 2003).

Bu çalışmada hastaların hastanedeyken ve hastaneden çıktıktan sonra fonksiyonel durumlarını değerlendirmek için BI' nin tercih edilmesinin nedeni; daha önce yapılan çalışmalarda da belirtildiği gibi kolay uygulanabilir olması, hasta/ hasta yakınları tarafından rahatlıkla cevaplanabilir olması ve diğer indeksler gözönüne alındığında daha güvenilir sonuçlar vermesi gibi özelliklere sahip olması idi (Coşkun ve ark. 2003).

3.8.5. EuroQol Sağlık Anketi (EQ-5D)

(European Quality of Life Instrument)

EuroQol bireylerin kendi kendine doldurabilecekleri indeks tipinde, genel amaçlı bir yaşam kalitesi ölçeğidir (Küçükdeveci 2005). EuroQol klinik ve toplum temelli sağlık araştırmalarında sıklıkla kullanılmaktadır (Krabbe ve Weijnen 2003). EuroQol grubu ilk kez 1987 yılında beş Avrupa Merkezi' nden araştırmacıların bir araya gelmesi ile toplanmış ve yaşam kalitesi maddelerini bir araya getirmişlerdir. 1991 yılında anket yeniden uyarlanarak beş boyutlu hale getirilmiştir. Bu boyutlar; hareket, öz-bakım, iş/ev işleri/boş zamanları değerlendirme, ağrı/ rahatsızlık, endişe/moral bozukluğundan oluşmaktadır. Sözkonusu her bir boyut; sorun yok: düzey 1, bazı sorunlar var: düzey 2, aşırı sorunlar var: düzey 3 olmak üzere üç düzeyde değerlendirilerek, sağlık durumu boyutlarını gösteren sonuçlar, beş sayı ile tanımlanabilmektedir. Örneğin bu üç düzeye ait 2-1-1-3-2 puanlaması; hareket yönünden bazı sorunların olduğu, öz bakım ve diğer günlük işlerde sorun olmadığı, aşırı ağrı veya rahatsızlık deneyimlediği, endişe/ moral bozukluğu yönünden bazı sorunların yaşandığı sonucu çıkmaktadır. Ölçekte bireylerin kendi sağlık durumunu 0-100 arasında puanladıkları bir skala (Görsel Analog Skala/Visuel Analog Scales-VAS) yer almaktadır. Ölçek, Avrupa kökenli bir ölçek olup artirit ve inmede kullanılmıştır. İnmeli hastaların EQ-5D' ye cevap oranı SF-36' dan yüksek bulunması nedeniyle bu çalışmada EQ-5D tercih edilmiştir (Küçükdeveci 2005; Kaya 2002). EQ-5D'nin değerlendirilmesinde; EQ-5D anketine verilen yanıtların yüzdelik dağılımı (EQ-5D betimleyici sistem), EQ_{VAS} ortalama değerleri, index-tabanlı skorlama sistemleri ($EQ\text{-}5D_{Skor}$) ve time-trade out (TTO) yöntemleri kullanılmaktadır (Krabbe ve Weijnen 2003). Bu çalışmada EQ-5D' den elde edilen veriler EK-9'un

devamında gösterilen değerler kullanılarak bir skora dönüştürüldü ($EQ\text{-}5D_{Skor}$) ve ankete verilen yanıtların ortalaması ($EQ\text{-}5D_{İndex}$) alındı. Ülkemizde Kaya'nın (2002) yaptığı çalışmada EQ-5D anketinin cronbach's alpha değerinin ilk uygulamada 0,73, ikinci uygulamada ise 0,78 olduğu saptanmıştır.

3.8.6. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

(Beck Depression Inventory /BDI)

Depresyonda görülen duygusal, somatik, bilişsel ve motivasyona dayalı belirtileri ölçen 21 maddelik bir ölçektir. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan 0-63 arasında değişmektedir. Hisli (1989) tarafından geçerlilik ve güvenirliği yapılmıştır. Güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan toplam puanın 1-10 puan arasında olması normal, 11-16 puan hafif ruhsal sıkıntı, 17-20 puan sınırda depresyon, 21-30 puan orta depresyon, 31-40 puan ciddi depresyon ve 40 üzeri çok ciddi depresyonu göstermektedir (Öner 1996; Savaşır ve Şahin 1997; Aydemir ve Köroğlu 2000).

3.8.7. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DKE-SKE)

(State- Trait Anxiety Inventory -STAI)

Spielberger ve arkadaşları tarafından durumluk-sürekli kaygı düzeylerini ölçmek amacı ile 1970 yılında geliştirilmiştir. Türk toplumu için geçerlilik ve güvenirliği Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır. Envanterin herbiri 20 maddelik iki ayrı ölçeği içerir. Durumluk Kaygı Envanteri (DKE); bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirlerken, Sürekli Kaygı Envanteri (SKE); bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. Ortaokul okuma-yazma düzeyindeki bireyler her iki envanteri yaklaşık 10 dakikada yanıtlayabilirler. Envanterin güvenirlik çalışmalarında test-tekrar test güvenilirliği SKE için 0,71 ile 0,86; DKE için 0,26 ve 0,68 arasında bulunmuştur. İç tutarlılık korelasyonlarının ise SKE için 0,34 ile 0,72; DKE için 0,42 ile 0,85 arasında olduğu saptanmıştır (Öner ve Le Compte 1998; Aydemir ve Köroğlu 2000).

Her iki envanterden de elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasında değişmektedir. Yüksek puan yüksek kaygı seviyesini belirtir. Durumluk Kaygı Envanterinde on tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler) ve Sürekli Kaygı Envanterinde yedi tane (1, 6, 7, 10, 13, 16 ve 19. maddeler) tersine çevrilmiş madde

vardır. Toplam puanın hesaplamasında doğrudan ifadeler için elde edilen toplam puandan ters ifadelerin toplam puanı çıkarılır ve bu sayıya Durumluk Kaygı Envanteri için 50, Sürekli Kaygı Envanteri için 35 puan eklenir. Envanterlerden elde edilen 0-19 arası toplam puan anksiyete olmadığını, 20-39 arası toplam puan hafif anksiyete düzeyini, 40-59 arası toplam puan orta anksiyete düzeyini, 60- 79 arası toplam puan ağır anksiyete düzeyini gösterirken 60 puan üzeri profesyonel yardıma gereksinim olduğunu gösterir (Öner 1996; Öner ve Le Compte 1998).

3.9. Araştırmanın Uygulanması

Hasta Yakını Eğitim Programı

Hasta Yakını Eğitim Programı Hazırlığı:

Eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi, eğitim materyalinin geliştirilmesi ve uygulanması konu ile ilgili yapılan nicel ve nitel araştırmalar, kanıta dayalı uygulama rehberleri/kılavuzları, metaanaliz çalışmaları ve literatür incelemeleri rehberliğinde oluşturuldu (Ek 14). Eğitim kitapçığı etkin eğitim materyali olarak kullanıldı.

Eğitim kitapçığının içeriğini; inme hakkında bilgi, Yaşam Modeli doğrultusunda *güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi* (pozisyon, enfeksiyonu önleme, ağrı, komplikasyon belirtileri, ilaçlar, güvenli ortamı oluşturma), *solunum* (derin solunum egzersizleri), *beslenme, hareket* (ayağa kalkma, egzersiz), *iletişim* (konuşma problemleri, sorun çözme, anksiyete ve stres ile baş etme, sosyal destek), *kişisel temizlik ve giyinme, boşaltım* (üriner ve gastro-intestinal boşaltım), *beden sıcaklığının kontrolü, cinselliği ifade etme, çalışma ve eğlenme, uyku aktiviteleri* kapsamındaki hem hasta hemde hasta yakınına yönelik bilgiler oluşturdu.

Hasta Yakını Eğitim Programının Uygulanması:

Girişim grubundaki hasta yakınlarına, hastanın hastanede kaldığı süre boyunca araştırmanın amacı doğrultusunda eğitim programı uygulandı. Hasta yakınlarına uygulanan programın etkinliğini arttırmak için eğitimsel ve yapısal olarak aşağıdaki konulara dikkat edildi. Bunlar:

- Eğitim programı, hastanın durumu stabil hale geldikten sonra ve hasta yakının öğrenmeye hazır oluşu değerlendirildikten sonra gerçekleştirildi.

- Eğitim programı bir hemşirelik modeli olan Yaşam Modeli çerçevesinde ele alındı.
- Hasta yakınına, psiko-eğitimsel yaklaşım doğrultusunda anksiyete/stres ile başetme, sorun çözme, girişkenlik, depresif belirtileri tanıma hakkında bilgi verildi.
- Hasta yakınına, hastanın bağımsızlığını kazandırmanın önemi vurgulandı.
- Eğitim programında, eğitim kitapçığının yanı sıra hasta yakınına bire-bir bilgisayarda hazırlanan slaytlarla sözlü anlatım, soru-cevap, demonstrasyon ve uygulamadan oluşan birden fazla öğretim yöntemi kullanıldı.
- Eğitim hastanın/ hasta yakının gereksinimlerine özgü bir program çerçevesinde 3-5 oturumda, her oturum hasta yakının aktif katılımı ile 30-45 dakikalık süreyi geçmeyecek şekilde uygulandı.
- Araştırmacı hasta yakınlarına eğitim sırasında ve hastanede bulunduğu süre boyunca; derin solunum egzersizleri, pozisyon verme, kaldırma teknikleri, bireysel hijyen uygulamaları, giyinmeye yardım gibi konuları uygulamalı olarak gösterdi.
- Eğitim oturumlarında hasta yakınlarının bireysel gereksinimlerine göre sigara bırakma, diyabet, hipertansiyon… gibi inme risk faktörlerini azaltacak ve hasta/ hasta yakınlarının yaşam kalitesini olumsuz etkileyen etmenler konusunda bilgiler verildi.
- Hasta/ hasta yakınına araştırmacı tarafından hastaneden çıktıktan sonra telefon ile/ yüz yüze takip ve danışmanlık sağlandı (Scheure ve ark. 2006; Taşocak 2007; Ostwald ve ark. 2008; Orgun 2010).

Eğitimin Değerlendirilmesi:

Eğitimin etkinliği, hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra rutin hasta kontrol randevuları ve telefon görüşmeleri ile sağlandı. Hasta bireylerin fonksiyonel durumunu değerlendirmede mRS, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık durumunu değerlendirmede BI, hastanın ve yakınının yaşam kalitesini ölçmede EQ-5D, anksiyete ve depresif belirti düzeyini saptamada DKE-SKE ve BDE kullanıldı.

Verilerin Toplanması:

Hasta ve hasta yakınlarında kullanılan veri toplama zamanına göre veri toplama araçları Şekil 3-2' de verilmiştir. Bu çalışmada "*hastaneye kabul*" ifadesi araştırmacının hasta/ hasta yakınına çalışma hakkında bilgi verildikten ve gönüllü olur formu alındıktan sonraki *hastanedeki ilk bir hafta*daki zamanı içermektedir.

	Hasta			Hasta yakını		
	Hastaneye kabulde	Hastaneden çıktıktan 3 ay sonra	Hastaneden çıktıktan 6 ay sonra	Hastaneye Kabulde	Hastaneden çıktıktan 3 ay Sonra	Hastaneden çıktıktan 6 ay sonra
NIHSS skoru	(Dosyadan alındı)	-	-	-	-	-
Bilgi Formu	+	+	+	+	+	+
mRS	+	+	+	+	+	+
BI	+	+	+	-	-	-
SKE	+	-	-	+	-	-
DKE	+	+	+	+	+	+
BDE	+	+	+	+	+	+
EQ-5D	+	+	+	+	+	+

Şekil 3-2: Veri Toplama Zamanına Göre Veri Toplama Araçları

Kontrol grubu verilerinin toplanılmasında Şekil 3-2'de gösterilen anket ve skalalar kullanıldı, klinikte uygulanan hemşirelik bakımı verildi. Girişim grubu verilerinin toplanılmasında anket ve skalalar uygulandı. Ölçek sonuçları ve günlük yaşam aktivitelerine özgü bireyin gereksinimleri doğrultusunda hemşirelik bakımı planlanıp uygulandı. Aynı zamanda araştırmacı tarafından hasta yakınına eğitim/ danışmanlık verildi.

Her iki grupta da veri toplamaya başlamadan önce 4 hasta/ hasta yakını ile ön çalışma yapıldı. Bu veriler çalışmaya dahil edilmedi.

3.10. Araştırmada Karşılaşılan Olumlu ve Olumsuz Durumlar

Olumlu Durumlar:

- Hasta yakınlarının istekli ve gönüllü olmaları, girişim grubundaki hasta ve hasta yakınlarına sağlanan eğitim ve danışmanlıktan memnuniyetlerini dile getirmeleri,

- Örneklem kriterlerine uymadıkları için girişim grubuna alınmayan hasta yakınlarının da araştırmacı tarafından verilen eğitim ve danışmanlıktan memnuniyet duymaları,
- Dr. Edip Aktin İnme Ünitesi' nde bulunan sağlık ekibi üyeleri ile olumlu işbirliği sağlanması ve destek görülmesidir.

Olumsuz Durumlar:

- İnme ani gelişen ve uzun süreli bakım gerektiren bir hastalık olduğundan, hasta yakınları tarafıından hastanın bakımından birincil derecede sorumlu olacak kişinin hastanede belirlenememesi,
- Hastanın bakımından birincil derecede sorumlu olacak hasta yakının değişmesi,
- Hasta/ hasta yakınlarının bilgilendirilmiş onam formunu imzalamak istememeleri,
- Araştırmacının klinik alanda sürekli bulunamaması nedeni ile hasta kabul ve çıkışlarından zaman zaman haberdar olamaması,
- Bazı hastaların ağlama, yüzleşme ve kaçınma gibi tepkisel yanıtları nedeniyle ölçeklerin doldurulmasına ara verilmesidir.

3.11. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler elektronik ortama aktarıldı ve SPSS (Statistical Package for The Social Sciences) 11.5 istatistik paket programında analiz edildi. Veriler analiz edilmeden önce normal dağılıma uygunlukları hem One Sample Kolmogorow-Smirnow testi ile hem de histogramları çizilerek denendi ve normal dağılım gösterdikleri saptandı. Ancak grupiçi karşılaştırmalarda $n<25$ olması nedeniyle non-parametrik önemlilik testleri kullanıldı. Analiz ve değerlendirmelerde, sıklık dağılımları, merkezi ve yaygınlık ölçüleri ile, Friedman testi ve Mannwhitney U testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Spearman's korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak 0,05 alındı (Özdamar 2003).

4. BULGULAR

İnmeli hasta yakınlarına verilen eğitimin, hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesi, anksiyete ve depresif belirti düzeyi üzerine etkisini belirlemek amacı ile planlanan ve gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen bulgular beş bölüm altında incelendi. Çalışmanın bulguları:

- Hasta ve hasta yakınlarının tanıtıcı özellikleri (sosyo-demografik özellikler, hastaların hastalık özellikleri, fonksiyonel değerlendirme özellikleri),
- Hasta Yakını Eğitim Programı'nın hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi,
- Hasta Yakını Eğitim Programı'nın hasta ve hasta yakınlarının anksiyete düzeyi üzerine etkisi,
- Hasta Yakını Eğitim Programı'nın hasta ve hasta yakınlarının depresif belirti düzeyi üzerine etkisi,
- Hasta ve hasta yakınlarının fonksiyonel değerlendirme özellikleri, yaşam kalitesi, anksiyete ve depresif belirti ölçekleri arasındaki ilişki ile ilgili bulgular olmak üzere beş bölümde ele alındı.

4.1. HASTA VE HASTA YAKINLARININ TANITICI ÖZELLİKLERİ

4.1.1. Sosyo-demografik Özellikler

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması girişim grubunda 57,90±15,08 (min:28-max:85) yıl ve kontrol grubunda 58,75±16,36 (min:20-max:90) yıldır. Hastaların %55'inin (n=22) erkek, %85'inin (n=34) evli, %45'inin (n=18) ilköğretim mezunu olduğu, %37,5'unun (n=15) ev hanımı, %82,5'unun (n=33) gelirinin gideri ile dengeli olduğu saptandı. Hasta yakınlarının yaş ortalamaları, girişim grubunda 47,55±12,08 yıl, kontrol grubunda 50,35±15,90 dır. %72,5'inin (n=29) kadın; %82,5'inin (n= 33) evli; %50'sinin (n=20) ilköğretim mezunu olduğu; %55'inin (n=22) ev hanımı; %77,5'inin (n=31) gelir dağılımının dengeli olduğu belirlendi **(Tablo 4-1).** Hastaların %82,5'u (n=33) hasta yakını ile birlikte yaşamaktaydı. Hasta yakınlarının %65'i (n=26) hastanın eşi, %32,5'i (n=13) yetişkin çocuğu ve %2,5'i (n=1) annesi idi.

Tablo 4-1: Hasta ve Hasta Yakınlarının Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

		HASTA (n=40)						HASTA YAKINI (n=40)						TOPLAM	
		Girişim		Kontrol		Toplam		Girişim		Kontrol		Toplam			
Değişkenler		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Yaş		57,90±(15,08)		58,75±(16,36)		p=,865		47,55±(12,08)		50,35±(15,90)		p=,534		53,64±(15,44)	
Cinsiyet	Kadın	8	40,0	10	50,0	18	45,0	14	70,0	15	75,0	29	72,5	47	58,8
	Erkek	12	60,0	10	50,0	22	55,0	6	30,0	5	25,0	11	27,5	33	**41,3**
Medeni durum	Bekar	**0**	**0,0**	**1**	**5,0**	**1**	**2,5**	**3**	**15,0**	**2**	**10,0**	**5**	**12,5**	**6**	**7,5**
	Evli	**16**	**80,0**	**18**	**90,0**	**34**	**85,0**	**16**	**80,0**	**17**	**85,0**	**33**	**82,5**	**67**	**83,8**
	Dul	**4**	**20,0**	**1**	**5,0**	**5**	**12,5**	**1**	**5,0**	**1**	**5,0**	**2**	**5,0**	**7**	**8,8**
Eğitim durumu	Okuryazar değil	**5**	**25,0**	**1**	**5,0**	**6**	**15,0**	**1**	**5,0**	**2**	**10,0**	**3**	**7,5**	**9**	**11,3**
	Okuryazar	**2**	**10,0**	**5**	**25,0**	**7**	**17,5**	**2**	**10,0**	**1**	**5,0**	**3**	**7,5**	**10**	**12,5**
	İlköğretim	**7**	**35,0**	**11**	**55,0**	**18**	**45**	**9**	**45,0**	**11**	**55,0**	**20**	**50,0**	**38**	**47,5**
	Lise	**2**	**10,0**	**1**	**5,0**	**3**	**7,5**	**2**	**10,0**	**5**	**25,0**	**7**	**17,5**	**10**	**12,5**
	Yükseköğretim	**4**	**20,0**	**2**	**10,0**	**6**	**15,0**	**6**	**30,0**	**1**	**5,0**	**7**	**17,5**	**13**	**16,3**
İş/ Meslek durumu	Evhanımı	**7**	**35,0**	**8**	**40,0**	**15**	**37,5**	**11**	**55,0**	**11**	**55,0**	**22**	**55,0**	**37**	**46,3**
	İşçi	**0**	**0,0**	**1**	**5,0**	**1**	**2,5**	**2**	**10,0**	**1**	**5,0**	**3**	**7,5**	**4**	**5,0**
	Memur	**1**	**5,0**	**3**	**15,0**	**4**	**10,0**	**1**	**5,0**	**0**	**0,0**	**1**	**2,5**	**5**	**6,3**
	Serbest meslek	**5**	**25,0**	**3**	**15,0**	**8**	**20,0**	**4**	**20,0**	**4**	**20,0**	**8**	**20,0**	**16**	**20,0**
	Emekli	**7**	**35,0**	**4**	**20,0**	**11**	**27,5**	**1**	**5,0**	**4**	**20,0**	**5**	**12,5**	**16**	**20,0**
	Öğrenci	**0**	**0,0**	**1**	**5,0**	**1**	**2,5**	**1**	**5,0**	**0**	**0,0**	**1**	**2,5**	**2**	**2,5**
Ekonomik durumu	Az	**5**	**25,0**	**1**	**5,0**	**6**	**15,0**	**3**	**15,0**	**4**	**20,0**	**7**	**17,5**	**13**	**16,3**
	Fazla	**1**	**5,0**	**0**	**0,0**	**1**	**2,5**	**1**	**5,0**	**1**	**5,0**	**2**	**5,0**	**3**	**3,8**
	Dengeli	**14**	**70,0**	**19**	**95,0**	**33**	**82,5**	**16**	**80,0**	**15**	**75,0**	**31**	**77,5**	**64**	**80,0**

4.1.2. Hastaların Hastalık Özellikleri

İnmeli hastaların hastalık özelliklerinin dağılımına ilişkin bulgular **Tablo 4-2**' de görülmektedir.

Hastaların giriş NIHSS skoru ortalaması 5,21±2,34; yatış süresi ortalaması ise 13.07±8,01 olarak saptandı. Hastaların %95'inde (n=38) inme türü iskemik; %47,5'inde (n=19) inme yeri sağ hemisfer; %37,5'inin (n=15) klinik sendromunun LACI olduğu, %30' unun (n=12) kardiyoembolik nedenli olduğu saptandı. Tablo 4-2'de görüldüğü gibi hastalığa ilişkin özelliklerin girişim ve kontrol gruplarına göre dağılımı incelendiğinde "*NIHSS skoru, yatış süresi, inme yeri, klinik sendrom*" yönünden anlamlı fark saptanmadı (p>0,05).

Tablo 4-2: Hastaların Hastalık Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler	Girişim (n=20)		Kontrol (n=20)		Toplam (n=40)		Karşılaştırma
	N	%	N	%	n	%	
NIHSS skoru (Ort±SS)	5,52±2,67		4,89±1,99		5,21±2,34		p=,415
Yatış süresi (Ort gün±SS)	11,95 gün±10,58		14,20 gün ±4,17		13,07 gün±8,01		p=,382
İnme Türü							
İskemik	19	95,0	19	95,0	38	95,0	
Kanayıcı	1	5,0	1	5,0	2	5,0	
İnme Yeri							
Sağ hemisfer	8	40,0	11	55,0	19	47,5	p=,316
Sol hemisfer	9	45,0	5	25,0	14	35,0	
Bilateral	3	15,0	4	20,0	7	17,5	
Klinik Sendrom							
LACI	8	40,0	7	35,0	15	37,5	p=,762
PACI	4	20,0	6	30,0	10	25,0	
POCI	7	35,0	6	30,0	13	32,5	
Sınıflandırmaya girmeyen	1	5,0	1	5,0	2	5,0	
Etyolojik Sınıflama							
Büyük damar aterosklerozu	3	15,0	5	25,0	8	20,0	
Kardiyoembolizm	9	45,0	3	15,0	12	30,0	
Nedeni belirlenemeyen	4	20,0	7	35,0	11	27,5	
Birden fazla neden	2	10,0	3	15,0	5	12,5	
Nadir neden	1	5,0	1	5,0	2	5,0	
Sınıflandırmaya girmeyen	1	5,0	1	5,0	2	5,0	

4.1.3. Fonksiyonel Değerlendirme Özellikleri

Fonksiyonel değerlendirme özellikleri, hastalarda Rankin Skalası (mRS) ve Barthel İndeksi (BI) ile, hasta yakınlarında ise mRS ile tanılandı. Fonksiyonel değerlendirme özellikleri hastaneye kabulde, hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra olmak üzere üç kez ölçüldü **(Tablo 4-3).**

Girişim ve kontrol grubu hastalar arasında *mRS skoru* açısından hastaneye kabulde, hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra anlamlı fark bulunmadı (p>0,05).

Girişim ve kontrol grubu hastalarının mRS skorlarının zaman içindeki (hastaneye kabulde, hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra) değişiminde hem hasta girişim (**p<0,05**), hem de hasta kontrol grubunda (**p<0,05**) mRS skorunun düştüğü/ fonksiyonel düzeyin arttığı, sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

Girişim ve kontrol grubu hastalar arasında *BI ortalamaları* açısından anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). Ancak hem girişim hem de kontrol grubunun kendi içinde zaman süresince günlük yaşam aktivitelerinde fiziksel bağımsızlık düzeylerininin anlamlı derecede artmış olduğu görüldü (**p<0,05**).

Hasta yakınlarının fonksiyonel değerlendirme özelliklerinde ise hastaneye kabulde, hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra girişim ve kontrol grubu arasında mRS skoru yönünden anlamlı fark olmadığı (p>0,05) ve kontrol grubunun fonksiyonel düzeyinin zaman içinde değişmediği, hasta yakını girişim grubunun mRS skorunun ise zaman içinde arttığı belirlendi.

Tablo 4-3: Hasta ve Hasta Yakınlarının Fonksiyonel Değerlendirme Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Girişim			Kontrol			
	Ort±SS	**Medyan**	**Sayı Ort.**	**Ort±SS**	**Medyan**	**Sayı Ort.**	**U, p**
Hasta							
mRS							
Kabulde	2,45±0,94	2,00	2,35	2,85±1,04	3,00	2,42	U=151,50; p=,172
3 ay sonra	2,15±0,99	2,00	1,90	2,45±1,00	2,50	1,83	U=165,50; p=,331
6 ay sonra	2,05±1,05	2,00	1,75	2,40±0,99	2,00	1,75	U=160,50; p=,266
	χ^2=13,000; p=0,002*			**χ^2=16,222; p=0,000***			
BI							
Kabulde	70,00±17,32	75,00	1,13	65,25±15,26	67,50	1,23	U=154,50; p=,215
3 ay sonra	78,75±15,38	85,00	2,10	73,50±15,48	75,00	2,10	U=148,00; p=,156
6 ay sonra	84,00±16,91	90,00	2,78	77,50±17,05	82,50	2,68	U=140,00; p=,101
	χ^2=29,360; p=,000*			**χ^2=23,694; p=,000***			
Hasta Yakını							
mRS							
Kabulde	0,25±0,44	,00	1,98	0,30±0,57	,00	2,00	U=197,50; p=,928
3 ay sonra	0,25±0,44	,00	1,98	0,30±0,57	,00	2,00	U=197,50; p=,928
6 ay sonra	0,30±0,47	,00	2,05	0,30±0,57	,00	2,00	U=193,00; p=,807
	χ^2=2,000; p=0,368			**			

*p< 0.05 **Tüm evrelerde aynı olduğundan hesaplanamamıştır.

χ^2=Friedman

U= Mann-Whitney U testi

4.2. HASTA YAKINI EĞİTİM PROGRAMININ HASTA VE HASTA YAKINLARININ YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Bu çalışmada hasta/ hasta yakınlarının sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin tanılanmasında EuroQol Sağlık Anketi ($EQ\text{-}5D_{İndex}$ ve EQ_{VAS}) hastaneye kabulde, hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra olmak üzere üç defa ölçüldü. EQ-5D'nin değerlendirilmesinde; yanıt dağılımı (EQ-5D deskriptif/ betimleyici sistem), index tabanlı skorlama sistemleri ($EQ\text{-}5D_{Skor}$) ve algılanan sağlık durumu puan (EQ_{VAS}) ortalama değerleri kullanıldı.

4.2.1. Hasta Yakını Eğitim Programının Hastaların Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Tablo 4-4' e göre hastaneye kabulde; girişim grubu hastaların %55'inde (n=11) yürürken bazı güçlüklerinin olduğu, %30'unda (n=6) kendi kendine bakabilme ile ilgili ciddi/ aşırı sorunlarının olduğu ve iş, ders çalışma, ev işleri, aile içi veya boş zaman faaliyetleri gibi olağan işlerinde bazı güçlükler yaşadığı, %40'ının (n=8) orta şiddette ağrı/ rahatsızlık deneyimlediği, %45'inin (n=9) orta derecede endişe/ moral bozukluğunun olduğu görülmektedir. Hastaneden çıktıktan 6 ay sonra ise %20'sinde (n=4) yürürken bazı güçlüklerinin olduğu, %10'unda (n=2) kendi gereksinimlerini karşılayabilme ile ilgili ciddi sorunlarının olduğu, %25'inde (n=5) olağan işlerinde bazı güçlükler yaşadığı, %40'ının (n=8) ağrı/ rahatsızlık yönünden bazı sorunlar deneyimlediği, %45'inin (n=9) endişe/ moral bozukluğu yönünden de bazı sorunları olduğu saptandı.

Kontrol grubu hastalarının ise hastaneye kabulde; %65'inde (n=13) yürürken bazı güçlüklerinin olduğu, %45'inde (n=9) kendi kendine bakabilme ile ilgili ciddi sorunların olduğu ve olağan işlerinde bazı güçlükler yaşadığı, %25'inin (n=5) ağrı/ rahatsızlık açısından bazı sorunlar deneyimlediği, %40'nın (n=8) endişe/ moral bozukluğu yönünden bazı sorunlarının olduğu belirlendi. Hastaneden çıktıktan 6 ay sonra ise %55'inde (n=11) yürürken bazı güçlüklerinin olduğu, %45'inde (n=9) kendi kendine bakabilme ile ilgili ciddi/ aşırı sorunların olduğu ve %50'sinin (n=10) olağan işlerinde bazı güçlükler yaşadığı, %60'nın (n=12) ağrı/ rahatsızlık ve %55'nin (n=11) endişe/ moral bozukluğu açısından bazı sorunlarının olduğu görüldü.

Tablo 4-5' e göre hasta girişim ve kontrol grupları arasında hastaneye kabulde ve hastaneden çıktıktan 3 ay sonra **$EQ\text{-}5D_{İndeks}$** ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Ancak hastaneden çıktıktan 6 ay sonra $EQ\text{-}5D_{İndeks}$ ortalaması

girişim grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulundu **($p<0,05$).** Girişim ve kontrol grubunun kendi içindeki EQ-5D$_{\text{İndeks}}$ ortalamalarının zaman içinde düştüğü ve düşmenin her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı **($p<0,05$).**

Hasta girişim ve kontrol grupları arasında hastaneye kabulde ve hastaneden çıktıktan 3 ay sonra **EQ-5D$_{\text{Skor}}$** ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Ancak hastaneden çıktıktan 6 ay sonra EQ-5D$_{\text{Skor}}$ ortalaması girişim grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu **($p<0,05$).**

Girişim ve kontrol grubunun kendi içindeki EQ-5D$_{\text{Skor}}$ ortalamalarının zaman içinde artış gösterdiği ve artışın girişim grubunda istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı **($p<0,05$)**.

Hasta girişim ve kontrol grubu arasında ve gruplarının kendi içinde; hastaneye kabulde, hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra **EQ$_{\text{VAS}}$** skorlarında ise anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-5).

Tablo 4-4: Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D) Boyutlarındaki Sorunların Düzeylerine İlişkin Dağılımı

	Kabulde				3ay sonra				6ay sonra			
	Girişim		Kontrol		Girişim		Kontrol		Girişim		Kontrol	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Hareket edebilme												
Sorun yok	5	25,0	3	15,0	6	30,0	4	20,0	14	70,0	7	35,0
Bazı sorunlar var	11	55,0	13	65,0	12	60,0	14	70,0	4	20,0	11	55,0
Ciddi sorun var	4	20,0	4	20,0	2	10,0	2	10,0	2	10,0	2	10,0
Kendi kendine bakabilme												
Sorun yok	8	40,0	4	20,0	12	60,0	7	35,0	14	70,0	9	45,0
Bazı sorunlar var	6	30,0	7	35,0	6	30,0	11	55,0	4	20,0	9	45,0
Ciddi sorun var	6	30,0	9	45,0	2	10,0	2	10,0	2	10,0	2	10,0
Olağan işler												
Sorun yok	7	35,0	7	35,0	9	45,0	3	15,0	14	70,0	9	45,0
Bazı sorunlar var	7	35,0	4	20,0	9	45,0	11	55,0	5	25,0	10	50,0
Ciddi sorun var	6	30,0	9	45,0	2	10,0	6	30,0	1	5,0	1	5,0
Ağrı/ rahatsızlık												
Sorun yok	9	45,0	10	50,0	10	50,0	6	30,0	11	55,0	7	35,0
Bazı sorunlar var	8	40,0	5	25,0	10	50,0	13	65,0	8	40,0	12	60,0
Ciddi sorun var	3	15,0	5	25,0	-	-	1	5,0	1	5,0	1	5,0
Endişe/moral bozukluğu												
Sorun yok	8	40	8	40,0	6	30,0	4	20,0	9	45,0	3	15,0
Bazı sorunlar var	9	45	8	40,0	11	55,0	12	60,0	9	45,0	11	55,0
Ciddi sorun var	3	15	4	20,0	3	15,0	4	20,0	2	10,0	6	30,0

Tablo 4-5: Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D) Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Girişim			Kontrol			
	Ort±SS	**Medyan**	**Sayı ortalaması**	**Ort±SS**	**Medyan**	**Sayı ortalaması**	**U, p**
EQ-5D$_{index}$							
Kabulde	1,85±0,53	1,90	2,48	1,99±0,60	2,10	2,15	U= 170,50; p=,423
3 ay sonra	1,66±0,48	1,60	2,05	1,91±0,42	1,80	2,28	U=131,50; p=,060
6 ay sonra	1,46±0,50	1,20	1,48	1,77±0,44	1,70	1,58	**U=113,50; p=,018**
χ^2, p	**χ^2= 12,794; p=,002**			**χ^2=6,758 ; p=,034**			**U, p**
EQ-5D$_{Skor}$							
Kabulde	0,36±0,44	0,33	1,55	0,29±0,49	0,20	1,88	U=179,00; p=,570
3 ay sonra	0,59±0,36	0,68	2,05	0,41±0,35	0,60	1,90	U=135,00; p=,078
6 ay sonra	0,66±0,39	0,80	2,40	0,44±0,37	0,52	2,23	**U=113,00; p=,018**
χ^2, p	**χ^2=8,343; p=,015**			χ^2=1,671; p=,434			
EQ$_{VAS}$							
Kabulde	52,75±19,41	50,00	1,80	50,50±19,55	49,50	2,25	U=184,00; p=,662
3 ay sonra	53,65±17,61	50,00	1,93	47,20±17,22	44,00	1,85	U=145,50; p=0,136
6 ay sonra	55,90±16,84	51,50	2,28	48,25±19,01	50,00	1,90	U=150,00; p=0,169
χ^2, p	χ^2=2,771; p=,250			χ^2=2,171; p=,338			

*****p<0.05
χ^2=Friedman
U= Mann-Whitney U testi

4.2.2. Hasta Yakını Eğitim Programının Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Tablo 4-6' ya göre hastaneye kabulde; girişim grubu hasta yakınlarının %30'unda (n=6) yürürken bazı güçlüklerinin olduğu, tamamının (n=20) kendi gereksinimlerini karşılayabilme ile ilgili sorunlarının olmadığı ve olağan işlerinde güçlük yaşamadığı, %30'unun (n=6) orta şiddette ağrı/ rahatsızlık deneyimlediği, %50'sinin (n=10) orta derecede endişe/ moral bozukluğunun olduğu saptandı. Hastaneden çıktıktan 6 ay sonra ise %30'unda (n=6) yürürken bazı güçlüklerinin olduğu, %10'unda (n=2) kendi gereksinimlerini karşılayabilme ile ilgili bazı sorunlarının olduğu fakat tamamının (n=20) olağan işlerinde güçlük yaşamadığı, %10'nun (n=2) orta şiddette ağrı/ rahatsızlık deneyimlediği, %45'inin (n=9) orta derecede endişe/ moral bozukluğunun olduğu belirlendi.

Kontrol grubu hasta yakınlarının ise hastaneye kabulde; hasta yakınlarının %15'inde (n=3) yürürken bazı güçlüklerinin olduğu, tamamının (n=20) kendi kendine bakabilme ile ilgili sorunlarının olmadığı ve %90'ının (n=18) olağan işlerinde güçlük yaşamadığı, %35'inin (n=7) orta şiddette ağrı/ rahatsızlık deneyimlediği, %40'ının (n=8) orta derecede endişe/ moral bozukluğunun olduğu belirlendi. Hastaneden çıktıktan 6 ay sonra ise %10'unda (n=2) yürürken bazı güçlüklerinin olduğu, tamamının (n=20) kendi gereksinimlerini karşılayabilme ile ilgili sorunlarının olmadığı, %85'inin (n=17) olağan işlerinde güçlük yaşamadığı, %15'inin (n=3) orta şiddette ağrı/ rahatsızlık deneyimlediği, %45'inin (n=9) orta derecede endişe/ moral bozukluğunun olduğu saptandı.

Hasta yakını girişim ve kontrol grupları arasında hastaneye kabulde ve hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra **EQ-5D**$_{İndeks}$ ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Ancak girişim ve kontrol grubunun kendi içindeki EQ-5D$_{İndeks}$ ortalamalarının zaman içinde düştüğü ve düşmenin girişim grubunda istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı **($p<0,05$).**

Girişim ve kontrol grupları arasında hastaneye kabulde, hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra **EQ-5D**$_{Skor}$ ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Girişim grubunun kendi içinde EQ-5D$_{Skor}$ ortalamalarının ise zaman içindeki değişimi hastaneye kabul ile karşılaştırıldığında, hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra ortalamadaki artışın

istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (**$p<0,05$**). Kontrol grubunun $EQ\text{-}5D_{Skor}$ ortalamasının ise zaman içinde artışının anlamlı olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Hasta yakını girişim ve kontrol grubu arasında ve grupların kendi içinde zaman süresince $\mathbf{EQ_{VAS}}$ skorlarında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$) **(Tablo 4-7).**

Tablo 4-6: Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D) Boyutlarındaki Sorunların Düzeylerine İlişkin Dağılımı

	Kabulde				3ay sonra				6ay sonra			
	Girişim		Kontrol		Girişim		Kontrol		Girişim		Kontrol	
	N	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Hareket edebilme												
Sorun yok	14	70,0	17	85,0	15	75,0	18	90,0	14	70,0	18	90,0
Bazı sorunlar var	6	30,0	3	15,0	5	25,0	2	10,0	6	30,0	2	10,0
Kendi kendine bakabilme												
Sorun yok	20	100,0	20	100,0	20	100,0	20	100,0	18	90,0	20	100,0
Bazı sorunlar var									2	10,0		
Olağan işler												
Sorun yok	20	100,0	18	90,0	20	100,0	17	85,0	20	100,0	17	85,0
Bazı sorunlar var			2	10,0			3	15,0			3	15,0
Ağrı/ rahatsızlık												
Sorun yok	12	60,0	13	65,0	17	85,0	12	60,0	17	85,0	17	85,0
Bazı sorunlar var	6	30,0	7	35,0	3	15,0	8	40,0	2	10,0	3	15,0
Ciddi sorun var	2	10,0							1	5,0		
Endişe/moral bozukluğu												
Sorun yok	5	25,0	10	50,0	7	35,0	10	50,0	10	50,0	10	50,0
Bazı sorunlar var	10	50,0	8	40,0	11	55,0	9	45,0	9	45,0	9	45,0
Ciddi sorun var	5	25,0	2	10,0	2	10,0	1	5,0	1	5,0	1	5,0

Tablo 4-7: Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D) Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Girişim			Kontrol			
	Ort±SS	**Medyan**	**Sayı ortalaması**	**Ort±SS**	**Medyan**	**Sayı ortalaması**	**U, p**
EQ-5D$_{İndex}$							
Kabulde	1,36±0,25	1,40	2,48	1,24±0,26	1,20	2,08	U= 139,00; p=,087
3 ay sonra	1,22±0,14	1,20	1,80	1,24±0,18	1,20	2,15	U= 193,00; p=,832
6 ay sonra	1,22±0,26	1,20	1,73	1,19±0,19	1,20	1,78	U=196,00; p=,909
χ^2, p	**χ^2=12,408; p=,002**			χ^2=3,000; p=,223			
EQ-5D$_{Skor}$							
Kabulde	0,65±0,32	0,75	1,38	0,81±0,22	0,85	1,90	U=130,00; p=,054
3 ay sonra	0,81±0,18	0,85	2,17	0,84±0,15	0,85	1,90	U=198,50; p=,966
6 ay sonra	0,83±0,22	0,85	2,45	0,86±0,14	0,85	2,20	U=199,50; p=,989
χ^2, p	**χ^2=16,915; p=,000**			χ^2=1,882; p=,390			
EQ$_{VAS}$							
Kabulde	68,60±20,94	79,00	1,80	68,85±22,31	67,50	2,33	U=198,50; p=,967
3 ay sonra	70,65±15,91	72,50	1,93	66,30±21,45	68,00	1,83	U=173,00; p=,461
6 ay sonra	72,10±14,03	75,00	2,28	67,30±20,55	70,00	1,85	U=166,00; p=,355
χ^2, p	χ^2=2,939; p=,230			χ^2=3,969; p=,137			

*p<0.05
χ^2=Friedman
U= Mann-Whitney U testi

4.3. HASTA YAKINI EĞİTİM PROGRAMININ HASTA VE HASTA YAKINLARININ ANKSİYETE DÜZEYİ ÜZERİNE ETKİSİ

4.3.1. Hasta Yakını Eğitim Programının Hastaların Anksiyete Düzeyi Üzerine Etkisi

Hastaneye kabulde hasta girişim ve kontrol grupları arasında SKE ve DKE ortalamaları açısından (p>0,05), hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra ise DKE ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05).

Kontrol grubunun DKE ortalamasının zaman içindeki değişimi hastaneye kabul ile karşılaştırıldığında, hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonraki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu (**p<0.05**). Girişim grubunun DKE ortalamasının ise zaman içinde değişmediği belirlendi (p>0.05) **(Tablo 4-8).**

Tablo 4-8: Hasta Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Girişim			**Kontrol**			
	Ort±SS	**Medyan**	**Sayı ortalaması**	**Ort±SS**	**Medyan**	**Sayı ortalaması**	**U,p**
SKE							
Kabulde	41,90±5,52	43,00	1,80	39,50±8,74	40,00	1,23	U=151,00;p=,183
DKE							
Kabulde	43,55±6,43	43,00	1,78	42,65±8,42	44,00	1,23	U=198,00;p=,957
3 ay sonra	44,75±7,06	44,00	2,38	45,50±8,77	46,00	2,00	U=175,50;p=,506
6 ay sonra	43,90±6,65	43,00	1,85	47,40±8,44	48,00	2,78	U=146,00;p=,141
χ^2, p	χ^2=4,385; p=,112			**χ^2=24,641; p=,000***			

*p<0.05
χ^2=Friedman
U= Mann-Whitney U testi

4.3.2. Hasta Yakını Eğitim Programının Hasta Yakınlarının Anksiyete Düzeyi Üzerine Etkisi

Hastaneye kabulde hasta yakını girişim ve kontrol grupları arasında SKE ve DKE ortalamaları açısından (p>0,05), hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra ise DKE ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). Girişim ve kontrol grubunun kendi içinde de zaman süresince DKE ortalamasının değişmediği saptandı (p>0.05) **(Tablo 4-9).**

Tablo 4-9: Hasta Yakınlarının Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Girişim			**Kontrol**			
	Ort±SS	**Medyan**	**Sayı ortalaması**	**Ort±SS**	**Medyan**	**Sayı ortalaması**	**U, p**
SKE							
Kabulde	40,85±8,83	41,50	1,95	45,40±8,38	45,00	1,83	U=139,50;p=,101
DKE							
Kabulde	41,75±10,26	43,50	2,05	42,50±10,41	44,00	1,70	U=187,00;p=,725
3 ay sonra	41,85±8,57	44,00	2,30	44,10±9,73	46,50	2,38	U=161,00;p=,290
6 ay sonra	40,30±8,17	41,00	1,65	43,10±10,30	44,50	1,93	U=150,00;p=,175
χ^2, p	χ^2=4,300; p=,116			χ^2=4,846; p=,089			

χ^2=Friedman
U= Mann-Whitney U testi

4.4. HASTA YAKINI EĞİTİM PROGRAMININ HASTA VE HASTA YAKINLARININ DEPRESİF BELİRTİ DÜZEYİ ÜZERİNE ETKİSİ

4.4.1. Hasta Yakını Eğitim Programının Hastaların Depresif Belirti Düzeyi Üzerine Etkisi

Hastaneye kabulde**,** hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra BDE ortalamaları açısından girişim ve kontrol grubu arasında anlamlı fark saptanmadı (p>0,05).

Kontrol grubunun BDE ortalamasının zaman içindeki değişimi hastaneye kabul ile karşılaştırıldığında hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonraki artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p<0.05). Girişim grubunun BDE ortalamasının ise zaman içinde değişmediği görüldü (p>0.05) **(Tablo 4-10).**

Tablo 4-10: Hasta Depresif Belirti Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

	Girişim			**Kontrol**			
	Ort±SS	**Medyan**	**Sayı ortalaması**	**Ort±SS**	**Medyan**	**Sayı ortalaması**	**U, p**
Kabulde	11,40±3,53	12,00	1,68	10,45±4,35	10,50	1,13	U=181,00; p=,606
3 ay sonra	12,80±4,46	12,50	2,20	13,10±4,90	13,50	2,08	U=191,00;p=,807
6 ay sonra	12,95±4,77	12,00	2,13	14,70±4,96	15,50	2,80	U=153,50;p=,207
χ^2, p	χ^2=3,395; p=,183			**χ^2=28,582; p=,000***			

*p<0.05
χ^2=Friedman
U= Mann-Whitney U testi

4.4.2. Hasta Yakını Eğitim Programının Hasta Yakınlarının Depresif Belirti Düzeyi Üzerine Etkisi

Girişim ve kontrol grupları arasında, hastaneye kabulde, hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra BDE ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). Girişim ve kontrol grubunun kendi içinde de zaman süresince BDE ortalamasının değişmediği saptandı (p>0.05) **(Tablo 4-11).**

Tablo 4-11: Hasta Yakını Depresif Belirti Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

	Girişim			**Kontrol**			
	Ort±SS	**Medyan**	**Sayı ortalaması**	**Ort±SS**	**Medyan**	**Sayı ortalaması**	**U, p**
Kabulde	9,20±4,03	9,00	2,05	10,20±5,67	9,00	1,68	U=188,00;p=,744
3 ay sonra	9,75±4,52	9,00	2,23	11,70±6,18	11,00	2,23	U=167,00;p=,370
6 ay sonra	9,05±4,94	8,00	1,73	11,50±7,08	9,50	2,10	U=157,00;p=,243
χ^2, p	χ^2=2,822; p=,244			χ^2=3,800 p=,150			

*p<0.05
χ^2=Friedman
U= Mann-Whitney U testi

4.5. FONKSİYONEL DEĞERLENDİRME ÖZELLİKLERİ, YAŞAM KALİTESİ, ANKSİYETE VE DEPRESİF BELİRTİ ÖLÇEKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

4.5.1. Hastaların Fonksiyonel Değerlendirme Özellikleri (mRS ve BI) Arasındaki İlişki

Hastaların hastaneye kabulde**,** hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra mRS ile BI skorları arasında güçlü ilişki olduğu saptandı **(p<0,01)**. mRS skoru arttıkça, BI alınan puanın azalmakta olduğu belirlendi. Bağımlılık azaldıkça fonksiyonel düzey artmaktadır **(Tablo 4-12).**

Tablo 4-12: Hastaların Fonksiyonel Değerlendirme Özellikleri Arasındaki İlişki

	Kabulde BI	**3 ay sonra BI**	**6 ay sonra BI**
Kabulde mRS	r=-,835[a] p=,000	r=-,800[a] p=,000	r=-,724[a] p=,000
3 ay sonra mRS	r=-,690[a] p=,000	r=-,702[a] p=,000	r=-,686[a] p=,000
6 ay sonra mRS	r=-,703[a] p=,000	r=-,694[a] p=,000	r=-,680[a] p=,000

a= p<0,01

Spearman Korelasyon Analizi

4.5.2. Hastaların Fonksiyonel Değerlendirme Özellikleri (mRS ve BI) ile Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D), Durumluk Kaygı Envanteri (DKE), Sürekli Kaygı Envanteri (SKE), Beck Depresyon Envanteri (BDE) Arasındaki İlişki

Hastaların fonksiyonel değerlendirme özellikleri (mRS ve BI) ile EQ-5D, DKE, SKE ve BDE arasındaki ilişki **Tablo 4-13**'de gösterildi.

Rankin Skalası ve Barthel İndeksi ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişki

Hastanın hastaneye kabulde**,** hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra mRS skoru ile $EQ\text{-}5D_{Skoru}$ arasında orta düzeyde negatif ilişki saptandı **(p< 0,01)**. Benzer şekilde

BI skoru ile EQ-5D$_{Skoru}$ arasında da orta düzeyde pozitif yönde ilişki saptandı **(p<0,01).**

Hastaların hastaneye kabulde**,** hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra mRS skoru ile EQ$_{VAS}$ arasında negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı **(p<0,05)**. Hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra BI puanı ile EQ$_{VAS}$ arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki belirlendi **(p<0,01)**.

Rankin Skalası ve Barthel İndeksi ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Arasındaki İlişki

Hastaların zaman süresince mRS skoru ile DKE puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; hastaneden çıktıktan 6 ay sonra mRS skoru arttıkça DKE puanında artış olduğu, ilişkinin kuvvetinin zayıf düzeyde olduğu görüldü **(p<0,05)**.

Hastaneye kabulde SKE ile hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonraki BI puanları arasında ilişki görülmezken, hastaneden çıktıktan 6 ay sonra BI puanları ile DKE puanları arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki saptandı **(p<0,05)**.

Rankin Skalası ve Barthel İndeksi ile Beck Depresyon Envanteri Arasındaki İlişki

Hastaların mRS skoru ile BDE puanları arasında anlamlı bir ilişki görülmezken (p>0,05), zaman süresince BI skoru ile BDE puanı arasında negatif yönde zayıf bir ilişki belirlendi **(p<0,05).**

Tablo 4-13: Hastaların Fonksiyonel Değerlendirme Özellikleri ile EQ-5D,SKE, DKE ve BDE Arasındaki İlişki

	Kabulde $EQ\text{-}5D_{Skor}$	3 ay sonra $EQ\text{-}5D_{Skor}$	6 ay sonra $EQ\text{-}5D_{Skor}$	Kabulde EQ_{VAS}	3 ay sonra EQ_{VAS}	6 ay sonra EQ_{VAS}	SKE	Kabulde DKE	3 ay sonra DKE	6 ay sonra DKE	Kabulde BDE	3 ay sonra BDE	6 ay sonra BDE
Kabulde mRS	r=-,658[a] p=,000	r=-,677[a] p=,000	r=-,626[a] p=,000	r=-,355[b] p=,025	r=-,472[a] p=,002	r=-,424[a] p=,006	r=-,063 p=,699	r=,299 p=,061	r=,308 p=,053	r=,402[b] p=,010	r=,262 p=,102	r=,249 p=,121	r=,353[b] p=,026
3 ay sonra mRS	r=-,546[a] p=,000	r=-,609[a] p=,000	r=-,576[a] p=,000	r=-,312[b] p=,050	r=-,422[a] p=,007	r=-,387[b] p=,014	r=-,069 p=,671	r=,241 p=,135	r=,245 p=,128	r=,357[b] p=,024	r=,156 p=,336	r=,110 p=,501	r=,266 p=,097
6 ay sonra mRS	r=-,556[a] p=,000	r=-,571[a] p=,000	r=-,549[a] p=,000	r=-,294 p=0,06	r=-,401[b] p=,010	r=-,357[b] p=,024	r=-,146 p=,369	r=,246 p=,126	r=,252 p=,117	r=,363[b] p=,021	r=,073 p=,654	r=,029 p=,860	r=,230 p=,153
Kabulde BI	r=,628[a] p=,000	r=,640[a] p=,000	r=,553[a] P=,000	r=,417[a] p=,007	r=,504[a] P=,001	r=,479[a] P=,002	r=,042 p=,796	r=-,265 p=,098	r=-,332[b] p=,036	r=-,422[a] p=,007	r=-,376[b] p=,017	r=-,316[b] p=,047	r=-,338[b] p=,033
3 ay sonra BI	r=,540[a] P=,000	r=,675[a] p=,000	r=,594[a] p=,000	r=,378[b] p=,016	r=,526[a] P=,000	r=,563[a] p=,000	r=,088 P=,590	r=-,292 p=,068	r=-,358[b] p=,023	r=-,489[a] P=,001	r=-,367[b] p=,020	r=-,286 p=,074	r=-,363[b] p=,021
6 ay sonra BI	r=,459[a] P=,003	r=,647[a] p=,000	r=,559[a] p=,000	r=,348[b] p=,028	r=,490[a] P=,001	r=,553[a] p=,000	r=,124 p=,445	r=-,341[b] p=,032	r=-,406[a] p=,009	r=-,556[a] P=,000	r=-,275 p=,086	r=-,240 p=,136	r=-,356[b] p=,0,24

Spearman Korelasyon Analizi

a=p< 0,01; b=p<0,05

4.5.3. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D), Durumluk Kaygı Envanteri (DKE), Sürekli Kaygı Envanteri (SKE), Beck Depresyon Envanteri (BDE) Arasındaki İlişki

Hastaların EQ-5D, DKE, SKE ve BDE arasındaki ilişki **Tablo 4-14** ve **Tablo 4-15'**de gösterildi.

Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Arasındaki İlişki

Bu çalışmadaki hastaların izlem süresince $EQ\text{-}5D_{Skoru}$ ve EQ_{VAS} puanı ile hasta kabulünde SKE puanı arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Zaman süresi içinde sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ölçeğinden alınan skor ile SKE hasta kabulünde puanı arasında ilişki olmadığı görüldü. Hasta kabulünde $EQ\text{-}5D_{Skoru}$ ile hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonraki DKE puanları arasında ise negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki saptandı **($p<0,05$)**.

Hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonraki EQ_{VAS} puanı ile DKE puanları arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki saptandı **($p<0,01$)**.

Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Beck Depresyon Envanteri Arasındaki İlişki

Hasta kabulünde, hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra $EQ\text{-}5D_{Skoru}$ ve EQ_{VAS} puanı ile BDE puanları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptandı **($p<0,01$)**. Depresif belirti düzeyi azaldıkça sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ölçeği ve hastanın algıladığı sağlık durumu puanlarının arttığı belirlendi.

Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ile Beck Depresyon Envanteri Arasındaki İlişki

Çalışma kapsamındaki hastaların hasta kabulünde SKE puanları ile hasta kabulünde ve hastaneden çıktıktan 3 ay sonraki BDE puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptandı **($p<0,05$)**.

Hasta kabulünde, hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra DKE ile BDE puanları arasında pozitif yönde güçlü düzeyde bir ilişki olduğu belirlendi **($p<0,01$).** Durumluluk kaygı düzeyi azaldıkça, depresif belirti düzeyinin de azaldığı görüldü.

Tablo 4-14: Hastaların EQ-5D, SKE, DKE ve BDE Arasındaki İlişki

	SKE	Kabulde DKE	3 ay sonra DKE	6 ay sonra DKE	Kabulde BDE	3 ay sonra BDE	6 ay sonra BDE
Kabulde EQ-5D$_{Skor}$	r=-,173 p=,286	r=-,248 p=,123	r=-,347[b] p=,028	r=-,376[b] p=,017	r=-,461[a] p=,003	r=-,498[a] p=,001	r=-,490[a] p=,001
3 ay sonra EQ-5D$_{Skor}$	r=,063 p=,701	r=-,107 p=,511	r=-,251 p=,118	r=-,398[b] p=,011	r=-,190 p=,239	r=-,382[b] p=,015	r=-,547[a] p=,000
6 ay sonra EQ-5D$_{Skor}$	r=,043 p=,792	r=-,056 p=,730	r=-,172 p=,290	r=-,291 p=,069	r=-,121 p=,456	r=-,229 p=,156	r=-,423[a] p=,007
Kabulde EQ$_{VAS}$	r=-,150 p=,355	r=-,221 p=,171	r=-,370[b] p=,019	r=-,374[b] p=,018	r=-,429[a] p=,006	r=-,550[a] p=,000	r=-,343[b] p=,030
3 ay sonra EQ$_{VAS}$	r=-,076 p=,642	r=-,218 p=,177	r=-,392[b] p=,012	r=-,471[a] p=,002	r=-,258 p=,108	r=-,503[a] p=,001	r=-,488[a] p=,000
6 ay sonra EQ$_{VAS}$	r=-,031 p=,851	r=-,288 p=,071	r=-,501[a] p=,001	r=-,606[a] p=,000	r=-,282 p=,078	r=-,532[a] p=,000	r=-,606[a] p=,000
Kabulde SKE	r=1,00	r=,310 p=,051	r=,287 p=,073	r=,221 p=,170	r=,384[b] p=,014	r=,389[b] p=,013	r=,294 p=,065
Kabulde DKE	r=,310 p=,051	r=1,00	r=,901[a] p=,000	r=,842[a] p=,000	r=,455[a] p=,003	r=,502[a] p=,001	r=,542[a] p=,000
3 ay sonra DKE	r=,287 p=,073	r=,901[a] p=,000	r=1,00	r=,936[a] p=,000	r=,523[a] p=,001	r=,657[a] p=,000	r=,704[a] p=,000
6 ay sonra DKE	r=,221 p=,170	r=,842[a] p=,000	r=,936[a] p=,000	r=1,00	r=,437[a] p=,005	r=,574[a] p=,000	r=,721[a] p=,000
Kabulde BDE	r=,384[b] p=,014	r=,455[a] p=,003	r=,523[a] p=,001	r=,437[a] p=,005	r=1,00	r=,826[a] p=,000	r=,631[a] p=,000
3 ay sonra BDE	r=,389[b] p=,013	r=,502[a] p=,001	r=,657[a] p=,000	r=,574[a] p=,000	r=,826[a] p=,000	r=1,00	r=,825[a] p=,000
6 ay sonra BDE	r=,294 p=0,65	r=,542[a] p=,000	r=,704[a] p=,000	r=,721[a] p=,000	r=,631[a] p=,000	r=,825[a] p=,000	r=1,00

Spearman Korelasyon Analizi
a=p< 0,01; b=p<0,05

Tablo 4-15: Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişki

	Kabulde EQ-5D$_{Skor}$	**3 ay sonra EQ-5D$_{Skor}$**	**6 ay sonra EQ-5D$_{Skor}$**	**Kabulde EQ$_{VAS}$**	**3 ay sonra EQ$_{VAS}$**	**6 ay sonra EQ$_{VAS}$**
Kabulde EQ-5D$_{Skor}$	1,000	r=,686[a] p=,000	r=,468[a] p=,002	r=,638[a] p=,000	r=,563[a] p=,000	r=,421[a] p=,007
3 ay sonra EQ-5D$_{Skor}$	r=,686[a] p=,000	1,00	r=,832[a] p=,000	r=,435[a] p=,005	r=,540[a] p=,000	r=,626[a] p=,000
6 ay sonra EQ-5D$_{Skor}$	r=,468[a] p=,002	r=,832[a] p=,000	1,000	r =,273 p=,088	r=,351[b] p=,026	r=,545[a] p=,000

Spearman Korelasyon Analizi
a= p<0,01
b=p<0,05

Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişki

Hastalarda EQ-5D$_{Skor}$ ile EQ$_{VAS}$ puanları arasındaki ilişkinin; hastaneye kabulde, hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra pozitif yönde orta düzeyde anlamlı olduğu saptandı (**p<0,05**). Hastaların EQ-5D$_{Skorları}$ arasında pozitif yönde kuvvetli/ güçlü anlamlı bir ilişki olduğu görüldü (**p<0,01**).

Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Arasındaki İlişki

Bu araştırmada hastaların hasta kabulünde, hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonraki DKE puanlar arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu saptanırken **(p<0,01)**, hasta kabulündeki SKE puanları ile DKE puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü (p>0,05).

Beck Depresyon Envanteri Arasındaki İlişki

Hastaların hastaneye kabul, hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonraki dönemleri kapsayan kendi içindeki zaman süresince, BDE puanları karşılaştırıldığında ilişkinin kuvvetinin yüksek/ güçlü olduğu belirlendi **($p<0,01$)**.

4.5.4. Hasta Yakınlarının Fonksiyonel Değerlendirme Özellikleri (mRS) ile Yaşam Kalitesi (EQ-5D), Durumluk Kaygı Envanteri (DKE), Sürekli Kaygı Envanteri (SKE), Beck Depresyon Envanteri (BDE) Arasındaki İlişki

Hasta yakınlarının fonksiyonel değerlendirme özellikleri (mRS) ile EQ-5D, SKE, DKE ve BDE puanları arasındaki ilişki **Tablo 4-16**'da gösterildi.

Hasta yakınlarının hastaneye kabulde, hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonraki mRS skoru ile $EQ\text{-}5D_{Skor,}$ $EQ_{VAS,}$ DKE, SKE, BDE puanları arasında bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 4-16: Hasta Yakınlarının Fonksiyonel Değerlendirme Özellikleri ile EQ-5D, SKE, DKE ve BDE Arasındaki İlişki

	Kabulde $EQ\text{-}5D_{Skor}$	3 ay sonra $EQ\text{-}5D_{Skor}$	6 ay sonra $EQ\text{-}5D_{Skor}$	Kabulde EQ_{VAS}	3 ay sonra EQ_{VAS}	6 ay sonra EQ_{VAS}	Kabulde SKE	Kabule DKE	3 ay sonra DKE	6 ay sonra DKE	Kabulde BDE	3 ay sonra BDE	6 ay sonra BDE
Kabulde mRS	r=-,242 p=,132	r=-,169 p=,297	r=-,252 p=,117	r=-,034 p=,836	r=-,057 p=,728	r=-,148 p=,363	r=-,117 p=,471	r=,114 p=,485	r=-,023 p=,889	r=,135 p=,406	r=-,028 p=,863	r=-,101 p=,534	r=-,104 p=,524
3ay sonra mRS	r=-,242 p=,132	r=-,169 p=,297	r=-,252 p=,117	r=-,034 p=,836	r=-,057 p=,728	r=-,148 p=,363	r=-,117 p=,471	r=,114 p=,485	r=-,023 p=,889	r=,135 p=,406	r=-,028 p=,863	r=-,101 p=,534	r=-,104 p=,524
6ay sonra mRS	r=,-296 p=,064	r=-,209 p=,196	r=-,303 p=,057	r=-,035 p=,829	r=-,012 p=,939	r=-,107 p=,511	r=,-123 p=,450	r=,067 p=,679	r=-,047 p=,775	r=,136 p=,403	r=-,032 p=,844	r=-,063 p=,700	r=-,053 p=,744

4.5.5. Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitesi (EQ-5D), Durumluk Kaygı Envanteri (DKE), Sürekli Kaygı Envanteri (SKE), Beck Depresyon Envanteri (BDE) Arasındaki İlişki

Hasta yakınlarının EQ-5D, DKE, SKE ve BDE arasındaki ilişki **Tablo 4-17 ve 4-18**'de gösterildi.

Yaşam Kalitesi ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Arasındaki İlişki

Hasta yakınlarının EQ-5D$_{Skoru}$ ile hastaneye kabulde SKE puanı, hastaneye kabulde**,** hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonraki DKE puanı arasında negatif yönde değişim olduğu fakat değişimin istatiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermediği saptandı ($p>0,05$). Hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonraki EQ$_{VAS}$ puanı ile hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonraki DKE puanları arasında negatif yönde zayıf ilişki olduğu görüldü **($p<0,05$)**. DKE puanın yüksek olması ile hastaların EQ-5D$_{Skoru}$ ve EQ$_{VAS}$ puanın düştüğü fakat bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi.

Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Beck Depresyon Envanteri Arasındaki İlişki

Hastaneye kabulde, hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra hasta yakınlarının EQ-5D$_{Skoru}$ ve EQ$_{VAS}$ puanı ile hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonraki BDE puanları arasında negatif yönde zayıf ilişki saptandı **($p<0,05$)**.

Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ile Beck Depresyon Envanteri Arasındaki İlişki

Hasta yakınlarının hasta kabulde SKE'den aldıkları puan ve hastaneye kabulde ve hastaneden çıktıktan 3 ay sonraki DKE ile BDE puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptandı **($p<0,05$).**

Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişki

Hasta yakınlarıda EQ-5D$_{Skor}$ ile EQ$_{VAS}$ puanları arasındaki ilişkinin; hastaneye kabulde, hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra pozitif yönde zayıf olduğu saptandı (**$p>0,05$**). Hasta yakınlarında EQ-5D$_{Skorları}$ arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görüldü (**$p<0,01$**).

Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Arasındaki İlişki

Hasta yakınlarının hastaneye kabulde**,** hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra DKE puanlarının kendi aralarında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu görüldü **(p<0,01)**.

Aynı zamanda hastaneye kabulde SKE puanı ile hastaneye kabulde**,** hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonraki DKE puanları arasında da zayıf pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu görüldü **(p<0,05).**

Beck Depresyon Envanteri Arasındaki İlişki

Hastaneye kabulde**,** hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra hasta yakınlarının BDE puanları kendi içinde karşılaştırıldığında, pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu görüldü **(p<0,01)**.

Tablo 4-17: Hasta Yakınlarının EQ-5D, SKE, DKE ve BDE Arasındaki İlişki

	Kabulde SKE	Kabulde DKE	3 ay sonra DKE	6 ay sonra DKE	Kabulde BDE	3 ay sonra BDE	6 ay sonra BDE
Kabulde EQ-5D$_{Skor}$	r=-,061 p=,707	r=-,040 p=,808	r=,026 p=,875	r=-,001 p=,996	r=-,435[a] p=,005	r=-,333[b] p=,036	r=-,291 p=,068
3 ay sonra EQ-5D$_{Skor}$	r=,007 p=,967	r=-,140 p=,389	r=-,147 p=,366	r=-,145 p=,372	r=-,598[a] p=,000	r=-,532[a] p=,000	r=-,491[a] p=,001
6 ay sonra EQ-5D$_{Skor}$	r=-,074 p=,649	r=-,235 p=,145	r=-,264 p=,100	r=-,251 p=,119	r=-,336[b] p=,034	r=-,379[b] p=,016	r=-,391[b] p=,013
Kabulde EQ$_{VAS}$	r=-,039 p=,810	r=-,247 p=,125	r=-,234 p=,145	r=-,178 p=,273	r=-,401[b] p=,010	r=-,201 p=,215	r=-,093 p=,570
3 ay sonra EQ$_{VAS}$	r=-,180 p=,266	r=-,404[a] p=,010	r=-,430[a] p=,006	r=-,384[b] p=,015	r=-,529[a] p=,000	r=-,382[b] p=,015	r=-,243 p=,130
6 ay sonra EQ$_{VAS}$	r=-,155 p=,340	r=-,299 p=,061	r=-,302 p=,058	r=-,318[b] p=,046	r=-,436[a] p=,005	r=-,342[b] p=,031	r=-,239 p=,138
Kabulde SKE	r=1,000	r=,,427[a] p=,006	r=,482[a] p=,002	r=,496[a] p=,001	r=,319[b] p=,045	r=,360[b] p=,022	r=,297 p=,063
Kabulde DKE	r=,427[a] p=,006	r=1,000	r=,927[a] p=,000	r=,899[a] p=,000	r=,326[b] p=,040	r=,218 p=,177	r=,215 p=,183
3 ay sonra DKE	r=,482[a] p=,002	r=,927[a] p=,000	r=1,000	r=,939[a] p=,000	r=,383[b] p=,015	r=,361[b] p=,022	r=,348[b] p=,028
6 ay sonra DKE	r=,496[a] p=,001	r=,899[a] p=,000	r=,939[a] p=,000	r=1,000	r=,371[b] p=,018	r=,383[b] p=,015	r=,426[a] p=,006
Kabulde BDE	r=,319[b] p=,045	r=,326[b] p=,040	r=,383[b] p=,015	r=,371[b] p=,018	r=1,000	r=,842[a] p=,000	r=,713[a] p=,000
3 ay sonra BDE	r=,360[b] p=,022	r=,218 p=,177	r=,361[b] p=,022	r=,383[b] p=,015	r=,842[a] p=,000	r=1,000	r=,894[a] p=,000
6 ay sonra BDE	r=,297 p=,063	r=,215 p=,183	r=,348[b] p=,028	r=,426[a] p=,006	r=,713[a] p=,000	r=,894a p=,000	r=1,000

Spearman Korelas yonu a=p< 0,01; b=p<0,05

Tablo 4-18: Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişki

	Kabulde EQ-5D$_{Skor}$	3 ay Sonra EQ-5D$_{Skor}$	6 ay sonra EQ-5D$_{Skor}$	Kabulde EQ$_{VAS}$	3 ay Sonra EQ$_{VAS}$	6 ay sonra EQ$_{VAS}$
Kabulde EQ-5D$_{Skor}$	1,000	r=,702[a] p=,000	r=,527[a] p=,000	r=,444[a] p=,004	r=,379[b] p=,016	r=,413 p=,008
3 ay sonra EQ-5D$_{Skor}$	r=,702[a] p=,000	1,00	r=,570[a] p=,000	r=,454[a] p=,003	r=,448[a] p=,004	r=,429[a] p=,006
6 ay sonra EQ-5D$_{Skor}$	r=,527[a] p=,000	r=,570[a] p=,000	1,000	r =,298 p=,062	r=,299 p=,061	r=,381[b] p=,015

Spearman Korelasyon Analizi
a=p<0,01
b=p<0,05

5. TARTIŞMA

İnme, hasta ve hasta yakının yaşamını etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Özellikle inme sonrası uzun vadede gelişen sorunların hastalarda fiziksel, psikolojik ve sosyal, ekonomik boyutlarda ciddi yetersizliklere yol açtığı ve yaşam kalitesinde önemli ölçüde azalmaya sebep olduğu bilinmektedir (Rundek ve Sacco 2004; Durmaz ve Atamaz 2006). Aynı zamanda hastanın fiziksel, emosyonel, bilişsel ve davranışsal düzeyde yaşadığı değişimlerden en fazla hasta yakını etkilenmektedir (Buzlu 2006). İnme sonrası hem hasta ve hem de hasta yakınlarında görülen anksiyete ve depresyon gibi emosyonel sorunlar yaşam kalitesini de etkilemektedir (Buzlu 2006; Visser-Meily ve ark. 2005; Cameron ve ark. 2006).

Hastalığın doğasını ve seyrini anlamak, hastalığın ortaya çıkardığı bireysel, ailesel ve toplumsal sonuçları öğrenmek, hasta yakınlarının hastalarına karşı olan tutum ve davranışlarında değişikliklere neden olmaktadır. Hasta/ hasta yakınlarına; doğru bilgi, istendik tutum ve davranışların kazandırılması, baş etme yollarının öğretilmesi, iletişim ve sorun çözme becerilerinin geliştirilmesi için kapsamlı bir eğitim programının planlanması ve uygulanması önemlidir (Harvey ve ark. 2006; Yıldız 2007). Yapılan bazı çalışmalarda eğitim/ danışmanlık programlarının; hasta/ hasta yakınlarının, anksiyete, depresif belirti düzeyini azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı belirtilmektedir (Mant ve ark. 2000; Kalra ve ark. 2004; Smith ve ark. 2004). Bu bağlamda kapsamlı bakımın verilmesinde sağlık ekibinin vazgeçilmez bir üyesi olan hemşirelerin, inmeli hasta/ hasta yakınlarının hastanede bulundukları ve hastaneden çıktıktıktan sonraki dönemde eğitim gereksinimlerinin farkında olması ve bu gereksinimleri karşılayacak stratejiler geliştirmesi önemlidir (van der Smagt- Duijnstee ve ark. 2001; Kaya 2004).

Bu doğrultuda bu çalışma; inmeli hasta yakınlarına verilen eğitimin, inmeli hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesi, anksiyete ve depresif belirtiler üzerine etkisini belirlemek amacıyla yarı deneysel olarak planlandı ve gerçekleştirildi. Çalışmadan elde edilen bulgular beş bölümde ve hipotezler doğrultusunda ele alınarak tartışıldı.

5.1. HASTA VE HASTA YAKINLARININ TANITICI ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Hasta ve hasta yakınlarının tanıtıcı özellikleri; sosyo-demografik özellikler, hastaların hastalık özellikleri ve fonksiyonel değerlendirme özelliklerinden oluşmaktadır.

Hasta ve Hasta Yakınlarının Sosyo-demografik Özellikleri

Sosyodemografik özellikler açısından hasta girişim ve kontrol gruplarının benzer olduğu görüldü (Tablo 4-1). Bu çalışmadaki hastaların sosyodemografik özellikleri ülkemizde inmeli hastalara yönelik yapılan çalışmalara benzer şekilde 55 yaş ve üstü, erkeklerden oluşmaktadır (Bayam ve ark. 2001; Dayapoğlu 2005; Soyuer 2006; Altındağ ve ark. 2008; Öz ve ark. 2008; Uslu ve ark. 2008). Literatürde, inme geçiren hastaların yaklaşık %70'inin 65 yaş üzerinde olduğu (Çoban 2004a) ve 30 yaşın üstünde inme insidansının erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğu (Tuncay 2004) bildirilmektedir. Bu çalışmanın bulguları, literatüre benzerlik göstermektedir.

Çalışma bulgularına paralel olarak diğer çalışmalarda da inmeli hasta yakınlarının genellikle hastaların eş veya yetişkin çocukları olduğu için hastalardan daha genç, kadın olduğu (Bayam ve ark. 2001; Pierce ve ark., 2004; Larson ve ark. 2005; Visser-Meily ve ark. 2005; McCullagh ve ark. 2005; Smith ve ark. 2009) ve inmeden sonra hasta ile birlikte yaşadığı (Pierce ve ark. 2004; Cameron ve ark. 2006; White ve ark. 2006; Smith ve ark. 2009) belirtilmektedir.

Hastaların Hastalık Özellikleri

Çalışma kapsamındaki hastaların hastaneye yatış sırasındaki Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Skalası (NIHSS) skoru ortalamasının 5,21±2,34 olduğu görüldü (Tablo 4-2). Bu bulgu Pickard ve ark. (2002), Coşkun ve ark. (2003) ve Ertel ve arkadaşlarının (2007) çalışma bulgularına parallellik göstermektedir.

Hastaların hastanede *yatış süresi* ortalamasının 13,07±8,01 gün olduğu bulgusu, diğer çalışma bulgularına parallellik göstermektedir (van der Smagt- Duijnstee ve ark. 2001; Boter ve ark. 2004; Ertel ve ark. 2007). Bununla birlikte hastanede yatış süresinin kısa olmasının; inmeli hasta/ hasta yakının evdeki bakımına yönelik eğitim alma fırsatını azalttığı (Pierce ve ark. 2004; Brereton ve ark. 2007) ve hasta yakının bakımverici rolüne hazırlanmadığı/ zorlandığı belirtilmektedir (Adams 2003).

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların %95'inde (n=38) inme türü iskemik;

%47,5'inde (n=19) inme yeri sağ hemisfer; %37,5'inin (n=15) klinik sendromunun LACI olduğu; %30'unun (n=12) etyolojisinde kardiyoembolik neden olduğu, çoğunlukla %63,8'inin kronik hastalık öyküsü bulunduğu belirlendi. Hastalık özelliklerine ilişkin bulguların literatür ve yapılan diğer çalışma sonuçlarına benzerlik gösterdiği (Coşkun ve ark. 2003; Boter ve ark. 2004; Soyuer ve ark. 2006; Ertel ve ark. 2007; Ostwald ve ark. 2008; Öz ve ark. 2008) belirlendi. İnmeli hastaların kronik hastalık öyküsü olup olmadığı incelendiğinde; çoğunlukla hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi öyküsü olduğu saptandı. Bu bulgu diğer çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir (Soyuer ve ark. 2006; Ertel ve ark. 2007; Ostwald ve ark. 2008).

Fonksiyonel Değerlendirme Özellikleri

*Hasta*ların çoğunluğunun bağımsız olarak günlük yaşam aktivitelerini yerine getirdiği (Tablo 4-3), Barthel İndeksi (BI) ortalamasının orta düzeyde olduğu ve hastaların yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yerine getirme durumunun hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra arttığını, girişim ve kontrol grupları arasında farklılık olmadığını ancak girişim grubunun kendi içinde daha iyi olduğunu gösteren çalışma bulgusu, diğer çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir (Clarck ve ark. 2003; Berg ve ark. 2005; McCullagh ve ark. 2005; Haacke ve ark. 2006; Karatepe ve ark. 2008). Oysaki Suenkeler ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada, inmeli hastaların BI' nin 3, 6 ve 12. aylarda anlamlı değişiklik göstermediği belirlenmiştir. Ayrıca hasta yakını eğitim/ danışmanlık programına katılan hasta yakınlarının hastanın bakımında daha etkin rol alması sonucu, hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyinin arttığını belirten çalışmalara rastlanmaktadır (Bretton ve ark. 2008).

Bu çalışmada *hasta yakını* örneklem grubunu, örnekleme alınma kriterleri doğrultusunda hastaya bakım verebilecek fiziksel yeterliliğe sahip olan (mRS skorunun 0-2 arasında) hasta yakınları oluşturdu. Bu nedenle hasta yakınlarının mRS skorlarında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Örneklemde dikkate alınan bu kriterin inmeli hasta yakınları ile yapılan diğer çalışma kriterlerine benzer olduğu görülmektedir (Kalra ve ark. 2004; Mccullagh ve ark. 2005).

5.2. HASTA YAKINI EĞİTİM PROGRAMININ YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN TARTIŞILMASI

H 1 ***Yakınları "Hasta Yakını Eğitim (HYE) Programı"na*** **katılan inmeli hastaların yaşam kalitesi, yakınları eğitim programına katılmayanlara göre yüksek olacaktır.**

Bu çalışmada hastaların inmeden sonra sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin sağlıklı bireylere göre azaldığı ve zaman içinde iyileşmeye yönelik artış gösterdiği görüldü (Tablo 4-4 ve Tablo 4-5). Benzer şekilde literatürde inmeden sonra hastanın yaşam kalitesinin normal bireylere göre azaldığı belirlenmiştir (Suenkeler ve ark. 2002; Rundek ve Sacco 2004; Xie ve ark. 2006). Pickard ve arkadaşlarının çalışmasında inmeli hastaların başlangıçta EQ-5D$_{Skor}$ ortalamalarının 0,31±0,38, inmeden 6 ay sonra ise 0,62±0,33 olduğu bulgusuna benzerlik göstermiştir.

Günümüzde sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlığın korunması, sürdürülmesi, geliştirilmesi ve rehabilitasyon uygulamaları ağırlık kazanmaya başlamıştır. Kronik hastalıklarda birey/ ailenin hastalıkla başedebilme gücünün ve bağımsızlığının arttırılması, yaşam kalitesinin geliştirilmesi sağlık hizmetlerinde giderek ilk sıralarda yer almış, hemşirelik bakımının da temel hedeflerinden biri olmuştur. Hemşirelik bakımı; bireyi merkez alan, hastanın karar verme ve bakım sorumluluğunu üstlenmesini gerektiren bakım anlayışını Hemşirelik Süreci kapsamında değerlendirerek fiziksel, sosyal, psikolojik iyilik gibi yaşam kalitesi boyutlarını olumlu yönde etkilemeyi hedeflemektedir. Bu hedeflere ulaşabilmesinde; hemşireler eğitim, danışmanlık, bakım-tedavi uygulayıcı gibi rollerini kullanmaktadırlar (Mollaoğlu 2007). Bu hedef/ amaç doğrultusunda planlanan bu çalışmada hasta girişim ve kontrol grupları arasında hastaneye kabulde ve hastaneden çıktıktan 3 ay sonra sağlığa ilişkin yaşam kalitelerinde (EQ-5D$_{İndeks}$ ve EQ-5D$_{Skor}$ ortalamalarında) anlamlı bir farklılığın olmadığı fakat hastaneden çıktıktıktan 6 ay sonra girişim grubu hastaların sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin (EQ-5D$_{İndeks}$ ve EQ-5D$_{Skor}$) kontrol grubu hastalarına göre istatistiksel olarak arttığı belirlendi.Girişim ve kontrol grubunun kendi içindeki EQ-5D$_{İndeks}$ ortalamalarının ise zaman süresince azaldığı ve azalmanın her iki grupta da anlamlı olduğu belirlendi. Bu bulguya paralel olarak girişim ve kontrol grubunun kendi içindeki EQ-5D$_{Skor}$ ortalamalarının zaman süresince artış gösterdiği saptandı. Ancak EQ-5D$_{Skor}$ ortalamalarındaki artışın yalnızca girişim grubunda anlamlı olduğu belirlendi. Bu farkın çalışmadaki iki farklı değerlendirme yöntemi olan EQ-5D$_{İndeks}$ ve EQ-5D$_{Skor}$ ortalama

hesabından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Nitekim EQ-5D$_{İndex}$ skoru hesabında İngiltere toplum standartlarının kullanılması nedeniyle indeksin Türkçe geçerliliğinin dikkatle yorumlanması gerektiği belirtilmektedir (Eser 2007; Aydemir ve ark. 2007).

Çalışmada hastaların sağlık durumlarına ilişkin verdikleri EQ$_{VAS}$ puanın (algılanan sağlık durumunun) hem girişim ve kontrol grupları arasında hemde izlem süresince grupların kendi içinde değişmediği görüldü.

Nitekim hasta/ hasta yakını eğitim/ danışmanlık programlarının etkisinin incelendiği pek çok çalışmada da, hastaların inmeye özgü aldıkları bilgiden memnun kaldıkları fakat hastanın algıladığı sağlık durumunun kontrol grubuna benzer olduğu, eğitim/ danışmanlık programının etkisinin olmadığı görülmüştür (Rodgers ve ark. 1999; Clarck ve ark. 2003; Smith ve ark. 2004; Burton ve Gibbon 2005; Larson ve ark. 2005; Louie ve ark. 2006; Hoffman ve ark. 2007). Öte yandan Kalra ve ark. (2004) ve McCullagh ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmalarda, yakınları hasta yakını/ bakımverici eğitimi alan hastaların EQ$_{VAS}$ puanlarının hem 3 ay hemde 1 yıl sonra anlamlı artış gösterdiği saptanmıştır. Yaşam kalitesinde artışın görüldüğü bu çalışmalardaki sonuçların, örneklem seçim kriterleri doğrultusunda ciddi yetersizlik ve bilişsel sorunu olmayan hastaların alınması, gönüllü ve istekli hasta/ hasta yakınlarının eğitim/danışmanlık programlarından daha fazla yararlanması ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir.

Rodin ve arkadaşları (2006), 3 sistematik inceleme ve 7 klinik çalışma sonucunda hasta yakını eğitim/ danışmanlık programlarının, inmeli hasta/ hasta yakınlarının inme hakkındaki bilgisini arttırdığını fakat bilgi artışının hasta /hasta yakınının fonksiyonel özelliklerini ve yaşam kalitesini arttırmaya dönüşmediğini vurgulamıştır.

Literatürde yaşam kalitesini etkileyen biyofizyolojik, psikolojik, sosyokültürel ve politikoekonomik pek çok faktör olduğundan tanımlanması zor bir kavram olduğu belirtilmektedir (Akdemir ve Birol 2005). Nitekim eğitim/ danışmanlık programlarının yaşam kalitesi üzerine etkisini yorumlamanın; programların tür (eğitim, bireysel/ grup destek, danışmanlık…vb.) ve içerik, programların uygulandığı örneklem grubunun özellikleri, uygulanma yeri, zamanı ve sayısı, tedavi/ bakımda beklenen sonuç ölçümlerindeki farklılıklardan dolayı zor olduğu ve hastalarda yaşam kalitesini inceleyen araştırma sonuçlarında farklılıklar görüldüğü belirtilmektedir (Clarck ve ark. 2003; Kalra ve ark. 2004; Smith ve ark. 2004; Duncan ve ark. 2005; Küçükdeveci 2005; Eyigör 2007).

Bu çalışmada yakınları hasta yakını eğitim programına katılan hastaların yaşam kalitelerinin 6 ay sonra arttığı bulgusunun yaşam kalitesini etkileyen pek çok faktör olduğundan uzun süreli eğitimin katkısının sonucu olup olmadığı ve hangi düzeyde olduğu kesin olarak değerlendirilememiştir. Aynı zamanda bu sonucun yaşam kalitesinin ölçümünde kullanılan EQ-5D sağlık anketi ile de ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Nitekim Pickard ve arkadaşları (2002) inmeli hastalarla ilişkili yaptığı çalışma sonucunda EQ-$5D_{Indeks}$'inin sağlık durumundaki büyük değişiklikleri yansıtmakta etkili olduğu ve EQ_{VAS}' ın ise, EQ-$5D_{Indeks}$'e göre inmeli hastaların mental sağlıklarındaki değişiklikleri daha iyi değerlendiren bir araç olduğunu belirtmektedir.

Bu çalışmanın bulguları daha önce yapılan çalışma bulgularına benzer olmasına karşın yakınları HYE' ye katılan hastaların sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin ve algıladıkları sağlık durumlarının programa katılmayanlara göre yüksek olacağı hipotezini istatistiksel olarak desteklememiştir. Ancak girişim ve kontrol grubu hastaları arasında 6.ayda EQ-$5D_{Indeks}$ ve EQ-$5D_{Skor}$ açısından farklılık olduğu, girişim ve kontrol grubunun kendi içinde zaman süresince EQ_{VAS} puanlarında ise girişim grubunda olumlu yönde arttığı kontrol grubunda ise azaldığı görülmektedir.

H 4 *"Hasta Yakını Eğitim (HYE) Programı"*na katılan hasta yakınlarının *y*aşam kalitesi, eğitim programına katılmayanlara göre yüksek olacaktır.

Bu çalışmada inmeden sonra hasta yakınlarının sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin diğer sağlıklı bireylere göre azaldığı saptandı (Tablo 4-6). Nitekim White ve ark. (2006)' nın çalışmalarında, inmeli hasta yakınlarının diğer sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında; bakımverme deneyiminin başlangıcında sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin özellikle mental sağlık ve enerji/ zindelik alt boyutlarında düşük olduğu ve zaman sürecinde daha da düştüğü gösterilmiştir. Ayrıca yapılan bir başka çalışmada inmeli hasta yakınlarının yaşam kalitesinin bakımverici rolünün başlangıcında hastaların yaşam kalitesine göre daha iyi olduğu fakat daha sonraları yaşam kalitesinde artış olmadığı belirtilmiştir (McCullagh ve ark. 2005).

Bu çalışmada hasta yakınlarının EQ_{VAS} puanın (algılanan sağlık durumunun) hem girişim ve kontrol grupları arasında hem de izlem süresince grupların kendi içinde değişmediği görüldü. Aynı zamanda zaman süresince girişim grubundaki hasta yakınlarının sağlığa ilişkin yaşam kalitesi (EQ-$5D_{İndex}$ ve EQ-$5D_{Skor}$) artışının kontrol grubuna göre anlamlı olduğu fakat EQ-$5D_{İndex}$ ve EQ-$5D_{Skor}$'un girişim ve kontrol

grupları arasında, hastaneye kabulde, hastaneden çıktıktan sonraki 3 ve 6. aylarda anlamlı bir fark olmadığı görüldü (Tablo 4-7). Benzer şekilde hasta yakınlarına verilen eğitim/ danışmanlık ve destek programlarının, hasta yakınında inme hakkındaki bilgiyi ve bilgi memnuniyetini arttırdığı, ancak yaşam kalitesini arttırmadığı diğer çalışma sonuçları ile de desteklenmektedir (Rodgers ve ark. 1999; van den Heuvel ve ark. 2002; Clarck ve ark. 2003; Boter ve ark. 2004; Smith ve ark. 2004; Louie ve ark. 2006; Franzén-Dahlin ve ark. 2008; Steiner ve ark. 2008). Larson ve ark. (2005)' nın çalışmasında ise, hasta yakını eğitim programının hasta yakınlarının yaşam kalitesini arttırmadığı fakat eğitim programına 1-4 kez katılanlara göre 5-6 kez katılanlarda yaşam kalitesinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Lee ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları metaanaliz çalışmasında eğitim ve destek programlarının hasta yakınlarının yaşam kalitesi ölçeğinin (SF-36) yalnızca mental sağlık boyutunu geliştirdiği belirtilmektedir.

Öte yandan Kalra ve arkadaşları (2004) ve McCullagh ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada hasta yakını/ bakımverici eğitiminin hasta yakınlarında bakımverme yükünü azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı vurgulanmaktadır.

Ancak Visseir-meily ve arkadaşlarının (2005) sistematik randomize/ randomize olmayan araştırma incelemelerinde, danışmanlık programlarının, eğitim programından daha etkin olduğu ve eğitimin hasta yakınlarına olumlu etkisini gösteren kanıtların yetersiz olduğu saptanmıştır.

Rodgers ve ark. (1999)'nın yaptığı çalışmada ise eğitim/ danışmanlık alan hasta yakını/ bakımvericilerin inmeli hastaya bakım konusunda farkındalıklarının artması dolayısıyla sosyal aktivitelerinde azalma görülmesinin eğitim/danışmanlık programlarının olumsuz etkilerinden biri olabileceği belirtilmektedir.

Bu çalışmanın bulguları diğer çalışma bulgularına benzer olmasına karşın HYE programına katılan hasta yakınları ile HYE programına katılmayan hasta yakınları arasında sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin ve algılanan sağlık durumunun zaman süresince anlamlı bir fark göstermediği saptandı. Bu bulgular HYE' ye katılan hasta yakınlarının yaşam kalitesinin HYE' ye katılmayanlara göre yüksek olacağı hipotezini istatistiksel olarak desteklememiştir. Bununla birlikte girişim ve kontrol grubunun kendi içinde zaman süresince EQ_{VAS} puanlarında girişim grubunda olumlu yönde arttığı kontrol grubunda ise azaldığı görülmektedir.

5.3. HASTA YAKINI EĞİTİM PROGRAMININ ANKSİYETE DÜZEYİ ÜZERİNE ETKİSİNİN TARTIŞILMASI

H 2 ***Yakınları "Hasta Yakını Eğitim (HYE) Programı"na katılan inmeli hastaların anksiyete düzeyi, yakınları eğitim programına katılmayanlara göre düşük olacaktır.***

Sağlığın bozulması ve hastalık durumunun görülmesi, hasta ve hasta yakınları için kabul edilmesi zor bir durumdur (Orgun 2010). Yapılan birçok çalışmada hasta ve hasta yakının inmeden kısa bir süre sonra stres/ anksiyete düzeyinin yüksek olduğu ve inmeden iki yıl sonra bile stres deneyimlemeye devam ettikleri, hastalıkla başetme bilgilerinin yetersiz olduğu belirtilmiştir (van den Heuvel ve ark. 2002). Türkiye'de yapılan çalışmalarda da inme sonrası hastaların anksiyete durumları incelendiğinde; hastaların %56' sının kendi kendine yetememe, %76' sının kendini kötü hissetme ve %17' sinin sosyal yaşama katılma durumunda anksiyete yaşadığı belirtilmiştir. Anksiyete ile baş etmede hastaların genellikle ağlama, başkası ile konuşma, başka şeylerle oyalanma, uyuma, yalnız kalma… vb. duygusal odaklı baş etme yöntemleri kullandıkları belirlenmiştir (Uslu ve ark. 2008). Nitekim Fure ve arkadaşlarının (2006) 178 inmeli hastanın inme ünitesine kabul edildikten 3-7 gün sonra anksiyete ve depresyon semptomlarının belirlenmesine ilişkin çalışmasında, anksiyete belirtilerinin, depresif belirtilerden daha sık görüldüğü, hastaların % 26,4' ünün anksiyete ve %14' ünün depresyon belirtileri ve %7,9' unun hem anksiyete hemde depresyon belirtileri göstermiş olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde literatürde; farklı araştırmalarda iskemik inme sonrası gelişen depresyonun myokard infarktüsü sonrası ya da spinal kord yaralanmasından sonra görülen depresyondan daha farklı olduğu, özellikle kaygı belirtilerinin daha yaygın olduğu belirtilmiştir (Bayam ve ark. 2001).

Hastalığa, bireyin adaptasyon/ uyum süreci genellikle inkar/ red, öfke, pazarlık, depresyon ve kabul olarak sıralanmaktadır. Bu aşamalarla ilgili yaşantı ve tepkiler; süre, sıralanma ve yoğunluk açısından bireysel farklılıklar göstermektedir. Ancak hastalığa adaptasyon döneminde hastanın, hastalığın neden olduğu sorunlar ve bu sorunlara verilen yanıtlar konusunda bilinçli olmaya ve etkin desteğe gereksinimi vardır. Bu durum, hasta/ hasta yakını eğitimi açısından ele alındığında, bireyin içinde bulunduğu hastalığa adaptasyon/ uyum aşaması (özellikle kabullenme) ile öğrenmeye hazır olma arasında yakın bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Taşocak 2007; Orgun 2010).

Yakınları HYE programına katılan hastaların anksiyete düzeyinin incelendiği bu çalışmada Sürekli Kaygı Envanteri (SKE) ve Durumluk Kaygı Envanteri (DKE) puanlarının orta düzeyde olduğu belirlendi. Hastaneye kabulde girişim ve kontrol grupları arasında SKE açısından; hastaneye kabulde**,** hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra DKE ortalaması açısından girişim ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Fakat girişim grubunun DKE ortalaması zaman içinde değişmezken kontrol grubunun DKE ortalamasının ise zaman içinde anlamlı olarak arttığı belirlendi (Tablo 4-8).

Bu çalışma kapsamındaki hastaların SKE ve DKE'den aldıkları puanların Bayam ve arkadaşlarının (2001) inmeli hastalarla yaptığı çalışma bulgularına benzerlik gösterdiği görülmüştür. Aynı zamanda bu çalışmada HYE programının hastaların anksiyete belirtileri üzerine etkili olmadığı fakat kontrol grubundaki hastaların girişim grubundaki hastalara göre daha fazla anksiyeteli oldukları bulgusu; Rodgers ve ark. (1999), Clarck ve ark. (2003), Boter ve ark. (2004) ve Hoffman ve arkadaşlarının (2007) inmeden sonra eğitim/ danışmanlık programlarının hastanın anksiyetesi üzerine etkisini araştırdıkları çalışma bulgularına parallelik göstermiştir.

Belirtilen çalışma bulgularının aksine Kalra ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında yakınları hasta yakını/ bakımvericileri eğitim programına katılan hastaların daha az anksiyete ve depresyon deneyimledikleri saptanmıştır. Smith ve arkadaşları (2004) da çalışmalarında eğitim programının, hastanın anksiyete ve depresyon skorlarını eğitimden hem 3 ay hem de 6 ay sonra anlamlı bir biçimde azalttığını gözlemlemişlerdi. Ayrıca yapılan başka bir çalışmada eğitim/ danışmanlık programlarından farklı olarak aile bakım görevlisi tarafından ev ziyaretleri ile sağlanan destek programlarının da inmeli hasta ve hasta yakınlarının anksiyetesini azalttığı belirtilmiştir (Dennis ve ark. 1997).

Burton ve Gibbon (2005) çalışmalarında, inme hemşiresi tarafından hasta/ hasta yakınına verilen küçük grup eğitim ve destek programlarının (ev ziyaretleri ve telefon görüşmeleri) hastaların özellikle inmeden sonraki ilk yıllarda olumsuz emosyonel yanıtlarını ve algıladıkları sosyal izolasyonu azalttığını saptamışlardır. Hoffman ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada ise inme hakkında ayrıntılı bilgi alan hastaların, ayrıntılı bilgi almayan hastalara göre anksiyete düzeyinin artmasının, eğitim programının hastalığa ilişkin farkındalığını arttırması ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır.

Smith ve arkadaşlarının (2009) sistematik incelemelerinde (17 çalışma); hasta/ hasta yakınlarına verilen eğitimin, hastanın anksiyete skoruna anlamlı etkisinin olmamasına karşın alt grup analizlerinde eğitim oturumu, kurs programı, multidisipliner görüşmeler gibi aktif eğitim programlarının kitapçık veya broşür, multimedia uygulamalar gibi pasif programlara göre hastanın ve hasta yakının anksiyete ve depresyonunu azaltmada daha fazla etkili olduğu bulunmuştur.

Hipotez doğrultusunda incelenen bu bölümde, girişim grubunun DKE ortalaması zaman içinde değişmezken kontrol grubunun DKE ortalamasının ise zaman içinde anlamlı olarak arttığı fakat gruplar arasında fark olmadığı örneklem sayısının az olmasından dolayı hipotezi istatistiksel açıdan desteklemediği belirlendi.

H 5 ***"Hasta Yakını Eğitim (HYE) Programı"na katılan hasta yakınlarının anksiyete düzeyi, eğitim programına katılmayanlara göre düşük olacaktır.***

Çalışmalar inmeli hasta yakınlarının, özellikle hastaların iyileşme süreci ve inmenin tekrar oluşabileceği gibi hastalığa ilişkin bilgi eksiklerine yönelik endişeleri olduğunu belirtmiştir (Mak ve ark. 2007). Bu nedenle hastaların çoğunlukla eş ya da çocukları gibi birincil derecede en çok bakımlarından sorumlu olan yakınlarının ileride oluşabilecek tekrarlayan inmeleri önlemek ve hastanın günlük yaşam aktiviteleri gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik eğitim almaları gerektiği vurgulanmıştır (Mak ve ark. 2007).

Bu çalışmada, hasta yakınlarının hastaneye kabulde SKE ortalamaları açısından girişim ve kontrol grupları arasında farklılık saptanmadı. Aynı zamanda hasta yakınlarının DKE ortalamasının, hastaneye kabulde**,** hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra hem girişim ve kontrol grupları arasında hem de grupların kendi içinde de zaman süresince değişmediği belirlendi (Tablo 4-9).

Daha önce yapılan çalışmalarda yalnızca bireysel/ grup eğitim ve destek programlarının hasta yakınının anksiyetesini azaltmada etkisi olmadığı görülmüştür (Rodgers ve ark. 1999; van den Heuvel ve ark. 2002; Boter ve ark. 2004; Smith ve ark. 2004; Louie ve ark. 2005). Öte yandan eğitim programlarının hasta yakının anksiyetesini azaltma yönünde etkisinin saptandığı çalışma bulgularına da rastlanmıştır (Kalra ve ark. 2004; McCullagh ve ark. 2005). Ayrıca web tabanlı online emosyonel destek programlarının hasta yakını/ bakımvericinin sağlığına yönelik olumlu etkilerinin olduğu saptanmıştır (Steiner ve ark. 2008). Daha önce yapılan çalışmalarda hasta

yakınlarına yönelik bireysel ve grup destek programları sonucunda hasta yakınlarının aktif baş etme yöntemlerini kullandığı belirtilmiştir (van den Heuvel 2002). Aynı zamanda Franzen-Dahlin ve ark. (2008) çalışmalarında hasta yakını eğitim/destek programının hasta yakının emosyonel durumunu iyileştirmeye yönelik etkisi olmadığı belirlenmiştir. Hasta yakınlarına uygulanan bireysel ve grup destek programları arasında anlamlı farklılık olmadığı da vurgulanmaktadır (van den Heuvel 2002; Powers 2006).

Nitekim Smith ve arkadaşlarının (2009) sistematik incelemelerinde, eğitim/ danışmanlık programlarının hasta yakını/ bakımvericinin anksiyetesi üzerine etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Bu bulgular çalışmadan elde edilen bulguları destekler nitelikte iken hipotezi desteklememektedir. Fakat bu çalışmadaki hasta yakınlarının anksiyete düzeyinin orta düzeyde olduğu ve zaman süresince anlamlı artış olmadığını gösteren bulgunun, eğitimin olumlu etkisinden kaynaklanabileceğini düşündürmüştür.

5.4. HASTA YAKINI EĞİTİM PROGRAMININ DEPRESİF BELİRTİ DÜZEYİ ÜZERİNE ETKİSİNİN TARTIŞILMASI

H 3 ***Yakınları "Hasta Yakını Eğitim (HYE) Programı"na katılan inmeli hastaların depresif belirti düzeyi, yakınları eğitim programına katılmayanlara göre düşük olacaktır.***

Yapılan çalışmalarda inme sonrasında, hastaların yaklaşık olarak üçte birinde depresyon görüldüğü bildirilmektedir (Altınbaş ve ark. 2006; Ostwald ve ark. 2008; Uslu ve ark. 2008). Ayrıca literatürde inme sonrası hastalarda ortaya çıkan kognitif/ bilişsel yetersizlikler ve organik değişikliklerin hem hastanın durumunu yanlış yorumlayabilmesi hem de depresif belirtilerini bildirememesine yol açtığından tanılama sorunu yaşanmakta olduğu belirtilmektedir (Altınbaş ve ark. 2006).

Bu çalışmada depresif belirtilerin, depresyon sınırının altında olduğu görüldü. Girişim ve kontrol grubu arasında hastaneye kabulde**,** hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra Beck Depresyon Envanteri (BDE) ortalamaları açısından anlamlı fark saptanmadı. Diğer taraftan kontrol grubunun BDE ortalamasında hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonraki dönemler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir artış görüldü (Tablo 4-10).

Nitekim bu çalışmada yakınları HYE programına katılan hastalar ve yakınları HYE programına katılmayan hastalar arasında depresif belirti düzeyi açısından gruplar

arasında fark olmadığı ancak kontrol grubunun kendi içinde zaman süresince BDE ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı artış olduğu saptandı.

Girişim ve kontrol grubunun BDE ortalaması arasında fark olmadığı ve BDE ortalamasının, inmeli hastalarla yapılan diğer çalışma bulgularına benzer olduğu görülmüştür (Soyuer ve ark. 2006; Altındağ ve ark. 2008; Öz ve ark. 2008). Bu bulguların aksine iskemik infarktın akut döneminde hastaların genel durumlarının kötü olması, hastanın fonksiyonel açıdan bağımlı/ yarı bağımlı olması, afazi ve yönelim bozukluğunun sık görülmesi nedeniyle, genellikle inmeden 5 hafta sonraki dönemde yapılan çalışmada hastaların BDE ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Bayam ve ark. 2001).

Bu çalışmada ve diğer bazı çalışmalarda hasta yakını eğitim/ danışmanlık programlarının hastanın bilgisini arttırdığı ancak depresif belirtilere etkisinin olmadığı (Rodgers ve ark. 1999; Clarck ve ark. 2003; Smith ve ark. 2004; Burton ve Gibbon 2005; Hoffman ve ark. 2007; Lowe ve ark. 2007) belirtilmiştir. Diğer taraftan, Kalra ve arkadaşları (2004) ve McCullagh ve arkadaşları (2008) çalışmalarında eğitim/ destek programına katılan hastalarda daha az depresyon görüldüğünü saptamışlardır. Franzén-Dahlin ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında ise, grup eğitimi sonucunda girişim ve kontrol grupları arasında psikolojik sağlık açısından anlamlı farklılık olmadığı, fakat grup eğitimine 5 veya 6 kez katılan hastaların psikolojik sağlıklarında artma olduğu gösterilmiştir. Smith ve arkadaşlarının (2009), 7 çalışmadaki 729 hastanın verilerinin meta-analizinde eğitim programının hastanın depresyon skorlarına minimal düzeyde etkisinin olduğu saptanmıştır.

Hastada görülen depresyonun inme sonucu oluşan yetersizlikleri arttırma, tedavi/ bakım hedeflerine ulaşamama, morbidite ve mortalite, intihar düşüncesi ve planları açısından önemli olduğu belirtilmektedir (Rundek ve Sacco 2004). Literatürde hasta ve hasta yakını eğitiminin, hastanın depresif duygudurum belirti ve bulguları hakkında farkındalığını arttırarak, hasta/hasta yakının tıbbi yardımı ne zaman arayacağını bilmesinde ve şayet varsa majör depresyonun tedavisine yönlendirmesinde faydalı olacağı belirtilmektedir (Boyd 2008).

Bu çalışmanın bulguları, yakını hasta yakını eğitim programına katılan hastaların depresif belirti düzeyini azaltabileceğine ilişkin hipotezi doğrulamamıştır. Ancak depresif belirti düzeyi, zaman süresince girişim grubunda kontrol grubuna göre düşük kalmış ve daha az artış göstermiştir. Nitekim bu bulgu hasta yakını eğitim programı alan

hastalarda eğitimin, depresif belirti düzeylerinde azaltma yönünde anlamlı bir şekilde etkili olduğu düşünülmektedir.

H 6 ***Hasta Yakını Eğitim (HYE) Programı"na katılan hasta yakınlarının depresif belirti düzeyi, eğitim programına katılmayanlara göre düşük olacaktır.***

Bakım verme, hasta yakını/ bakımvericinin başetme yeteneği, kişisel inançlar ve sosyal beklentiler gibi çok geniş subjektif faktörlerden etkilenir. Bu nedenlerden dolayı hasta yakını/ bakımvericinin gereksinimleri ve bakımvermenin hasta yakını üzerine etkisini tanılamak zordur (Berg ve ark 2005; McCullagh ve ark. 2005). Ancak çalışmalarda depresyonun, inmeli hastalara bakımveren hasta yakınlarını olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Pickard ve ark. 2002). Nitekim Cameron ve arkadaşları (2006) yaptıkları çalışmada hasta yakını/bakımvericilerin % 44,7' sinin depresyon riskinin yüksek (CES-D/ Center for Epidemiological Studies Depression Scale kesme puanın üzerinde) olduğunu vurgulamaktadır (Cameron ve ark. 2006). Aynı zamanda Berg ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında hasta yakınlarında depresyon görülme sıklığının % 30-33 oranında (BDE≥10) hastalardaki depresyon oranlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada hasta yakını/ bakımverici BDE ortalamalarının 20 puan ve üzerinde olanların akut aşamada % 2, altıncı ayda % 6, ve onsekizinci ayda % 9 olduğu belirlenmiştir (Berg ve ark. 2005). Hasta yakını/ bakımvericilerin hastalardan daha fazla depresyon deneyimlemelerinin nedenin, inmenin ciddiyeti ve hastanın yaşı, hastanın bakımına az katılması ve inmeli bireyde görülen hafıza ve anlama yetisi kaybı, davranışsal ve psikolojik sorunlar gibi hastaya ait özelliklerden kaynaklanacağı belirtilmiştir. Ayrıca hasta yakını/ bakımvericinin depresyon öyküsünün olması, kadın olması gibi hasta yakınına ait özelliklerle de ilişkili olabileceği saptanmıştır. Bakımvericinin hastaya yakınlık derecesinin depresif belirti özellikleri ile ilişkili olduğu özellikle eşlerin ortalama BDE puanın tüm aşamalarda diğer bakımvericilerden anlamlı olarak yüksek olduğu da saptanmıştır (Berg ve ark. 2005; Cameron ve ark. 2006).

Nitekim hasta yakınını bilgilendirmenin, hasta/ hasta yakınının; bilişsel ve emosyonel sorunlarını önleme, sorumluluklarını azaltma/ paylaşma, duygularını ifade etmeye cesaretlendirme, yapabilecekleri işlevlerde/ rollerde destekleme, suçluluk duygusuyla başetmeye yardımcı olacağı belirtilmektedir (Buzlu 2006). Hasta kadar

hasta ailesi ve yakınlarının da hastalığa adaptasyon sürecinin aşamalarından geçtiği ve ilgili eğitim etkinliklerinde dikkate alınması gerekli olduğu unutulmamalıdır (Taşocak 2007).

Mccullagh ve arkadaşlarının (2005) çalışmalarında inmeden 1 yıl sonra bakımverici depresyonu ve aile desteği olmamasının, bakımverici rolünde zorlanmaya neden olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle özellikle rehabilitasyon aşamasında, depresyon açısından bakımverici yükünün azaltılması için eğitim/ danışmanlık programlarının önemli olduğu görülmektedir (Shah 2006).

Bu çalışmada hasta yakınları BDE ortalamasının; hastaneye kabulde, hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra hem girişim ve kontrol grubu arasında hem de grupların kendi içindeki zaman süresince değişmediği saptandı (Tablo 4-11). Bu bulgulara benzer şekilde Clarck ve arkadaşları (2003), Burton ve Gibbon'un (2005) çalışmalarında eğitim/ danışmanlık programlarının hasta yakınlarının depresyonu üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır.

Kalra ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları randomize kontrollü çalışma sonucunda ise eğitim verilen bakımvericilerin eğitim verilmeyen bakımvericilere göre istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir biçimde daha az depresyon deneyimledikleri, bu olumlu etkinin 1. yılda da devam ettiği saptanmıştır. Smith ve arkadaşlarının (2009) metaanaliz çalışmasında, hasta ve bakımvericinin inme hakkındaki bilgi seviyesinin artması ile hastaların depresyonunun azalması arasında ilişki saptamıştır.

Nitel ve nicel araştırmalarda, sistematik incelemelerde ve metaanaliz çalışmalarında hasta yakınları/ bakımvericilerin kısa veya uzun olmak üzere her iki dönemde de bakımverme rolünde zorlanmanın sonucu olarak kendi kronik sağlık sorunları ile ilgilenememe, anksiyete, depresyon ve sosyal ortamlardan uzak kalma…gibi sorunlar yaşadıkları saptanmıştır (Schure ve ark. 2006). Hasta yakınlarının uzun süreçte ve sürekli desteğini gerektiren bir deneyim olan bakımvermede, emosyonel desteğin artması ile bakımvericinin sağlığında yükselme arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (Steiner ve ark. 2008). Benzer şekilde Yeung ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında inmeli hasta yakınlarının problem çözme becerilerinin fiziksel ve psikolojik iyilik hali ile ilişkili olduğu ve bu doğrultuda inmeli hasta yakınlarının olumsuz problem çözme yeteneğine sahip olması ile depresif belirti düzeyinin artması arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu bağlamda eğitim ve destek programlarının bilgi düzeyi, problem

çözme, öz-etkililik ve aktif baş etme ve sosyal destek kullanımını arttırdığı saptanmıştır (van den Heuvel ve ark. 2002). Öte yandan Bretton ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan literatür incelemesinde eğitim/ destek programlarının; bakımvericinin fiziksel ve psikolojik anlamda tam bir iyilik haline olumlu etki göstermediğini belirtmektedirler. Bu çalışmalardaki sonuçlardaki farklılıkların, uygulama ve hasta yakını/ bakımverici özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Ayrıca çalışmalarda bireysel ya da grup eğitim/ destek programları sonuçlarında da farklılıklar görülmektedir. Scheure ve arkadaşları (2006) çalışmasında grup eğitim/ destek programlarının bireysel eğitim/ destek programlarına göre daha yararlı olduğu görülmüştür. Ancak bireysel ve grup programlarının uygulamaya ilişkin sorunları gözönünde bulundurularak, hasta yakını/ bakımverici özelliklerine göre uygulamaların planlanmasının uygulamaların etkinliğini arttırabileceği belirtilmiştir.

Bireysel ve grup destek programlarının bakımvericilerin fiziksel ve psikolojik sağlıklarına etkileri tam olarak belirlenememesine rağmen daha önce yapılan çalışma sonuçlarına göre; hasta yakınlarının sağlıklarını yükseltmek için sağlık bakımı profesyonellerinin bakımverici eğitimlerinde aile içi iletişim becerileri, davranışsal ve emosyonel problemlerle başetme, etkili sorun çözme teknikleri, stres ile başetme yöntemleri, anksiyete ve depresif belirtilerin farkında olma gibi konulara eğitimde yer verilmesinin üzerinde önemle durulmaktadır (Yeung ve ark. 2007).

Bu çalışmanın bu bölümünde elde edilen bulgular, hasta yakını eğitim programına katılan hasta yakınlarının depresif belirti düzeyinin, zaman süresince girişim grubunda kontrol grubuna göre düşük kaldığı ve azaldığını, kontrol grubu hasta yakınlarında ise artış gösterdiğini belirtmektedir. Ancak istatististiksel olarak hipotezi desteklememektedir.

5.5. FONKSİYONEL DEĞERLENDİRME ÖZELLİKLERİ, YAŞAM KALİTESİ, ANKSİYETE VE DEPRESİF BELİRTİ ÖLÇEKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI

Hastaların fonksiyonel değerlendirme özellikleri (Rankin Skala ve Barthel İndeksi), yaşam kalitesi, anksiyete ve depresif belirti düzeyleri arasindaki ilişki Tablo 4-12, Tablo 4-13, Tablo 4-14’ de ve Tablo 4-15’ de gösterilmektedir. Hasta yakınlarının fonksiyonel değerlendirme özellikleri (Rankin Skala ve Barthel İndeksi), yaşam kalitesi, anksiyete

ve depresif belirti düzeyleri arasindaki ilişki ise Tablo 4-16, Tablo 4-17 ve Tablo 4-18' de belirtilmektedir. Bu bölümde korelasyon tablolarında anlamlı çıkan bulgular başlıklar halinde ele alındı ve tartışıldı.

Fonksiyonel Değerlendirme Özellikleri (Rankin Skala ve Barthel Indeksi) Arasındaki İlişki

Çalışmada mRS skoru arttıkça, BI alınan puanın azalmakta olduğu, günlük yaşam aktiviteleri fazla etkilenen hastaların bağımlılık düzeyinin daha fazla etkilendiği belirlendi. Bu bulgu Pickard ve ark. (2002), Berg ve ark. (2005) ve Haacke ve arkadaşlarının (2006) inmeli hastalarla yaptığı çalışma bulgularına paralellik göstermiştir.

Rankin Skalası ve Barthel Indeksi ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişki

Bu çalışmada mRS skorunun azalması ve/ veya BI skorunun artması gibi fonksiyonel açıdan iyileşme bulgularının artması ile algıladıkları sağlık durumu puanlarının ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ölçeğinden alınan skorun ($EQ\text{-}5D_{skor}$) hastalarda arttığı ve hasta yakınlarında ise değişmediği belirlendi. Bu çalışmanın bulgularını destekler nitelikteki Tengs ve arkadaşlarının (2001) incelelemelerinde bazı araştırmacıların hastaların mRS skoru ile yaşam kalitesi arasında ters yönde kuvvetli/ güçlü bir ilişki bulduklarını belirtmişlerdir. Nitekim çalışmalarda inme şiddeti ve fonksiyonel düzey düzeldikçe yaşam kalitesinin arttığı belirtilmektedir (Sulch ve ark. 2002; Adams 2003; Soyuer ve ark. 2006). Ayrıca diğer kronik hastalıklarla yapılan çalışma bulgularında da fonksiyonel düzey ile sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ölçeği ve sağlığı algılama durumu arasında anlamlı ilişki olduğu ve bu çalışmanın bulgularına benzerlik gösterdiği görülmüştür (Kaya 2002). Öte yandan yaşam kalitesi ölçeği puanları ile BI arasında zayıf bir ilişki saptanan çalışmalara da rastlanmaktadır (Suenkeler ve ark. 2002).

Bu çalışmada hasta yakınlarının fonksiyonel değerlendirme özelliklerinde zaman içinde değişim saptanmadığı ve yaşam kalitesi ile ilişkili olmadığı görülmüştür. Bu bulgunun aksine hasta yakınlarında yapılan çalışmalarda da fonksiyonel düzey ile emosyonel destek ve bakımverici sağlığı arasında ilişki saptanmıştır (Steiner ve ark. 2008). Bu çalışmada ilişki saptanamamasının nedeninin hasta yakınlarının fonksiyonel

yeterliliklerinin iyi olmasına paralel olarak yaşam kalitelerinin de iyi olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Rankin Skalası ve Barthel Indeksi ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Arasındaki İlişki

Bu çalışmada hastaların günlük yaşam aktivitelerinde fiziksel bağımsızlık düzeyi arttıkça (BI) duruma özgü kaygı düzeyinin azaldığı saptandı. Çalışmadaki bu sonuç McCullagh ve arkadaşlarının (2005) çalışma sonuçlarına paralellik göstermektedir.

Rankin Skalası ve Barthel Indeksi ile Beck Depresyon Envanteri Arasındaki İlişki

Bu çalışmada hastaların fonksiyonel iyileşme düzeyinin artması ile depresif belirti puanın azalması arasında zayıf bir ilişkinin olduğu belirlendi. Bayam ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında motor defisitin derecesi/ ağırlığı ile depresyon arasında anlamlı ilişkiye rastlanmazken duysal defisit ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Öz ve arkadaşları (2008) da çalışmalarında kullandıkları "Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği" ile depresyon envanteri arasında ilişki saptamamıştır. Oysaki Fure ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında da depresif belirtiler ile BI puanın 90 puan altında olması arasında ilişki olduğu saptanmıştır**.**

Bu çalışmada hasta yakınlarının hastaneye kabulde, hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonraki mRS skoru ile BDE puanları arasında bir ilişki saptanmadı. Daha önce yapılan çalışmalarda bu ilişkiyi inceleyen bulguya rastlanamamıştır. Fakat yapılan bazı çalışmalarda yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yerine getiremeyen inmeli hastanın, eşi ve diğer yakınlarının daha sıklıkla depresyon deneyimledikleri saptanmıştır (Berg ve ark. 2005; McCullagh ve ark. 2005). Ancak bu bulgunun doğruluğuna katılmayan araştırmacılar, hastaların kendi kendilerine emosyonel distres yaşıyorlarsa bakımvericilerin daha fazla depresif eğilimli olduğunu savunmaktadırlar (Berg ve ark. 2005).

Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Arasındaki İlişki

Yapılan bu çalışmada hastanın algıladığı sağlık durumu puanın artması ile durumluluk kaygı puanın azaldığı ve orta düzeydeki bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü. Aydemir ve ark. (2007) Major depresif bozuklukta hastaların

yaşam kalitesi ile anksiyete ve depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır. Ayrıca Kaya (2002) romatoid artiritli bireylerin sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin belirlenmesine yönelik yaptığı çalışmada da hemşirelik tanısı anksiyete olan hastaların sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin (EQ-5D) diğer hastalara göre daha az olduğu belirlenmişti.

Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Beck Depresyon Envanteri Arasındaki İlişki

Hastaların depresif belirti düzeyi azaldıkça sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ölçeği skorlarının ve hastanın algıladığı sağlık durumu puanlarının arttığı saptandı. Uslu ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında genel sağlığını kötü algılayanların, diğer insan ilişkileri ve aile ilişkilerinin kötü değerlendiren hastaların depresif belirtileri düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmektedir. Nitekim hastaların yaşam kalitesinin psikososyal yönünün geliştirilmesinin; hastaların bağımsız olmaları ve nörolojik yetersizliğin düzeyine bağlı olduğu belirtilmektedir (Suenkeler ve ark. 2002). Altındağ ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmada bu bulguya benzer olarak hastaların BDE'den aldıkları puan ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan arasında özellikle fiziksel fonksiyon, fiziksel problemlere bağlı rol kısıtlığı, emosyonel problemler ve mental sağlık alt boyutlarında ters yönde ilişki saptanmıştır.

Zaman süresince hasta yakınlarının sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları skorların ve kendi sağlık durumlarını algılama puanın artması ile depresif belirti düzeyinin azalması arasındaki ilişkinin zayıf olduğu görüldü. Öte yandan Pickard ve arkadaşları (2002) hasta yakınlarında da depresyon ile genel sağlık algıları arasında anlamlı ilişki göstermiştir. Suenkeler ve arkadaşları (2002) depresyon skoru normal olan hastalarda inmeden sonraki 1 yıldaki yaşam kalitesinin anlamlı olarak arttığını saptamıştır.

Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ile Beck Depresyon Envanteri Arasındaki İlişki

Bu çalışmada hasta ve hasta yakınlarının sürekli kaygı puanlarının yüksek olması ile zaman süresince hem DKE hemde BDE' den alınan puanların arttığı, hasta ve hasta yakınlarının durumluluk kaygı düzeyi azaldıkça, depresif belirti düzeyinin de azaldığı, ilişkinin güçlü bir ilişki olduğu belirlendi. Hasta/ hasta yakınlarının zaman süreci içindeki DKE ve BDE puanlarının anlamlı pozitif yönde ilişkili olduğu görüldü. Bayam ve arkadaşlarının 2001 yılında yaptıkları çalışmada depresyonu olan hasta

grubunun hem DKE (47,3±4,4) hemde SKE puanlarının (48,1±4,4) anlamlı olarak depresyonu olmayan gruptan yüksek bulunduğu belirtilmiştir. Bayam ve arkadaşları (2001) bu bulguyu iskemik inme sonrası gelişen depresyonun bir özelliği olarak kaygı belirtilerinin fazlalığı ile ilişkilendirmiştir.

Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişki

Bu çalışmada hasta $EQ\text{-}5D_{Skor}$ ile EQ_{VAS} puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Bu bulgu hastalara yönelik yapılan diğer çalışma bulgularına benzerlik göstermektedir (Pickard ve ark. 2002; Aydemir ve ark. 2007; Eser ve ark. 2007). Ayrıca hasta yakınlarında $EQ\text{-}5D_{İndex}$ skorları ile EQ_{VAS} puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki saptandı.

Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Arasındaki İlişki

Bu çalışmada hasta ve hasta yakını DKE'den aldıkları puan ile SKE' den aldıkları puan arasında güçlü ilişki olduğu görüldü. Bu bulguya parallel olarak Spielberger ve arkadaşları durumluk ve sürekli kaygı düzeyi arasında bir ilişki olduğunu, sürekli kaygı düzeyi yüksek bireylerin, durumluk kaygı düzeylerinin de yüksek olduğunu belirtmiştir. Nitekim uzun süre devam eden yüksek düzeydeki durumluk kaygının ise, sürekli kaygı düzeyini yükselttiği görülmüştür (Öner ve Le Compte 1998).

Beck Depresyon Envanteri Arasındaki İlişki

Hasta ve hasta yakınların hastaneye kabul, hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonraki dönemleri kapsayan kendi içindeki zaman süresince, BDE puanları karşılaştırıldığında ilişkinin kuvvetinin güçlü düzeyde olduğu belirlendi. Bu bulgu BDE puan ortalamalarının zaman süresince tutarlı biçimde değiştiğini düşündürdü.

Çalışmanın Güçlü Yönleri

- Hasta ve hasta yakınlarının çalışmaya istekli ve gönüllü olması,
- Hasta yakınını bireysel eğitiminin; bir model doğrultusunda, birden çok yöntemle sunulması, eğitim kitapçığı ve danışmanlık ile desteklenmesi,

- Hasta yakını eğitim programının etkinliğinin; hem hasta hem de hasta yakınının yaşam kalitesi, anksiyete ve depresif belirti düzeyi üzerine etkisinin değerlendirilmesi,
- Hastaneye kabulde başlatılan programın, hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra da izlemlerinin yapılmasıdır.

Çalışmanın Sınırlılıkları

- Örneklem sayısının küçük olması nedeniyle araştırmadan elde edilen sonuçların genellenememesi ve ölçeklerdeki zaman sürecindeki değişiklikleri yansıtmakta yeterli duyarlılığa sahip olmaması,
- Örneklem seçim kriterleri doğrultusunda ciddi yetersizliği olan hasta ve hasta yakınlarının alınmamasıdır.

SONUÇ

Çalışma; inmeli hasta yakınlarına verilen eğitimin, inmeli hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesi, anksiyete ve depresif belirtileri üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmış ve gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar hasta ve hasta yakınına ilişkin sonuçlar olarak iki bölümde ele alındı:

Hastalara ilişkin sonuçlar;

Hastaların tanıtıcı özellikleri açısından;

- Yaş ortalamasının girişim grubunda 57,90±15,08 yıl ve kontrol grubunda 58,75±16,36 yıl, %55'inin (n=22) erkek olduğu,
- Girişim ve kontrol grupları arasında*, yatış süresi, klinik sendrom* yönünden anlamlı fark olmadığı (p>0,05),

Fonksiyonel değerlendirme özellikleri açısından,

- Hasta girişim ve hasta kontrol grupları arasında *mRS skoru* açısından hastaneye kabulde, hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra anlamlı fark bulunmadığı (p>0,05); Hasta girişim ve kontrol gruplarının mRS skorlarının zaman içindeki (hastaneye kabulde, hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra) değişiminde hem hasta girişim (**p<0,05**), hem de hasta kontrol grubunda (**p<0,05**) fonksiyonel düzeyin arttığı,

- Hasta girişim ve kontrol grupları arasında *BI ortalamaları* açısından anlamlı fark bulunmadığı (p>0,05), ancak hem girişim hem de kontrol grubunun kendi içinde zaman süresince günlük yaşam aktivitelerinde fiziksel bağımsızlık düzeylerininin anlamlı derecede artmış olduğu (**p<0,05**),

Yaşam kalitesi açısından;

- Hasta girişim ve kontrol grupları arasında hastaneye kabulde ve hastaneden çıktıktan 3 ay sonra **EQ-5D**$_{İndeks}$ ve **EQ-5D**$_{Skor}$ ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmadığı (p>0,05), Hastaneden çıktıktan 6 ay sonra girişim grubunda kontrol grubuna göre EQ-5D$_{İndeks}$ ortalamasının düşük ve EQ-5D$_{Skor}$ ortalamasının yüksek olduğu **(p<0,05).**
- Girişim ve kontrol grubunun kendi içindeki EQ-5D$_{İndeks}$ ortalamalarının zaman içinde düştüğü ve düşmenin her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı olduğu **(p<0,05).** Girişim ve kontrol grubunun kendi içindeki EQ-5D$_{Skor}$ ortalamalarının ise zaman içinde arttığı ve artışın girişim grubunda anlamlı olduğu **(p<0,05)**.
- Hasta girişim ve kontrol grubu arasında ve gruplarının kendi içinde; hastaneye kabulde, hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra **EQ$_{VAS}$** skorlarında anlamlı farklılık saptanmadığı (p>0,05),

Anksiyete açısından;

- Hastaneye kabulde hasta girişim ve kontrol grupları arasında SKE ve DKE ortalamaları açısından (p>0,05), hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra ise DKE ortalaması açısından anlamlı fark bulunmadığı (p>0,05),
- Kontrol grubunun DKE ortalamasının zaman içindeki değişimi hastaneye kabul ile karşılaştırıldığında, hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonraki artışın anlamlı bulunduğu (**p<0.05**), Girişim grubunun DKE ortalamasının ise zaman içinde değişmediği (p>0.05).

Depresyon açısından;

- Hastaneye kabulde**,** hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra BDE ortalamaları açısından girişim ve kontrol grubu arasında anlamlı fark saptanmadığı (p>0,05),
- Kontrol grubunun BDE ortalamasının zaman içindeki değişimi hastaneye kabul ile karşılaştırıldığında hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonraki artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (p<0.05), girişim grubunun BDE ortalamasının ise zaman içinde değişmediği (p>0.05) görüldü.

Hasta yakınlarına ilişkin sonuçlar;

Hasta yakınlarının tanıtıcı özellikleri açısından;

- Yaş ortalamasının, girişim grubunda 47,55±12,08 yıl, kontrol grubunda 50,35±15,90 yıl, %72,5'inin (n=29) kadın olduğu,

Hasta yakınlarının fonksiyonel değerlendirme özellikleri açısından;

- Hastaneye kabulde, hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra girişim ve kontrol grubu arasında mRS skoru yönünden anlamlı fark olmadığı (p>0,05) ve kontrol grubunun fonksiyonel düzeyinin zaman içinde değişmediği, hasta yakını girişim grubunun mRS skorunun ise zaman içinde arttığı (**p<0,05**),

Yaşam kalitesi açısından;

- Hasta yakını girişim ve kontrol grupları arasında hastaneye kabulde ve hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra **EQ-5D**$_{\text{İndeks}}$ ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmadığı (p>0,05). Ancak girişim ve kontrol grubunun kendi içindeki EQ-5D$_{\text{İndeks}}$ ortalamalarının zaman içinde düştüğü ve düşmenin girişim grubunda anlamlı olduğu **(p<0,05).**

- Girişim ve kontrol grupları arasında hastaneye kabulde, hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra **EQ-5D**$_{\textbf{Skor}}$ ortalamalarında fark olmadığı (p>0,05). Girişim grubunun kendi içinde EQ-5D$_{\text{Skor}}$ ortalamalarının ise zaman içindeki değişimi hastaneye kabul ile karşılaştırıldığında, hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra ortalamadaki artışın anlamlı olduğu (**p<0,05**). Kontrol grubunun EQ-5D$_{\text{Skor}}$ ortalamasının ise zaman içinde artışının anlamlı olmadığı (p>0,05).

- Hasta yakını girişim ve kontrol grubu arasında ve grupların kendi içinde **EQ**$_{\textbf{VAS}}$ skorlarında anlamlı bir fark saptanmadığı (p>0,05),

Anksiyete açısından;

- Hastaneye kabulde hasta yakını girişim ve kontrol grupları arasında SKE ve DKE ortalamaları açısından (p>0,05), hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra ise DKE ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı (p>0,05), Girişim ve kontrol grubunun kendi içinde de zaman süresince DKE ortalamasının değişmediği (p>0.05),

Depresyon açısından:

- Hasta yakını girişim ve kontrol grupları arasında, hastaneye kabulde, hastaneden çıktıktan 3 ve 6 ay sonra BDE ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmadığı (p>0,05), Girişim ve kontrol grubunun kendi içinde de zaman süresince BDE ortalamasının değişmediği (p>0.05) saptandı.

ÖNERİLER

Uygulamaya yönelik öneriler;

- Sağlıklı/ hasta birey, aile ve toplumun; inmenin koruyucu önlemleri ve belirtileri hakkında bilinçlendirilmesi ve farkındalık kazandırılması,
- Bireysel ya da grup hasta/ hasta yakını eğitim programları düzenlenmesi,
- Hastanede başlatılan hasta/ hasta yakını eğitim, danışmanlık ve destek programlarının hastaneden çıktıktan sonra da evde devam ettirilmesi,
- İnmeli hasta/ hasta yakınları için sosyal ve kurumsal destek ağının oluşturulması ve geliştirilmesi,
- Ülkemizde diğer kronik hastalıklara ve inmeli hastalara özgü rehabilitasyon hemşireliği ve evde bakım hemşireliği uygulamalarının geliştirilmesi.

Eğitime yönelik öneriler;

- Hasta ve hasta yakınları için eğitim/ danışmanlık programları geliştirilirken multidisipliner yaklaşım sağlanması,
- Hastanede başlatılan hasta yakını eğitim programlarının; ev ziyaretleri, telefon görüşmeleri gibi bireysel danışmanlık/ destek programları ya da grup destek programları ile birlikte uygulanması.
- Eğitim oturumları, kurs programları, multidisipliner ekibin ortak yürüttüğü eğitim programları gibi hasta/ hasta yakınının aktif olmasını içeren programlarının oluşturulması.
- Bilginin geniş kitlelere ulaşabilmesi için rehber kaynakların (broşür, kitapçık…vb) tüm hasta/ hasta yakınlarına ulaştırılması, internet aracılığıyla Web tabanlı eğitim/ danışmanlık programları geliştirilmesi.

Araştırmaya yönelik öneriler;

- Eğitimde inmeli hasta/ hasta yakını gereksinimlerinin bir model doğrultusunda kantitatif ya da kalitatif çalışmalarla belirlenmesi, hasta/ hasta yakını eğitim programları için görsel ve işitsel eğitim materyallerinin oluşturulması, eğitim/ danışmanlık programları/ stratejileri geliştirilmesi ve uygulanması,
- Bu çalışmaya benzer çalışmaların ya da farklı eğitim yöntemlerinin kullanıldığı çalışmaların daha büyük örneklem gruplarında tekrarlanması ve uzun dönemli takiplerinin yapılmasıdır.

KAYNAKLAR

Acaroğlu, R., Şendir, M. ve Kaya, H. (2008). Hemşirelik Süreci. İçinde K. Babadağ, T.A. Aştı (Eds). *Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 8-20.

Acaroğlu, R., Şendir, M., Aştı, T. ve Altun, İ. (1997). Hemşirelik araştırmalarında deneklerden bilgilendirilmiş izin alınma durumlarının incelenmesi. *IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyum Kitabı*. İstanbul: Çevik Matbaacılık; 145-149.

Adams, C. (2003). Quality of life for caregivers and stroke survivors in the immediate discharge period. *Applied Nursing Research*, **16**, 126-130.

AHA (2009). *Heart Disease and Stroke Statistics–2009 Update*. Dallas, Texas: American Heart Association. Erişim 2.11.2009, http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4725.

Akdemir, N. ve Birol, L. (2005). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. (Genişletilmiş 2. Baskı). Ankara: Sistem Ofset; 18-20, 811-819.

Alkın, T. ve Onur, E. (2007). Anksiyete kavramı ve anksiyete bozukluklarına genel bir bakış. İçinde E. Köroğlu, C. Güleç (Ed.), *Psikiyatri Temel Kitabı.* (2. Baskı). Ankara: HYB Basım Yayın; 62-75.

Altınbaş, K., Oral, E.T., Soysal, A. ve Arpacı, B. (2006). İnme sonrası depresyon. *Klinik Psikiyatri*, **9**, 148-153.

Altındağ, Ö., Soran, N., Demirkol. A., Özkul, M.Y. (2008). The association between functional status, health related quality of life and depression after stroke. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, **54**, 89-91.

Arbour, R.B. (2006). Interventions for critically ill clients with neurologic problems. İçinde D.D. Ignativicus, M.L. Workman (Ed.). *Medical-Surgical Nursing"Critical Thinking for Colloborative Care.* (Fifth Edition). USA: Elsevier Saunders Company; 1027-1044.

Aştı, T. ve Kaya, N. (2002). Akut stroklu hastanın rehabilitasyonu ve bakımında hemşirenin rolü. *Hemşirelik Forumu*, **5**, 22-26.

Aydemir, Ö. (2007). Psikiyatrik ölçekler. İçinde E. Köroğlu, C. Güleç (Ed.), *Psikiyatri Temel Kitabı.* (2. Baskı). Ankara: HYB Basım Yayın; 62-75.

Aydemir, Ö. ve Köroğlu, E. (2000) (Ed.). *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler.* Hekimler Yayın Birliği Medico Graphics Ajans ve Matbaacılık Hizmetleri, Ankara; 121-161.

Aydemir, Ö., Ergün, H., Kesebir, S. ve Soygür, H. (2007). Major depresif bozuklukta yaşam kalitesi: kesitsel bir çalışma. *2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi,* 5-7 Nisan 2007, İzmir.

Babadağ, K. (1997). *Hemşirelik ve Değerler*. Profesörlük Çalışması. İstanbul.

Bahar, S.Z. (2004). Beyin kan dolaşımının anatomi ve fizyolojisi. İçinde A.E. Öge (Ed.), S.Z. Bahar, B. Bilgiç (Yard. Ed.) *Nöroloji İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları.* İstanbul: Nobel Matbaacılık; 199-204.

Bayam, G., Dilbaz N., Özalp, E. ve Güz, H. (2001). İnme sonrası duygudurum bozuklukları. *Klinik Psikiyatri*, **4**, 154-165.

Berg, A., Palomäki, H., Lönnqvist, J., Lehtihalmes, M. ve Markku, K. (2005). Depression among caregivers of stroke survivors. *Stroke*, **36**, 639-643.

Bostancı, N. (2008). *Evre 1-2 meme kanseri hastalarına uygulanan psikoeğitimin kanser uyum, anksiyete, depresyon ve duygudurum profiline etkisi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.

Boter, H. ve HESTIA Study Group (2004). Multicenter randomized controlled trial of an outreach nursing support. *Stroke*, **35**, 2867-2872.

Boyd, M.A. (2008). Psychosocial aspects of medically compromised persons. *Psychiatric Nursing, Contemporary Practice.* (Fourth Edition). China: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins; 788-793.

Brereton, L., Caroll, C. ve Barnston, S. (2007). Interventions for adult family carers of people who have had a stroke: a systematic review. *Clinical Rehabilitation.* **21**, 867-884.

Burton, C. ve Gibbon, B. (2005). Expanding the role of the stroke nurse: a pragmatic clinical trial. *Journal of Advanced Nursing*, **52(6),** 640-650.

Buzlu, S. (2006). İnmeli hastanın ve ailesinin yaşadığı psikososyal sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *II. Ulusal Beyin Damar Hastalıkları Kongresi, II. Temel İnme Hemşireliği Kursu.* 7 Haziran 2006, Antalya.

Cameron, J.I., Cheung, A.M., Streiner, D.L., Coyte, P.C. ve Stewart, D.E. (2006). Stroke survivors' behavioral and psychologic symptoms are associated with ınformal caregivers' experiences. *Arch Phys Med Rehabil*, **87**, 177-183.

Carpenito-Moyer L.J. (2005). Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Türkçeleştirilmiş İkinci Baskı. İstanbul: Nobel Matbaacılık (Çeviren: F. Erdemir).

Clarck, M.S., Rubencah, S. ve Winsor, A. (2003). A randomized controlled trial of an education and counselling intervention for families after stroke. *Clinical Rehabilitation,***17**, 703-712.

Coşkun, F., Kutluk, K. ve Karcıoğlu, Ö. (2003). Akut inmeli olgularda NIHSS ve GKS' nın Barthel İndeksine göre prognostik değeri. *Akademik Acil Tıp Dergisi,* **1(1)**, *30-35.*

Çalıyurt, O. (2007). İnmeli hastalarda psikiyatrik sorunlar. *Türk Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi,* **53**, Özel Sayı 1, 16-18.

Çoban, O. (2004a). Beyin damar hastalıklarında tanımlar, sınıflama, epidemiyoloji ve risk faktörleri. İçinde A.E. Öge (Ed.), S.Z. Bahar, B. Bilgiç (Yard.Ed.) *Nöroloji İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları.* İstanbul: Nobel Matbaacılık; 193-197.

Çoban, O. (2004b). İskemik inme. İçinde A.E. Öge (Ed.), S.Z. Bahar, B. Bilgiç (Yard. Ed.) *Nöroloji İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları.* İstanbul: Nobel Matbaacılık; 223-227.

Dayapoğlu, N. (2005). *Stroklu hastaların yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi.* Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Erzurum.

Dennis, M., O'Rourke, S., Slattery, J. Staniforth, T. ve Warlow C. (1997). Evaluation of a stroke family care worker: results of a randomised control trial. *British Medical Journal,* **314**, 1071-1076

Dilbaz, N. (2001). Akut inme sonrası gelişen patofizyolojik ve nöropsikiyatrik sonuçlar. *Klinik Psikiyatri,* **4**, 166-174.

Dobkin, B.H. (2004). Rehabilitation and recovery of the patient with stroke. İçinde J.P. Mohr, D.W. Choi, J.C. Grotta, B. Weir, P.A. Wolf (Ed.). *Stroke Pathophysiology, Diagnosis, and Management*. (Fourth Edition). USA: Churchill Livingstone; 1089-1105.

Duncan, P.W., Zorowitz, R., Bates, B., Choi, J.Y., Glasberg, J.J., Graham, G.D., Katz, R.C., Lamberty, K. ve Reker, D. (2005). Management of adult stroke rehabilitation care: a clinical practice guideline. *Stroke*, **36**, e100-143.

Durmaz, B. ve Atamaz, F. (2006). İnme ve hayat kalitesi. *Türkiye Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi*, **52(2)**, B45-49.

Ertel, K.A., Glymour, M.M., Glass, T.A. ve Berkman, L.F. (2007). Frailty modifies effectiveness of psychosocial intervention in recovery from stroke. *Clinical Rehabilitation,* **21**, 511-522.

Eser, E. (2007). Klinik uygulamada yaşam kalitesi ölçeklerinin kullanımı. *2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi,* 5-7 Nisan 2007, İzmir.

Eser, E., Dinç, G., Özyurt, B., Nesanır, N., Şerifhan, M., Pala, T., Baysan, P. ve Deveci, S. (2007). EURO-QoL (EQ-5D) indeksinin toplum standartları ve psikometrik özellikleri: Manisa kent toplumu örneklemi. *2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi,* 5-7 Nisan 2007, İzmir.

Eyigör, S. (2007). İnmeli hastalarda genel rehabilitasyon prensipleri, yaşam kalitesi ve son durum değerlendirmesi. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*. **53 (Özel Sayı 1)**, 19-25.

Ford-Gilboe M ve Bluvol, A. (2004). Hope, health work and quality of families of stroke survivors. *Journal of Advanced Nursing*, **48(4)**, 322-332.

Franzén-Dahlin, A., Murray, V. ve Billing, E. (2008). A randomized controlled trial evaluating the effect of a support and education programme for spouses of people affected by stroke. *Clinical Rehabilitation*; **22**, 722–730.

Fure, B., Wyller, T.B., Engedal, K., Thommessen, B. (2006). Emotional symptoms in acute stroke. *International Journal of Geriatric Psychiatry.* **21**, 382-387.

Gorelick, P.B. ve Alter, M. (2002). *The Prevention of Stroke*. USA: Parthenon Publishing; 11-19, 21-37.

Göktepe, E. (2008). Anksiyete. İçinde E. Işık, E. Taner ve U. Işık (Eds.) *Güncel Klinik Psikiyatri.* İstanbul: Golden Print Matbaası, 175-176.

Haacke, C., Althaus, A., Spottke, A., Siebert, U., Back,T. ve Dodel, R. (2006). Long-Term Outcome After Stroke: Evaluating Health-Related Quality of Life Using Utility Measurements. *Stroke*, **37**, 193-198.

Hackett, M.L, Yapa, C., Parag, V. ve Anderson, C.S. (2005). Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke*, **36,** 1330-1340.

Hall, A.M. (2009). *Potter and Perry Fundamentals of Nursing*. (7th Edition). Mosby; 361-383.

Harvey, R.L., Roth, E.J. ve Yu, D. (2006). Rehabilitation in stroke syndromes. İçinde R.L. Braddam, R.M. Buschbacher (Ed.) *Physical Medicine and Rehabilitation*. Philadelphia: Saunders Elsevier; 1175-1207.

Hickey, J.V. (1997). Stroke and other cerebrovascular diseases. *The Clinical of Neurological and Neurosurgical Nursing*. (Fourth Edition). Philadelphia: Lippincott; 543-567.

Hoffman, T., McKenna, K., Worrall, L. ve Read, S.J. (2007). Randomised trial of a computer-generated tailored written education package for patients following stroke. *Age and Ageing*, **36**, 280-286.

İnal, S. (2004). Nörolojik rehabilitasyon. Öge AE. Ed. Bahar SZ, Bilgiç B. Yard. Ed. Nöroloji İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 697-708.

İnce, B., Krespi, Y., Afşar, N. ve Çoban, O. (2008). İnme bakımının organizasyonu: eğitim, sevk, acil yaklaşım ve görüntüleme, inme üniteleri ve rehabilitasyon. Türk Nöroloji Derneği Beyin Damar Hastalıkları Çalışma Grubu ve Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği, 3-28. Erişim 18.02.2008, http://www.noroloji.org.tr/turknorolojidergisi/iskeleson.html,

Kalra, L., Evans, A., Perez, I., Melbourn, A., Patel, A., Knapp, M. ve Donaldson, N. (2004). Training carers of stroke patients: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, **328**; 1099-1011.

Kaplan, Y. (2002). *İstanbul Tıp Fakültesi Dr. Edip Aktin İnme Ünitesi'ne ilk 24 saatte yatırılan inmeli hastalarda kaydedeilen fizyolojik değişkenlerin prognoz üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi.* İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. İstanbul.

Karadakovan, A. (2010). Sinir sistemi hastalıkları. İçinde A. Karadakovan ve F.E. Aslan (Eds.) *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Adana: Nobel Tıp Kitabevi; 1189-1199.

Karatepe, A.G., Günaydın, R., Demirhan, A., Kaya, T. ve Gedizlioğlu, M. (2008). Erken dönem inmeli hastalarda fonksiyonel özürlülük düzeyi: fonksiyonel kazanç ile ilişkisi. *Türkiye Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Dergisi,* **54(49)**,133-137.

Kaya, H. (2004). *Spinal kord yaralanması olan hastalarda hemşirelik bakımı ve eğitimin bağımlılık-bağımsızlık ve özbakım gücü üzerine etkisi.* İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.

Kaya, N. (2002). *Romatoid artiritli bireylerde sağlığa ilişkin yaşam kalitesi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.

Kaya, N. (2008). Yaşam modeli. İçinde K. Babadağ, T. Atabek Aştı (Ed.). *Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 1-7.

Kernich, C.A. (2006). Management of clients with stroke. İçinde J.M. Black, J.H. Hawks, A.M., Keene. *Medical-Surgical Nursing Clinical Management for Positive Outcome*. (6th Edition.), Saunders Company; 1953-1982.

Kırlı, S. (2008). Depresyon. İçinde E. Işık, E. Taner ve U. Işık (Eds). *Güncel Klinik Psikiyatri.* İstanbul: Golden Print Matbaası; 133-154.

Köroğlu, E. (2007). Majör depresyon. İçinde E. Köroğlu, C. Güleç (Ed.). *Psikiyatri Temel Kitabı.* (2. Baskı). Ankara: HYB Basım Yayın; 241.

Krabbe, P. ve Weijnen, T. (2003). Guidelines for analysing and reporting EQ-5D outcomes. İçinde R., Brooks, R., Rosalind, F., de Charro. (Ed.). *The measurement and valuation of health status using EQ-5D: A European perspective.* London: Kluwer Academic Publishers; 7-19.

Krespi, Y. ve Bahar, S.Z. (2004). İskemik beyin damar hastalıklarında tanı ve tedavi yaklaşımları. İçinde A.E. Öge (Ed.). S.Z. Bahar, B. Bilgiç (Yard.Ed.) *Nöroloji İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları*. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 261-277.

Kulaksızoğlu, I.B. (2009). Nörolojik hastalıkların psikiyatrik yansımaları. *Nöroloji Ders e-Kitabı*. Erişim 07.12.2009, http://www.itfnoroloji.org/psikiyatrik/Psikiyatrik.htm.

Kutluk, K. (2004a). Vasküler anatomi. *İskemik İnme*. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 5-8.

Kutluk, K. (2004b). Hemodinami ve otoregülasyon. *İskemik İnme*. İstanbul: Nobel Matbaacılık.

Küçükdeveci, A.A. (2005). Rehabilitasyonda yaşam kalitesi. *Türk Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, **51**, B23-29.

Larson, J., Franzén-Dahlin, A., Arbin, M., Billing, E., Murray, V. ve Wredling, R. (2005). The impact of a nurse-led support and education programme for spouses of stroke patients: randomized control trial. *Journal of Clinical Nursing*, **14**, 995-1003.

Lee, J.H., Soeken, K. ve Picot, S.C. (2007). A meta-analysis of interventions for stroke caregivers. *Western Journal of Nursing Research*, **29**, 344-356.

Louie, S.W., Liu, P.K.K. ve Man, D.W.K. (2006). The effectiveness of a stroke education group on persons with stroke and their caregivers. *International Journal of Rehabilitation Research*, **29**, 123-129.

Lowe,D.B., Sharma, A.K ve Leathley, M.J. (2007). The CareFile Project: a feasibility study to examine the effects of an individualised information booklet on patients after stroke. *Age and Ageing*, **36**, 83-89.

Mak, A.K.M., Mackenzıe, A. ve Luı, M.H.L. (2007). Changing needs of Chinese family caregivers of stroke survivors. *Journal of Clinical Nursing*, **16**, 971–979.

Mant, J., Carter, J., Wade, D.T ve Winner, S. (2000). Family support for stroke: a randomized controlled trial. *The Lancet*, **356 (2)**, 808-813.

McCullagh, E., Brigstocke, G., Donaldson, N. ve Kalra, L. (2005). Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke*, **36**, 2181-2186.

Memiş, S., Krespi, Y., Durna, Z. (Ed.) ve Tülek, Z. (2003). *Akut İnmeli Hastalarda Hemşirelik Bakımı Uygulama Rehberi.* İstanbul: İ.Ü. Basım ve Yayınevi Müdürlüğü; III-IV, 2-81.

Mollaoğlu, M. (2007). Kronik hastalıklarda yaşam kalitesi ve hemşirelik. *2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi,* 5-7 Nisan 2007, İzmir.

NINDS (2008). Post-Stroke Rehabilitation Fact Sheet. National Institute of Neurological Disorders and Stroke Erişim 11.06.2009, http://www.ninds.nih.gov/disorders/stroke/poststrokerehab.htm.

Oğlak, S. (2007). Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası. *Türk Geriatri Dergisi*, **10(2)**, 100-108.

Orgun, F. (2010). Sağlık Eğitimi ve İyileştirilmesi. İçinde A. Karadakovan, F.E. Aslan (Ed.) *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Adana: Nobel Tıp Kitabevi; 41-55.

Ostwald, S.K., Davis, S., Hersch, G., Kelley, C., ve Godwin, K.M. (2008). Evidence-based educational guidelines for stroke survivors after discharge home. *Journal of Neuroscience Nursing*, **40(3),** 173-191.

Öktem, Ö., Bahar S.Z. ve Aktin, E. (2004). Afazi, apraksi, agnozi. İçinde A.E. Öge (Ed.), S.Z. Bahar, B. Bilgiç (Yard.Ed.) *Nöroloji İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları.* İstanbul: Nobel Matbaacılık; 85-92.

Öner, N. (1996). *Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler: Bir Başvuru Kaynağı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları Matbaası; 301-304, 365-373.

Öner, N. ve Le Compte, A. (1998). *Süreksiz Durumluk/ Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı* (2.Basım), İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.

Öz, B., Koca, B., Ölmez, N. ve Memiş, A. (2008). İnmeli hastalarda rehabilitasyon sonrası fonksiyonel ve mental iyileşme ile ilişkili faktörler. *Türkiye Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi*, **54**, 84-88.

Özbabalık, D. (2004). Strok unit kavramı ve gerekliliği. *Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi*, **2,** 94-96.

Özdamar, K. (2003). *SPSS ile Biyoistatistik.* (Yenilenmiş 5. Baskı). Eskişehir: Kaan Kitabevi.

Öz, F. (2004). Anksiyete ve korku. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş; 157-175.

Pickard, A.S., Johnson, J.A. ve Feeny, D.H. (2002). Responsiveness of generic health-related quality of life measures in stroke. 19th Plenary meeting of the EuroQol Group. 13th-14th September, York, United Kingdom**.**

Pierce, L.L., Finn, M.G. ve Steiner, V. (2004). Families dealing with stroke desire ınformation about self-care needs. *Rehabilitation Nursing*, **29(1)**, 14-17.

Powers, S.E. (2006). The family caregiver program. *Home Healthcare Nurse*, **24(8)**, 513-516.

Redfen, J., McKevitt, C. ve Wolfe, C.D.A (2006). Development of complex interventions in stroke care: a systematic review. *Stroke*, **(37)**, 2410-2419.

Registered Nurse's Association Ontario (RNAO) Nursing Best Practice Guideline Shaping The Future Of Nursing (2005). Stroke Assesment Across the Continuum of Care. Erişim 28.08.2007, www.rnao.org/bestrpractices.

Robinson, R.G. ve Jorge, R.E. (2007).Serebrovasküler hastalıkların psikiyatrik yönü. *B.J. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Türkçe.* Cilt:1, Ankara: Güneş Kitabevi, 349-361.

Rodgers, H., Atkinson, C., Bond, S., Suddes, M., Dobson, R. ve Curless, R. (1999). Randomized controlled trial of a comprehensive stroke education program for patients and caregivers. *Stroke*, **30**, 2585-2591.

Rodin, M., Saliba, D., Brummel-Smith, K. On Behalf of The American Geriatrics Society Clinical Practice Committee. (2006). Guidelines abstracted from Department of Veterans Affairs/ Department of Defense clinical practice guideline for the management of stroke rehabilitation. *Journal of The American Geriatrics Society*, **54(1)**, 158-162

Roper, N., Logan W.W. ve Tierney, A.J. (1996). *The Elements of Nursing*. (Fourth Edition). Edinburgh: Churchill Livingstone; 20-31.

Rundek, T. ve Sacco, R.L. (2004). Outcome following stroke. J.P. Mohr, D.W. Choi, J.C Grotta, B. Weir, P.A. Wolf, (Ed.). *Stroke: Pathophysiology, Diagnosis, and Management*. (Fourth Ed.). USA: Churcill Livingstone; 35-57.

Sabuncu, N., Babadağ, K., Taşocak, G. ve Atabek, T. (1996). *Hemşirelik Esasları*. Açıköğretim Fakültesi Yayınları No: 225, Eskişehir; 13-17.

Sacco, R.L. (2008). Serebrovasküler hastalığın patogenezi, sınıflandırılması ve epidemiyolojisi. İçinde B. Baslo, C. Gürses (Ed.). *Merrit's Neurology Türkçe*. (11.baskı). Ankara: Güneş Kitabevleri; 275-290.

Savaşır, I. ve Şahin, N.H. (1997). *Bilişsel- Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler.* Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:9; 23-39, 71-79.

Scheure, L.M, van den Heuvel, E.T.P., Stewart, R.E., Sanderman, R. ve de Witte, L.P., Meyboom-de Jong, B. (2006). Beyond stroke: description and evaluation of effective

intervention to support family caregivers of stroke patients. *Patient Education and Counseling*, **62(1)**, 46-55.

Shah, M.V. (2006). Rehabilitation of the older adult with stroke. *Clinics in Geriatric Medicine*, **22**, 469-489.

Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L ve Cheever, K.H. (2008). Management of patirnts with cerebrovascular disorders. Brunner & Suddarth's Textbook of *Medical-Surgical Nursing*. Volume:2. (Eleventh Edition.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2205-2227.

Smith, J., Forster, A. ve Young, J. (2004). A randomized trial to evaluate an education programme for patients and carers after stroke. *Clinical Rehabilitation*, **18**, 726-736.

Smith, J., Forster, A., Young, J. ve On behalf of the Cochrane Group for information provision. (2009). Cochrane review: information provision for stroke patients and their caregivers after stroke. *Clinical Rehabiliation*, **23**, 195-206.

Sorias, O. (1988). Sosyal destek kavramı. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **27**, 353-357.

Soyuer, F., Ünalan, D. ve Öztürk, A. (2006). Kronik beyin damar hastalıklarında yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* **13(3)**, 157-162.

Spar, J.E ve Rue, A.L. (2006a). Anksiyete bozuklukları ve geç başlangıçlı psikoz. İçinde T. Ertan ve Y. Sivrioğlu. (Ed). *Geriatrik Psikiyatri Klinik El Kitabı*. İstanbul: Orhan Matbaacılık; 258-259.

Spar, J.E ve Rue, A.L. (2006b). Duygudurum Bozuklukları-Tanı. İçinde T. Ertan ve Y. Sivrioğlu. (Ed). *Geriatrik Psikiyatri Klinik El Kitabı*. İstanbul: Orhan Matbaacılık; 68-69, 92-101.

Steiner, V., Pierce, L., Drahuschak, S., Nofziger, E., Buchman, D. ve Szirony, T. (2008). Emotional support, physical help, and health of caregivers of stroke survivors. *Journal of Neuroscience Nursing*, **40(1)**, 48-54.

Suenkeler, I.H., Nowak, M., Misselwitz, B., Kugler, C., Schreiber, W., Oertel, WH. ve ark. (2002). Time-course of health-related quality of life as determined 3, 6 and 12 months after stroke relationship to neurological deficit, disability and depression. *Journal of Neurology***, 249**, 1160-1167.

Sulch, D., Melbourn, A., Perez, I. ve Kalra, L. (2002). Integrated care pathways and quality of life on a stroke rehabilitation unit. *Stroke*, **33**,1600-1604.

Şendir, M. (2000). *Total kalça protezi ameliyatı öncesi hasta eğitiminin ameliyat sonrası fiziksel uyum ve yaşam kalitesine etkisi.* İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

Taşocak, G. (2007). *Hasta Eğitimi*. (2.Basım). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları: 4377, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Yayın No: 9.

Tengs, T.O., Yu, M., Luistro, E.(2001). Health related quality of life after stroke a comprehensive review. *Stroke*, **32,** 964-972.

Tuncay, R. (2004). Gençlerde inme. İçinde: Öge AE. Ed. Bahar SZ, Bilgiç B. Yard. Ed. *Nöroloji İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları.* İstanbul: Nobel Matbaacılık; 249-253.

Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA) Çevre Çalışma Grubu (2003). *Yaşam Kalitesi Göstergeleri: Türkiye için Bir Veri Sistemi Önerisi.* Türkiye Bilimler Akademisi Raporları Sayı: 6: Ankara: Tübitak Matbaası.

Uslu, M., Özgür, G., Gümüş, A.B. (2008). İnme tanılı hastaların depresyon düzeyleri ve etki eden faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **11**, 71-84.

Ünal, S. (2007). Nöropsikiyatri. İçinde. E. Köroğlu ve C. Güleç (Ed.), *Psikiyatri Temel Kitabı.* (2. Baskı). Ankara: HYB Basım Yayın; 12-17.

Xie, J., Wu, E.Q., Zheng, Z-J, Croft, J.B, Greenlund, K.J., Mensah, G. A. ve Labarthe, D.R. (2006). Impact of stroke on health-related quality of life in the noninstitutionalized population in the United States. *Stroke*, **37**, 2567.

van den Heuvel, E.T.P., de Witte, L.P., Stewart, R.E., Scheure, L.M., Sanderman, R. ve Meyboom-de Jong, B. (2002). Long-term effects of a group support program and an individual support program for informal caregivers of stroke patients: which caregivers benefits the most? *Patient Education and Counseling*, **42**, 291-299.

van der Smagt-Duijnstee M.E., Hamers J.P.H., Huijer Abu-Saad, H. ve Zuidhof, A. (2001). Relatives of hospitalized stroke patients: their needs for information, counselling and accessibility. *Journal of Advanced Nursing*, **33(3)**, 307-315.

Visser-Meily, A., Heughten, C.V., Post, M., Schepers, V. ve Lindeman, E. (2005). Intervention studies for caregivers of stroke survivors: a critical review. *Patient Education and Counselling*, **56**, 257-267.

Wachters-Kaufmann, C., Schuling, J.H., The H. ve Jong, B. M-D. (2005). The actual and desired information provision after a stroke. *Patient Education and Counselling*, **56(2)**, 211-217.

Walling A.D.(2005). Caregiver training and outcomes in stroke patients. *American Family Physician,* **71 (5)**, 990.

White, C.L., Lauzon, S., Yaffe, M.J. ve Wood-Dauphine, S. (2004). Toward a model of quality of life for family caregivers of stroke survivors. *Quality of Life Research*, **13**, 625-638.

White, C.L., Poisant, L., Coté-LeBlanc, G. ve Wood-Dauphinee, S. (2006). Long-term caregiving after stroke: the impact on caregivers' quality of life. *Journal of Neuroscience Nursing,* **38(5)**, 354-360.

Wiles, R., Pain, H., Buckland, S. ve Mclellan, L. (1998). Providing appropriate information to patients and careers following a stroke. *Journal of Advanced Nursing,* **28(4)**, 794-801**.**

Yeung, S., Lui, M.H., Ross, F. ve Murrells, T. (2007). Family carers in stroke care: examining the relationship between problem-solving, depression and general health. *Journal of Clinical Nursing*, **16(2)**, 344-52.

Yıldız, M. (2007).Psikiyatrik rehabilitasyon. İçinde E. Köroğlu ve C. Güleç (Eds), *Psikiyatri Temel Kitabı.* (2. Baskı). Ankara: HYB Basım Yayın; 726-732.

Yurtsever, Ü.E. (2005). *Ruh hastalıkları tedavisinde psikososyal bir boyut; psikoeğitimsel bir model.* Erişim 25.07.2008. http://www.icgoru.com/makale/umit_eren-ruh_hastaliklari.shtml.

FORMLAR

Ek 1: İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü'nden İzin Yazısı,

Ek 2: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan Etik Kurul İzni,

Ek 3: EuroQol Grubu İzin Yazısı,

Ek 4: Hasta Yakını Girişim Grubu Bilgilendirilmiş Yazılı Onam Formu,

Ek 5: Hasta Bilgi Formu,

Ek 6: Hasta Yakını Bilgi Formu,

Ek 7: Rankin Skalası (mRS),

Ek 8: Barthel İndeksi (BI),

Ek 9: EuroQol Sağlık Anketi (EQ-5D) ,

Ek 10: EuroQol Sağlık Anketi (EQ VAS),

Ek 11: Beck Depresyon Envanteri (BDE),

Ek 12: Durumluk Kaygı Envanteri (DKE),

Ek 13: Sürekli Kaygı Envanteri (SKE),

Ek 14: Eğitim Kitapçığı.

Ek 1

Prof. Dr. Türkinaz Aştı

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
PERSONEL DAİRE BAŞKANLIĞI

Sayı : /26131
Konu :

...../...../ 200 .....

48530 * 10.10.07

FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK YÜKSEKOKUL MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi:17.07.2007 tarihli 2697 sayılı yazınız.

Sorumlu araştırıcılığını Yüksekokulunuz Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi **Prof.Dr.Türkinaz AŞTI'nın** üstlendiği ve Doktora öğrencisi Hemşire **Aylin AKTAŞ'ın** yürüteceği 2007/1742 dosya no'lu "İnmeli hasta yakınlarına verilen eğitimin: hasta ve hasta yakının yaşam kalitesi, anksiyete ve depresif belirtili düzeyi üzerine etkisi" başlıklı yarı deneysel anket çalışması İstanbul Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup, çalışmanın ilgili Fakültenin Nöroloji Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr.Sara Z. BAHAR'ın sorumluluğu altında yapılmasına ve bahsedilen anket çalışmasının uygulanmasına dair verilen 02.10.2007 tarihli 57 nolu sayılı Fakülte Yönetim Kurulu kararı adıgeçen Fakülte Dekanlığından alınan 04.10.2007 tarihli 24419 sayılı yazı ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Erhan GÜZEL
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek:2

İlgili Öğretim üyesine duyurulacak
15.10.2007

1822
15.10.2007

Not : Yanıtlarda yazımızın gün ve sayısının belirtilmesi rica olunur. Tel : (0212) 440 00 00 Faks : (0212) 440 00 35

Ek 2

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI

Sayı : B.30.2.İST.0.02.00.00/Yİ-1047
Konu : Prof. Dr. Türkinaz AŞTI hk

İstanbul,...../...../ 2007
04.10.2007*024419

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ'NE

İLGİ: 23.07.2007 tarih ve 33388 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda bahsedilen Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Türkinaz AŞTI'nın üstlendiği ve Doktora öğrencisi Hemşire Aylin AKTAŞ'ın yürüteceği 2007/1742 dosya no'lu "İnmeli hasta yakınlarına verilen eğitimin: hasta ve hasta yakının yaşam kalitesi, anksiyete ve depresif belirti düzeyi üzerine etkisi" başlıklı yarı deneysel anket çalışması ile ilgili Fakültemiz Yönetim Kurulu'nun 02.10.2007 tarih ve 57 nolu karar örneği ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi saygılarımla arz ederim.

Prof. Dr. Mustafa KEÇER
DEKAN

EK: 1

İST. Ü. REKTÖRLÜĞÜ
Personel D. Başkanlığına
5/10/2007
Yazı İşleri ve Genel Evrak Md. Gelen Evrak
Sayı: 44844

İST. ÜNİ. PERSONEL DAİRE BAŞKANLIĞI
07 Ekim 2007
Sayı: 30726

4140 – 34

İleiline

S. Uğurlu

Not : Yanıtlarda yazımızın gün ve sayısının belirtilmesi rica olunur. Tel : 0 (212) 414 20 00 (31387)C.BAYRAMOĞLU Fax : 0 (212) 6358522

Ek 2 devamı

İ. T. F. FAKÜLTE YÖNETİM KURULU KARARLARI

No:57

02.10.2007 Tarihinde Toplanan Yönetim Kurulunca:

Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Türkinaz AŞTI'nın üstlendiği ve Doktora öğrencisi Hemşire Aylin AKTAŞ'ın yürüteceği 2007/1742 dosya no'lu *"İnmeli hasta yakınlarına verilen eğitimin: hasta ve hasta yakının yaşam kalitesi, anksiyete ve depresif belirti düzeyi üzerine etkisi"* başlıklı yarı deneysel anket çalışması ile ilgili Fakültemiz Yerel Etik Kurul Başkanlığından alınan olumlu görüş yazısı müzakere edildi.

Çalışmanın Fakültemiz Nöroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Sara Z. BAHAR'ın sorumluluğu altında yapılmasına ve bahsedilen anket çalışmasını uygulanmasına karar verildi.

Asli Gibidir

Sabetin KILIÇTAŞ
Fakülte Sekreteri

Ek 3

EQ-5D

Mr./Ms. aylin aktas
istanbul university
florence nightingale hemsirelik yüksekokulu sisli/ istanbul
82640
istanbul
Turkey

Rotterdam, 06 July 2007

Dear Mr./Ms. aktas

Thank you for your interest in using EQ-5D.

I am enclosing some general information that I hope you will find useful. If you need further help, please contact the EuroQoL Executive Office at userinformationservice@euroqol.org.

Kind regards,

Rosalind Rabin
Executive Officer
EuroQol Group Foundation

Ek 4: YAZILI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (Hasta Yakını İçin)

Araştırma, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi (kurum adı) Nöroloji Anabilim Dalı'nda inmeli hasta yakınlarına verilen eğitimin; inmeli hasta ve yakınlarının yaşam kalitesi, anksiyete/ kaygıya ve depresif belirtiler üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlandı.

Çalışmayı kabul ettiğiniz takdirde; araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim programı hastanızın bakımından sorumlu olan size bölümler halinde hastanede bulunduğunuz sürece ve gerekirse hastaneden çıktıktan sonra verilecektir. Ayrıca araştırmacı tarafından bireysel özellikler (yaş,medeni durum, meslek ve ekonomik durum…vb.) ve hastalığa ilişkin bilgileri içeren *Bilgi Formu* dolduracaktır. Bireysel özellikler ilişki sorular size sorulacaktır. Sağlığınız hakkındaki görüşlerinizi (yaşam kalitesi) belirlemede *"EuroQol- Sağlık Anketi/ Soru Formu*", depresif belirti düzeyinizi saptamada "*Beck Depresyon Envanteri/ Anketi)*", anksiyete/ kaygı belirti düzeyinizi ölçmede *"Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri/ Anketi"* kullanılacaktır. Bu anketleri araştırmacı ile karşılaştığınız anda, hastaneden çıktıktan 3 ay ve 6 ay sonra doldurmanız istenecektir.

Bu çalışmaya katılmama hakkına ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın komplikasyon (istenmeyen durum/yan etki), erken hastaneden çıkış/ taburculuk, başka bir kuruma sevk olma vb. gibi nedenlerden dolayı araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılma hakkında bilgilendirme sonrası araştırma dışı bırakılabilirsiniz. İsminiz saklı tutulacaktır. Ancak etik kurullar ve resmi makamlar size ait tıbbi bilgilere ulaşabilir.

Çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecek ve sizden herhangi bir ücret alınmayacaktır.

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-soyadı, İmzası

Araş. Gör. Msc. Aylin Aktaş (Doktora Öğrencisi)

Ek 5: HASTA BİLGİ FORMU

1. **Anket No**: **Yatış Tarihi:**
2. **Grup:** 1- Deney 2- Kontrol **Taburculuk Tarih**i:
3. **Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Skalası Puanı *(Hasta Dosyasından Alındı)*:**
4. **İnme Türü *(Hasta Dosyasından Alındı):***
5. **İnme Yeri *(Hasta Dosyasından Alındı):*** 1- Sağ 2- Sol 3- Bilateral
6. **Klinik Sendromu *(Dosyadan Alındı):*** 1- LACI (laküner infarkt), 2- PACI (parsiyel anterior sirkulasyon infarkt), 3- POCI (posterior sirkulasyon infarkt)
7. **Etyolojik Sınıflama *(Dosyadan Alındı):***1- Büyük damar aterosklerozu 2- Kardiyoembolizm 3- Küçük damar oklüzyonu 4- Nedeni belirlenemeyen iskemik inme 5- Diğer nedenlere bağlı bilinen inme 6-Birden fazla açıklayıcı neden
8. **Yaş:**…….
9. **Cinsiyet:** 1- Kadın 2- Erkek
10. **Medeni Durum:** 1- Bekâr 2- Evli 3- Dul/ Boşanmış **Var ise, çocuk sayısı:**
11. **EğitimDurumu:**1-Okur/yazardeğil2-Okur-yazar3-İlköğretim4-Lise5-Yükseköğretim
12. **İş/Mesleki Durumu**: 1-Ev Hanımı 2-İşçi 3-Memur 4-Serbest Meslek 5-İşsiz 6-Emekli
13. **Ekonomik Durumu**: 1-Gelir giderden az 2-Gelir giderden fazla 3-Gelir gider ile dengeli
14. **Kronik Hastalıkları**: 1- Var 2- Yok Var ise: 1- Hipertansiyon 2- Diyabet 3- Epilepsi 4- Diğer:

Ek 6: HASTA YAKINI BİLGİ FORMU

1. **Anket No:**
2. **Grup**: 1- Deney 2- Kontrol
3. **Yaş:**
4. **Cinsiyet**: 1- Kadın 2- Erkek
5. **Medeni Durum**: 1- Bekâr 2- Evli 3- Dul/ Boşanmış **Var ise, çocuk sayısı:**
6. **Eğitim Durumu:**1-Okur/yazar değil 2-Okur-yazar 3-İlköğretim 4-Lise 5- Yükseköğretim
7. **İş/Mesleki Durumu**: 1-Ev Hanımı 2-İşçi 3-Memur 4-Serbest Meslek 5-İşsiz 6-Emekli 7-Diğer
8. **Ekonomik Durumu:** 1-Gelir giderden az 2-Gelir giderden fazla 3-Gelir gider ile dengeli
9. **Yakınlık derecesi**: 1- Eşi 2- Yetişkin çocuk 3- Diğer……
10. **Kronik Hastalıkları:** 1- Var 2- Yok **Var ise**: 1- Hipertansiyon 2- Diyabet 3- Epilepsi 4- Diğer:……

Ek 7: RANKİN SKALASI

	Bulgular	Hastaneye Kabulde	3.Ay	6.Ay
0	Hiç semptom yok			
1	Belirgin defisit yok, semptomlara rağmen hasta günlük aktivitelerini ve görevlerini yerine getiriyor.			
2	Hafif defisit; geçmişte yaptığı bütün olağan aktiviteleri ve görevleri yapamıyor ama yardım olmaksızın kendi işlerini yapabiliyor.			
3	Orta derecede defisit; kısmen yardıma ihtiyacı var, ama kendi başına yardımsız yürüyebiliyor.			
4	Ağır defisit; yardımsız yürüyemiyor ve yardımsız bedensel ihtiyaçlarını karşılayamıyor.			
5	Çok ağır defisit; yatağa bağımlı, inkontinan ve sürekli hemşirelik bakımına ve dikkatine muhtaç			
6	Ölüm			

Ek 8: BARTHEL İNDEKSİ

Günlük Yaşam Aktivitesi	Yardım	Sınırlı Yardım	Bağımsız	Bağımlı
Beslenme	5:örneğin eti kesmek, tereyağını sürmek için yardım	-	10: yemeği uygun bir sürede tek başına yiyebiliyor, herhangi bir yardımcı araç kullanabilir.	0
Tekerlekli sandalyeden transfer (veya tersine) ve yatakta oturma	5: yatakta oturabilir ancak transfer için max yardım	10: minimum yardım veya süper vizyon	15: transferleri tek başına yapıyor, tekerlekli sandalye frenini kullanıyor, ayaklarını kullanabiliyor	0
Kişisel hijyen (yüz yıkama, saç tarama, traş, diş fırçalama)	-	-	5: hepsini yardımsız yapıyor	0
Tuvalet ihtiyacını giderme	5: yardıma ihtiyaç var		10: tüm ihtiyaçlarını eksiksiz kendisi görebiliyor	0
Banyo yapabilmek, yıkanmak	-	-	5: tüm ihtiyaçlarını eksiksiz kendisi görebiliyor	0
Düz yüzeyde yürümek (veya yürüyemiyorsa yürüyen sandalyeyi ilerletmek)	5: yürüyemiyor ancak tekerlekli sandalye ile kendi başına 40–50 metre gidebilir	10: düz yüzeyde başkasının yardımıyla 40–50 metre yürüyebilir	15: yardım almadan düz yüzeyde 40–50 metre yürüyebiliyor, tekerlekli yürüteç dışında başka yardım araç kullanabilir	0
Merdiven inmek/ çıkmak	5: yardıma veya süper vizyona ihtiyacı var	-	10: inip çıkabilir, yardımcı araç kullanabilir	0
Giyinmek (ayakkabı bağını bağlamak, kemerini takabilmek, fermuarını çekmek, düğme iliklemek ve soyunmak dahil)	5: yardıma ihtiyaç var	-	10: bağımsız	0
İdrar kontrolü	5: arada sırada inkontinans (‹1/ hafta) veya yardımcı araç kullanmak için yardıma ihtiyacı var	-	10: inkontinans yok, gereğinde yardımcı araç kullanabilir	0 İnkontinan veya sonda var
Dışkı kontrolü	5: arada sırada inkontinans (‹1/ hafta) veya fitil kullanmak için yardıma ihtiyaç var	-	10: inkontinans yok, gereğinde fitil kullanabilir	0 İnkontinan

Ek 9: EUROQOL SAĞLIK ANKETİ (EQ-5D)

Aşağıda, her grubun karşısında bulunan kutulardan birine yandaki gibi bir işaret koyarak (☑ bu şekilde), bugünkü sağlık durumunuzu en iyi ifade eden cümleciği işaretleyiniz.

Hareket edebilme

Yürürken, hiç bir güçlük çekmiyorum ❑

Yürürken bazı güçlüklerim oluyor ❑

Yatalağım ❑

Kendime bakmakta güçlük çekmiyorum

Kendi Kendine Bakabilme ❑

Kendi kendime yıkanırken veya giyinirken bazı güçlüklerim oluyor ❑

Kendi kendime yıkanancak veya giyinebilecek durumda değilim ❑

Olağan işler *(örneğin ; iş, ders çalışma, ev işleri, aile içi veya boş zaman faaliyetleri)*

Olağan işlerimi yaparken herhangi bir güçlük çekmiyorum ❑

Olağan işlerimi yaparken bazı güçlüklerim oluyor ❑

Olağan işlerimi yapabilecek durumda değilim ❑

Ağrı/Rahatsızlık

Ağrı veya rahatsızlığım yok ❑

Orta derecede ağrı veya rahatsızlıklarım var ❑

Aşırı derecede ağrı veya rahatsızlıklarım var ❑

Endişe / moral bozukluğu

Endişeli veya moral bozukluğu içinde değilim ❑

Orta derecede endişeliyim veya moralim bozuk ❑

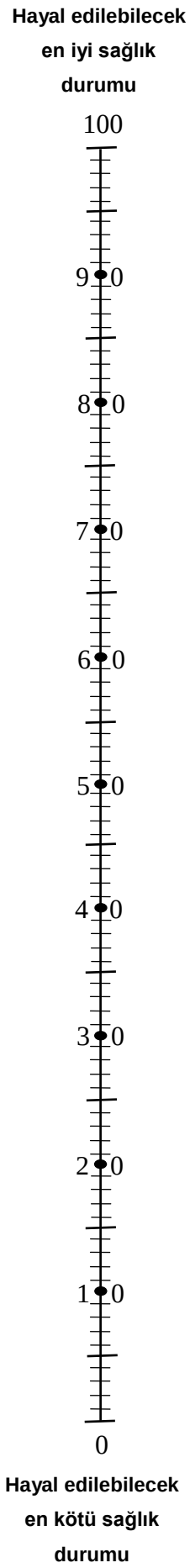
Aşiri derecede endişeliyim veya moralim çok bozuk ❑

Ek 10: EUROQOL SAĞLIK ANKETİ (EQ VAS)

Sağlık durumunun ne kadar iyi veya kötü olduğunu ifade edebilmede yardımcı olabilmek için, üzerinde hayal edilebildiğiniz en iyi sağlık durumunu 100 ile, ve hayal edilebildiğiniz en kötü sağlık durumunu ise 0 ile gösterebileceğiniz, (termometreye oldukça benzeyen) bir ölçek çizdik.

Bu ölçek üzerinde, bugünkü sağlığınızın kendi düşüncenize göre ne kadar iyi veya kötü olduğunu işaretlemenizi istiyoruz. Lütfen, bunu; alttaki kutucuktan, şu anki sağlık durumunuzun ne kadar iyi veya kötü olduğunu gösteren noktaya kadar bir çizgi çizerek yapınız. Çizginiz ölçek üstündeki bir noktayı mutlaka kesmelidir.

Bugünkü sağlık durumunuz



Ek 9 ve Ek 10 devamı:

EuroQol Anketi Skor ($EQ\text{-}5D_{Skor}$) Tablosu

Sağlık Durumu	Skor	Sağlık Durumu	Skor	Sağlık Durumu	Skor	Sağlık Durumu	Skor	Sağlık Durumu	Skor	Sağlık Durumu	Skor
11111	1.0	23133	-0,25	13112	0,37	13231	0,01	22113	0,24	33232	-0,37
11112	0,85	23211	0,33	13113	0,20	13232	-0,06	22121	0,62	33233	-0,54
11113	0,41	23212	0,26	13121	0,31	13233	-0,22	22122	0,55	33311	0,03
11121	0,80	23213	0,10	13122	0,24	13311	0,34	22123	0,12	32112	0,16
11122	0,73	23221	0,21	13123	0,08	13312	0,27	22131	0,09	32113	0,00
11123	0,29	23222	0,14	13131	0,05	13313	0,11	22132	0,02	32121	0,11
11131	0,26	23223	-0,03	13132	-0,02	13321	0,22	22133	-0,14	32122	0,04
11132	0,19	23231	-0,05	13133	-0,19	13322	0,15	22211	0,71	32123	-0,13
11133	0,03	23232	-0,13	13211	0,40	13323	-0,02	22212	0,64	32131	-0,15
11211	0,88	23233	-0,29	13212	0,33	13331	-0,04	22213	0,21	32132	-0,22
11212	0,81	23311	0,27	13213	0,16	13332	-0,11	22221	0,59	32133	-0,39
11213	0,38	23312	0,20	13221	0,28	13333	-0,28	22222	0,52	32211	0,20
11221	0,76	23313	0,04	13222	0,21	21111	0,85	22223	0,08	32212	0,13
11222	0,69	23321	0,15	31112	0,27	21112	0,78	22231	0,06	32213	-0,04
11223	0,25	23322	0,08	31113	0,10	21113	0,35	22232	-0,02	32221	0,07
11231	0,23	23323	-0,09	31121	0,21	21121	0,73	22233	-0,18	32222	0,00
11232	0,16	23331	-0,11	31122	0,14	21122	0,66	22311	0,38	32223	-0,16
11233	-0,01	23332	-0,18	31123	-0,02	21123	0,22	22312	0,31	32231	-0,19
11311	0,56	23333	-0,35	31131	-0,05	21131	0,20	22313	0,15	32232	-0,26
11312	0,49	31111	0,34	31132	-0,12	21132	0,12	22321	0,26	32233	-0,43
11313	0,32	12132	0,09	31133	-0,29	21133	-0,04	22322	0,19	32311	0,14
11321	0,43	12133	-0,08	31211	0,30	21211	0,81	22323	0,02	32312	0,07
11322	0,36	12211	0,78	31212	0,23	21212	0,74	22331	0,00	32313	-0,10
11323	0,20	12212	0,71	31213	0,06	21213	0,31	22332	-0,07	32321	0,02
11331	0,17	12213	0,27	31221	0,18	21221	0,69	22333	-0,24	32322	-0,06
11332	0,10	12221	0,66	31222	0,11	21222	0,62	23111	0,37	32323	-0,22
11333	-0,07	12222	0,59	31223	-0,06	21223	0,19	33112	0,05	32331	-0,25
12111	0,82	12223	0,15	31231	-0,09	21231	0,16	33113	-0,11	32332	-0,32
12112	0,74	12231	0,12	31232	-0,16	21232	0,09	33121	0,00	32333	-0,48
12113	0,31	12232	0,05	31233	-0,32	21233	-0,08	33122	-0,07	33111	0,12
12121	0,69	12233	-0,11	31311	0,24	21311	0,49	33123	-0,24	33312	-0,04
12122	0,62	12311	0,45	31312	0,17	21312	0,42	33131	-0,26	33313	-0,21
12123	0,19	12312	0,38	31313	0,01	21313	0,25	33132	-0,33	33321	-0,09
12131	0,16	12313	0,22	31321	0,12	21321	0,36	33133	-0,50	33322	-0,17
23112	0,30	12321	0,33	31322	0,05	21322	0,29	33211	0,09	33323	-0,33
23113	0,13	12322	0,26	31323	-0,12	21323	0,13	33212	0,02	33331	-0,36
23121	0,24	12323	0,09	31331	-0,14	21331	0,10	33213	-0,15	33332	-0,43
23122	0,17	12331	0,07	31332	-0,21	21332	0,03	33221	-0,04	33333	-0,59
23123	0,01	12332	0,00	31333	-0,38	21333	-0,13	33222	-0,11	Bilinçsiz	-0,40
23131	-0,02	12333	-0,17	32111	0,23	22111	0,75	33223	-0,27	UKA1 versiyon	
23132	-0,09	13111	0,44	13223	0,04	22112	0,68	33231	-0,30		

EuroQol Anketi Skorlarının($EQ\text{-}5D_{Skor}$) Matematiksel Hesaplanması

EuroQol Boyutları	**Düzey 2**	**Düzey 3**
Hareket	0,069	0,314
Kendi Kendine Bakabilme	0,104	0,214
Olağan İşler	0,036	0,094
Ağrı/Rahatsızlık	0,123	0,386
Endişe/ Moral Bozukluğu	0,071	0,236
	Sabit: 0,081	N3: 0,269

1. Tam Sağlık (11111): 1,0 den

2. Herhangi bir boyutta düzey 2 ve 3 bildirildiyse 0,081 (sabit) çıkarılır.

3. Düzey 2 ve 3 olarak bildirilen boyutların hesaplama tablosunda gösterilen değerleri çıkarılır.

4. Düzey 1 olarak bildirilen boyutlar hesaplamaya dahil edilmez.

5. Düzey 3 olarak bildirilen boyut varsa 0,269 (N3 faktör) çıkarılır.

Örnek: 11223 ***Yöntem-1:*** Skor Tablosundan değer (0,25) bulunur.

Yöntem-2: 1,0-0,081-0,036-0,123 -0,269=0,255 olarak hesaplanır.

Ek 11: BECK DEPRESYON ENVANTERİ

YÖNERGE: Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. **Son bir hafta içindeki (şu an dahil)** kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1. a) Kendimi üzgün hissetmiyorum
   b) Kendimi üzgün hissediyorum.
   c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
   d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. a) Gelecekten umutsuz değilim.
   b) Gelecek konusunda umutsuzum
   c) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
   d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
3. a) Kendimi başarısız görmüyorum.
   b) Herkesten daha fazla başarısızlıkların oldu sayılır.
   c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlıklarımın olduğunu görüyorum.
   d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
4. a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
   b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
   c) Artık hiçbir şeyden gerçek zevk alamıyorum.
   d) Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı.
5. a) Kendimi suçlu hissetmiyorum
   b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
   c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum
   d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6. a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygulara içinde değilim.
   b) Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim.
   c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
   d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
7. a) Kendimden hoşnutum.
   b) Kendimden pek hoşnut değilim.
   c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
   d) Kendimden nefret ediyorum.
8. a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.
   b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
   c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.
   d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
   b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.
   c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
   d) Eğer fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
10. a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
    b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.
    c) Şimdilerde her an ağlıyorum.
    d) Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
11. a) Eskisine göre daha sinirli ve tedirgin sayılmam.
    b) Her zamankinden biraz daha tedirginim.
    c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
    d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.

12. a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum
b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.
b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum.
c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
d) Hiç çalışamıyorum
16. a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.
b) Şimdilerde eskisi kadar rahat ve kolay uyuyamıyorum.
c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum
b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ev çabuk yoruluyorum
d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
18. a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
c) Şimdilerde iştahım epey kötü.
d) Artık hiç iştahım yok.
19. a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum
b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.
c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
20. a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum.
21. a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
d) Cinsel konulara ilgimi kaybettim.

Ek 12: DURUMLUK ANKSİYETESİ

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden size uygun olanını işaretleyerek belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamen
1. Şuanda sakinim.				
2. Kendimi emniyette hissediyorum.				
3. Şuanda sinirlerim gergin.				
4. Pişmanlık duygusu içindeyim.				
5. Şuanda huzur içindeyim.				
6. Şuanda hiç keyfim yok.				
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum.				
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.				
9. Şuanda kaygılıyım.				
10. Kendimi rahat hissediyorum.				
11. Kendime güvenim var.				
12. Şuanda asabım bozuk.				
13. Çok sinirliyim.				
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.				
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum.				
16. Şuanda halimden memnunum.				
17. Şuanda endişeliyim.				
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.				
19. Şuanda sevinçliyim.				
20. Şuanda keyfim yerinde.				

Ek 13: SÜREKLİ ANKSİYETESİ

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden size uygun olanını işaretleyerek belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
1. Genellikle keyfim yerindedir.				
2. Genellikle çabuk yoruluyorum.				
3. Genellikle kolay ağlarım.				
4. Başkaları kadar mutlu olmak isterim.				
5.Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırırım.				
6. Kendimi dinlenmiş hissederim.				
7.Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.				
8.Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim.				
9. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.				
10. Genellikle mutluyum.				
11. Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.				
12. Genellikle kendime güvenim yoktur.				
13. Genellikle kendimi güvende hissederim.				
14.Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.				
15. Genellikle kendimi hüzünlü hissederim.				
16. Genellikle hayatımdan memnunum.				
17. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.				
18. Hayal kırıklıklarını öyle ciddiye alırım ki hiç unutamam.				
19. Aklı başında ve kararlı bir insanım.				
20. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.				

Ek 14: EĞİTİM KİTAPÇIĞI

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	AYLİN	**Soyadı**	AKTAŞ
Doğ.Yeri	ANKARA	**Doğ.Tar.**	09.11.1979
Uyruğu	T.C.	**TC Kim No**	28516665650
Email	aylin_aktas79@hotmail.com	**Tel**	0 212 440 00 00/ 27086

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	
Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2005
Lisans	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Y.O	2001
Lise	Çorlu Lisesi	1996

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Araştırma Görevlisi	İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu	2002-devam ediyor
2.	Hemşire	Özel Şifa Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesi	Ekim 2001-Temmuz 2002
3.	Öğrenci Hemşire	İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Kadın-Doğum A.D. Ürojinekoloji Birimi	Mayıs-Ekim 2000

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**(Diğer) Puanı**
İngilizce	İyi	Orta	İyi	ÜDS (67,50)	

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı	-	-	-

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft Office Programları (Word, Excel,Powerpoint)	İyi
SPSS	İyi

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

Kitap Bölüm Yazarlığı

- Acaroğlu, R., Şendir, M., Kaya, H., Büyükyılmaz FE, **Aktaş A**. (2008). Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Aktivitesi. İçinde K. Babadağ, T. Aştı, Atabek (Ed.), *Hemşirelik Esasları Uygulama Kitabı*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd., Şti.

SCI/ *Social Science Citation Index (SSCI) Kapsamındaki Yayınlar*

- **Aktaş, A**, Aştı, T., Şendir, M. (2009). Caregiver Training in Stroke Rehabilitation (Abstract). *Europan Journal of Neurology*. **16 (1)**, 313.

Uluslararası Yayınlar

- Erdoğan, S., **Aktaş, A.**, Bayram, G.O. (2009). Sığınma evinde yaşayan bir grup kadının şiddet deneyimleri ve baş etme yaklaşımları: niteliksel bir çalışma. ***Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi***. **6 (1),** 807-824.

Uluslararası Kongrelerde Sunulan Poster

- **Aktaş, A.**, Aştı, T., Şendir, M. Caregiver Training in Stroke Rehabilitation. *Europan Federation of Neurology Societies Congress*, İtaly, 12-15 September 2009.
- **Aktaş, A.**, Aştı, T., Nursing Diagnoses on Rehabilitation Phase in Stroke Patients. *6th World Stroke Congress*, Vienna-Austria, 24-27 September 2008.

Ulusal Hakemli Dergilerde Yayimlanan Makaleler

- Şendir, M., Acaroğlu, R., **Aktaş, A**. (2009). Hemşirelik yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin hemşirelik sürecine ilişkin bilgi ve görüşleri. İstanbul Üniversitesi *Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 17(3);166-173.
- Bayram, G.O., **Aktaş, A.** (2008). Menstruasyon sporcularda günlük yaşam aktivitelerini nasıl etkiler? *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. **24 (1),** 113-121.
- **Aktaş A**, Aştı T. (2005) Kadınlarda Sigara Bırakma Tutum Anketi' nin (KSBTA) dil eşdeğerliği ve güvenirliği. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Bülteni.* **15(58)**, 40-47 (Yüksek Lisans Tezi).
- Babadağ, K., Kaya, H., Kaya, N., **Aktaş, A.** (2004). Öğrencilerin NANDA hemşirelik tanılarında yaptıkları terminolojik hatalar. *Hemşirelik Forumu.* **4(4)**,32-37.

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

Kitap okumak, Spor yapmak.