



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISI ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE
VERSİYONUNUN İNMELİ HASTALARDA GEÇERLİLİK
VE GÜVENİLİRLİĞİ**

Büşra ÇATALTAŞ

**Mayıs 2019
DENİZLİ**

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISI ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE
VERSİYONUNUN İNME Lİ HASTALARDA GEÇERLİLİK VE
GÜVENİLİRLİĞİ**

**FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Büşra ÇATALTAŞ

Tez Danışmanı: Dr. Öğretim Üyesi Tuba CAN AKMAN

Denizli, 2019

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU

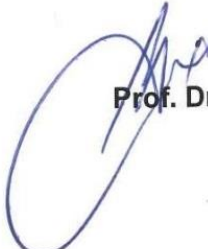
Büşra ÇATALTAŞ tarafından Dr. Öğretim Üyesi Tuba CAN AKMAN yönetiminde hazırlanan “**Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği’nin Türkçe Versiyonunun İnmeli Hastalarda Geçerlilik ve Güvenilirliği**” başlıklı tez tarafımızdan okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı ve Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Tuba CAN AKMAN.....
Pamukkale Üniversitesi

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Feride YARAR.....
Pamukkale Üniversitesi

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Sebahat Yaprak ÇETİN.....
Akdeniz Üniversitesi

Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu’nun
07.05.2019 tarih ve 16-4 sayılı kararıyla onaylanmıştır.


Prof. Dr. Hakan AKÇA
Müdür

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

Öđrenci Adı Soyadı : Búřra ÇATALTAŞ

İmza : 

ÖZET

SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISI ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE VERSİYONUNUN İNME Lİ HASTALARDA GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ

Büşra ÇATALTAŞ
Yüksek Lisans Tezi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon AD
Tez Yöneticisi: Dr. Öğr.Üyesi Tuba CAN AKMAN

Mayıs 2019, 44 Sayfa

Amaç: Bu çalışmanın amacı 'Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği'nin inmeli hastalar üzerinde geçerliğini ve güvenilirliğini araştırmak ve sosyal görünüş kaygısının inme sonrası anksiyete ve depresyon üzerine etkisini belirlemektir.

Metod: Bu çalışmaya Denizli'de yaşayan çalışmaya katılmayı kabul eden 30 yaş ve üzeri 80 inmeli birey (hemiplejik/hemiparetik) alınmıştır. Olgulara demografik bilgi formu Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD), Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (SGKÖ) uygulanmıştır. Ölçeği test tekrar test güvenilirliği için 20 hastaya bir hafta sonra Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği tekrar uygulanmıştır. Güvenirlik analizi için, test-tekrar test ve iç tutarlılık analizi yapılmıştır. Geçerlilik analizi için açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ölçüte bağlı geçerliği saptamak amacıyla ise HAD-A, HAD-D ve Rosenberg Benlik Saygısı ölçeklerine göre Pearson katsayısı kullanılarak korelasyonuna bakılmıştır.

Bulgular: Güvenilirliğine ilişkin bulgulara bakıldığında madde analizinde 15. Madde hariç tüm maddeler anketin toplam puanı ile anlamlı olarak orta ve yüksek düzey korelasyonu ($r= 0.46- 0.84$ arasında) saptanmıştır ($p<0.001$). İç tutarlılık analizi için yapılan Cronbach-alfa katsayısı 0.91 ve test- tekrar test güvenilirlik katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur ($p<0.001$). Geçerlilik analizinde ölçeğin HAD-A, HAD-D ve Rosenberg Benlik Saygısı ölçekleriyle zayıf ve orta derecede korele olduğu saptanmıştır. ($r=0.358- 0.634$ arasında)

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçlarına göre Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği inmeli hastalarda uygulanabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçektir. İnmeli bireylerde görülen sosyal görünüş kaygısının anksiyete ve depresyon ile ilişkisi olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: inme, sosyal görünüş kaygısı, geçerlik, güvenilirlik

ABSTRACT**THE VALIDITY AND RELIABILITY OF THE TURKISH VERSION OF SOCIAL APPEARANCE ANXIETY SCALE IN STROKE PATIENTS**

Büşra ÇATALTAŞ

M.Sc. Thesis in Physical Therapy and Rehabilitation

Supervisor: Asst. Prof. Tuba CAN AKMAN

May 2019, 44 Pages

Objective: The aim of this study was to investigate the validity and reliability of the Social Appearance Anxiety Scale (SAAS) in stroke patients and to determine the effect of social appearance anxiety on anxiety and depression after stroke.

Methods: This study was included 80 subjects (hemiplegic / hemiparetic) who were 30 years and over aged and agreed to participate in the study in Denizli. The demographic information form, Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE), Hospital Anxiety Depression Scale and Social Appearance Anxiety Scale were applied. Test-retest reliability (20 patients; 7days interval) was described by using Pearson correlation analysis. For reliability analysis, test-retest and internal consistency analysis were performed. Exploratory and confirmatory factor analysis was performed for validity analysis. In order to determine of criterion-related validity, the relationship between the SAAS and HAD-A, HAD-D, RSE were examined by Pearson correlation analysis.

Results: Findings on reliability; all items except the 15th item total correlation coefficient were detected between medium and strong levels ($r=0.46- 0.84$ $p <0.001$). Cronbach-alpha coefficient for the internal consistency analysis was 0.91, and the test-retest reliability coefficient was 0.83 ($p <0.001$). In the validity analysis, the scale was weak and moderately correlated with HAD-A, HAD-D and Rosenberg Self-Esteem scales ($r=0.358- 0.634$).

Conclusion: Social Appearance Anxiety Scale is a valid and reliable scale for stroke patients. The relationship between anxiety and depression was found to be related to social appearance anxiety in stroke individuals.

Keywords: stroke, social appearance anxiety, validity, reliability

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim boyunca ve tez sürecince benden hiçbir zaman yardımını esirgemeyen, yapamam dediğim anlarda beni cesaretlendiren ve bana güvenen bilgi ve deneyimlerinden çokça faydalandığım tez danışmanım sevgili hocam Dr. Öğretim Üyesi Tuba CAN AKMAN' a,

Tezin istatistik kısmındaki katkılarından dolayı Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan Uzm. Dr. Caner ÖZDEMİR' e,

Tezimin veri toplama aşamasında destek veren tüm fizyoterapist ve sekreter arkadaşlarıma özellikle Fzt. Kezban TAŞLI' ya,

Hayatım boyunca desteklerini her zaman arkamda hissettiğim değerli ağabeylerim Fatih ve Yusuf AKIL' a,

Bana her koşulda güvenen hiçbir zaman desteğini esirgemeyen azmine ve enerjisine hayran olduğum, hayatımda olduğu için kendimi çok şanslı hissettiğim sevgili annem Ayşe AKIL' a,

Onunla olmaktan her zaman mutluluk duyduğum, sevgisi ve anlayışıyla bana tez aşamasında çokça destek olan, maddi manevi yardımlarını esirgemeyen hayat arkadaşım, eşim Zahid ÇATALTAŞ' a,

Sonsuz teşekkür ederim.

Bu hastalıkla 10 yıl mücadele vermiş merhum babacığıma ithafen...

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ	1
1.1 AMAÇ	1
2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI	2
2.1 İnme	2
2.1.1 Tanım	2
2.1.2 Epidemiyoloji	2
2.1.3 Risk Faktörleri	3
2.1.4 Serebral Vasküler Anatomi	3
2.1.5 Patofizyoloji ve İnme Tipleri	4
2.1.5.1 İskemik İnme	4
2.1.5.2 Hemorajik İnme	5
2.1.6 İnme Komplikasyonları	5
2.2 İnme İle İlişkili Bozukluklar	6
2.2.1 Bilişsel Bozukluklar	6
2.2.2 İletişim Bozuklukları	6
2.2.3 Motor Bozukluklar	7
2.2.4 Denge ve Postürel Bozukluklar	8
2.3 İnme İle İlişkili Psikososyal Sorunlar	9
2.3.1 Sosyal İzolasyon	9
2.3.2 Depresyon ve Anksiyete	10
2.3.3 Sosyal Görünüş Kaygısı	10
2.4 Geçerlik ve Güvenilirlik	13
2.4.1 Güvenilirlik	13
2.4.1.1 Değişmezlik	13
2.4.1.2 Puanlayıcı Güvenilirliği	13

2.4.1.3 İç Tutarlılık	14
2.4.2 Geçerlik	15
2.4.2.1 Kapsam / İçerik Geçerliği	15
2.4.2.2 Ölçüt Bağımlı Geçerlik	15
2.4.2.3 Yapı Geçerliği	15
2.5 Çalışmanın Hipotezleri	16
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	17
3.1 Çalışmanın Yapıldığı Yer	17
3.2 Çalışmanın Süresi	17
3.3 Katılımcılar	17
3.3.1 Gönüllüler İçin Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri	17
3.3.2 Gönüllüler İçin Dışlanma Kriterleri	18
3.4 Veri Toplama Yöntemleri	18
3.4.1 Sosyodemografik Bilgiler Kayıt Formu	18
3.4.2 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	18
3.4.3 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	18
3.4.4 Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği	19
3.5 İstatiksel Analiz	19
4. BULGULAR	20
5.TARTIŞMA	31
6.SONUÇLAR	36
7.KAYNAKLAR	37
8.ÖZGEÇMİŞ	44
9.EKLER	
Ek-1 Etik Kurul Onay Formu	
Ek-2 Sosyodemografik Bilgiler Kayıt Formu	
Ek-3 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	
Ek-4 Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği	
Ek-5 Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği	

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1.1 Hastaların kadın ve erkek oranları.....	20
Şekil 4.1.2 Hastaların yardımcı cihaz kullanım sayıları.....	21
Şekil 4.2.1 Yamaç Birikinti Grafiği.....	24
Şekil 4.2.2 Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	25



TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1 İnmede Risk Faktörleri	3
Tablo 2.1.2 Akut İnme Rehabilitasyonunda İzlenen Tıbbi Komplikasyonlar.....	5
Tablo 2.2 Motor İyileşmede Brunstorm Evreleri	7
Tablo 4.1.1 Hastaların klinik ve demografik özellikleri	19
Tablo 4.1.2 Hastaların dominant taraf ve etkilenmiş taraf karşılaştırması	21
Tablo 4.2.1 SGKÖ 'nin Faktör Modeli Yönünden Değerlendirilmesi	22
Tablo 4.2.2 SGKÖ Maddelerinin Faktör Yükleri	23
Tablo 4.3.1 Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeğinin Madde Analizi	26
Tablo 4.3.2 Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği Alt Maddeleri ile Toplam Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği Arasındaki Korelasyon	27
Tablo 4.3.2.1 Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği'nin İç Tutarlılığı	28
Tablo 4.3.3.1 Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği'nin Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyonu.....	28
Tablo 4.3.3.2 Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği'nin Test-Tekrar Test Puanlarının Karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.4.1 HAD-D, HAD-A, Rosenberg ortalamaları.....	29
Tablo 4.4.2 SGK Ölçeği Toplam Puanının HAD-D, HAD-A, RBSÖ ile Arasındaki Korelasyonu	29

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AFA.....	Açımlayıcı Faktör Analizi
AFO.....	Ayak-ayak bileği ortezi
APA.....	American Psychiatric Association
DFA.....	Doğrulayıcı Faktör Analizi
HAD.....	Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği
KMO.....	Kaiser Meyer Olkin Testi
KR 20.....	Kuder Richardson 20
LISREL.....	Linear Structural Relation Statistics Package Program
MMDD.....	Mini- Mental Durum Değerlendirmesi
NFI.....	Normed Fit Index, Normlaştırılmış Uyum İndeksi
PSA.....	İnme Sonrası Anksiyete
PSD.....	İnme Sonrası Depresyon
RBSÖ.....	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
RMSEA.....	Root Mean Square Error of Approximation, Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü
RSD.....	Refleks Sempatik Distrofi
RSE.....	Rosenberg Self-Esteem Scale
SAAS.....	Social Appearance Anxiety Scale
SGKÖ.....	Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği
SPSS.....	Statistical Package For Social Science
STREAM.....	Stroke Rehabilitation Assessment of Movement
VKI.....	Vücut Kütle İndeksi
WHO.....	Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ

İnme, fiziksel ve psikolojik bozukluklarla birlikte ani yaşam değişiklikleri getiren bir beyin hasarı şeklidir. İnmenin birey üzerine olumsuz birçok etkisi bulunmaktadır. Fiziksel hasar, psikolojik ve sosyal problemler inmenin birey üzerine oluşturduğu etkilerin başında gelmektedir. İnmenin komplikasyonları çeşitlidir. En önemli komplikasyonlar psikososyal problemler doğrultusunda gelişen duyu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, psikoseksüel bozukluklar ve uyum bozukluğu gibi ruhsal bozukluklardır (Canbek 1996, Özgüven 1997, Sacco 2000).

İnme sonrası duygusal sorunların etiolojisi karmaşıktır, fiziksel ve bilişsel bozukluklar ve aktivite kayıpları duygusal sorunlara zemin hazırlar (Mukherjee vd. 2000). Bu derin değişiklikler, inmeli hastalarda algılanan "kimlik" ve "benlik saygısı" na etki eder. Benlik yaşama uyum sağlamak için önemli bir referanstır. Genel benlik algısının alt bileşenlerinden biri sosyal benlik algısıdır, sosyal benlik algısının bileşenlerinden birisi de sosyal görünüş kaygısıdır. (Hart vd. 1989). Sosyal görünüş kaygısı; kişilerin kendi fiziksel özelliklerinin başka kimseler tarafından değerlendirilirken hissettikleri kaygı ve gerginlik halidir (Hart vd. 2008). Sosyal görünüş kaygısının genel benlik saygısı ve öz güven üzerine olumsuz etkileri bilinmektedir. (Welk ve Eklund 2005, Özcan vd. 2013)

Fiziksel ve psikolojik zorluklardan ötürü bedensel değişiklikler ile inmeden sonra benlik algısı arasındaki ilişkiyi araştıran az sayıda çalışma vardır. Sosyal görünüş kaygısını araştıran çalışmalar akneli, obez bireyler ve öğrenciler üzerine yoğunlaşmıştır. İnme sonrası sosyal görünüş kaygısını araştıran çalışma bulunmamaktadır.

1.1 AMAÇ

Bu çalışmanın amacı sosyal görünüş kaygısı ölçeğinin inmeli hastalar üzerinde geçerliliğini araştırmak ve sosyal görünüş kaygısının inme sonrası anksiyete ve depresyon üzerine etkisinin olup olmadığını incelemektir.

2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI

2.1. İNME

2.1.1. Tanım

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 'nün tanımlamasına göre inme; vasküler nedenler dışında başka bir sebebe bağlı olmayan, semptomların 24 saatten fazla sürdüğü veya ölümlle sonuçlandığı, fokal veya global serebral fonksiyon kaybına ait belirti ve bulguların hızlıca ortaya çıkması şeklindeki klinik bir sendromdur (Sudlow ve Warlow 1996). Dünyada en sık görülen nörolojik problemlerin başında gelen inme için stroke ve serebrovasküler hastalık terimleri de kullanılmaktadır.

2.1.2. Epidemiyoloji

İnme yetişkin yaşamda engellilik oluşturan hastalıkların başında gelir. İnme gelişmiş ülkelerde kanser ve kardiyovasküler hastalıklardan sonra mortalite açısından 3. sıradadır (Bartels 2004). Dünya üzerinde her yıl on beş milyon kişi inme ile yüzyüze gelmektedir. Bu bireylerin beş milyonunun hayatını kaybettiği, beş milyonunun ise kalıcı hasar yaşadığı bildirilmiştir (Tosun vd. 2010). İnme ölümcül bir hastalık olması nedeniyle araştırmalar mortalite ve hastalığın yeniden nüks etmesi üzerine yoğunlaşmıştır. Fakat son 25 yıldır gelişen teknoloji ve sağlık alanındaki yeniliklerle beraber inme sonrası mortalite oranı batı dünyasında %7 azalmıştır (Davis vd. 1997). Mortalitenin azalmasıyla beraber rehabilitasyon alanında karşımıza yeni sorunlar çıkmaktadır. İnmeli bireylerde gelişen sorunlar onları fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak etkiler ve hayat kalitesinde önemli ölçüde azalmaya sebep olur. İnmeden 3 yıl sonra hastaların, %51'inde engellilik durumu gerçekleştiği ve %26'sında ciddi boyutlarda özürülük yaşandığı daha uzun dönemde ise özürülük oranının %12-64 arasında değiştiği bilinmektedir (Patel vd. 2006). Bu nedenle inme sonrası yaşam kalitesinin artırılması ve rehabilitasyon üzerine yoğunlaşan araştırmalar önemlidir. Literatürde inme sonrası görülen engellilik durumuyla yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur, engellilik ve özürülük oranlarının düşürülmesiyle yaşam kalitesinin artması öngörülebilir bir durumdur (Üzen 2010).

2.1.3. Risk Faktörleri

Risk faktörü, bir hastalığın oluşmasına etkili olabilecek nedenlerdendir. İnmenin risk faktörlerinin saptanması hastalığı önlemek ve riski azaltmak için önem arz etmektedir. İnmede görülen risk faktörleri aşağıdaki tabloda değiştirilebilir ve değiştirilemeyen olarak ikiye ayrılmış bir şekilde gösterilmektedir (Tablo 2.1)

Tablo 2.1.1 İnmede Risk Faktörleri

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	Değiştirilebilen Risk Faktörleri	
	<u>Kesinleşmiş</u>	<u>Kesinleşmemiş</u>
YAŞ	Hipertansiyon	Ağır Alkol Kullanımı
	Diyabetes Mellitus	Obezite
CİNSİYET	Kalp Hastalıkları	Beslenme Alışkanlıkları
	Hiperlipidemi	Fiziksel İnaktivite
IRK	Sigara	Hiperhomosisteinemi,
	Artmış Fibrinojen	Hormon Kullanımı
AİLE ÖYKÜSÜ/HEREDİTE	Eritrositoz,	Hiperkoagülabilité
	Aseptomatik Karotis Stenoza	İnflamasyon
	Geçirilmiş İnme	Migren
	Geçici İskemik Atak	

2.1.4. Serebral Vasküler Anatomi

Beynin kanlanması Carotis interna'lar ve vertebro baziler arter sistemi ile sağlanır. Bu iki sistem arasında beynin bazalinden Willis poligonu denen etkili bir anastomos şebekesi vardır; a. communicans anterior sağ- sol karotis anastomozu a. communicans posterior karotis- vertebro baziler anastomozu işlevi görür. Beyin sapı ve serebellum vertebro baziler sistem tarafından kanlandırılır. Bir serebral hemisferin hemen tamamı a. carotis internanın iki büyük üç dalı (a. serebri media ve anterior) ve a. basilarisin bir dalıyla (a. cerebri posterior) kanlanır; bu üç arterin kortikal dalları arasında pial anastomozlar bulunur. Capsüla interna ve bazal gangliyonlar karotis ve vertebro baziler sistemlerin penetran dalları tarafından kanlandırılır, fakat bu dallar arasında etkili anastomotik bağlantılar bulunmaz. A. carotis interna'nın oftalmik ve karotikotimpanik dallarıyla a. carotis eksterna'nın dalları arasında gerektiğinde etkili

çalışabilen anastomozlar vardır; a. carotis interna'nın stenozlarında ve yavaş gelişen tıkanmalarında bu anastomozlar beynin kanlanmasına katkıda bulunur.

Ayrıca kafa dışında a. subklavia dallarıyla a. vertebralisler arasında anastomotik bağlantılar vardır (Yaltkaya 2000).

2.1.5. Patofizyoloji ve İnme Tipleri

Kalbin pompaladığı kanın beşte biri beyine gelir (1000 ML/ dk). 100 gram beyin dokusuna dakikada gelen kan miktarına bölgesel kan akımı denir. Beynin her 100 gramına dakikada 50 ml kan gelir; bu miktar gri maddede daha yüksek (80 ml) ak maddede daha düşüktür (25 ml). Beyin bu kanla metabolik gereksinimlerini karşılar ve 100 gram beyin dokusu dakikada 3.3 ml oksijen 5,5 mg glikoz tüketir. Beyne gelen kan akımı belirli sınırlar içindeki kan basıncı değişikliklerine rağmen sabit tutulur; kan basıncı düşüncü serebral arterler genişler, yükselince daralır ve böylece içinden geçen kan miktarını sabit tutar. Bu mekanizmaya serebral otoregülasyon denir. Serebral otoregülasyon ortalama arteriyel basıncın 70 -160 mmHg arasındaki değişikliklerinde işler, fakat bu limitleri aşan hipotansiyon ve hipertansiyonda yetersiz kalır (Yaltkaya 2000). Kan akımının tamamen kesilmesi durumunda nöronların glikoz ihtiyacı karşılanamaz, hücre nekrozu gelişir ve 4-10 dakika içerisinde beyin dokusunda geri dönüşümsüz ölüm gerçekleşir (Topçu ve Oğuz 2017).

İnme iskemik ve hemorajik olarak iki gruba ayrılır. İskemik inmede yetersiz kanlanma vardır hemorajik inmede ise vasküler ya da başka bir nedenden dolayı oluşan kanama beyin dokusunda birikmekte ve orayı hasara uğratmaktadır.

2.1.5.1. İskemik inme

Netter (2007) iskemik inmeyi şöyle tanımlamıştır:

“Trombotik veya embolik vasküler tıkanma veya kan akışında sistemik azalma olması iskemik inmeye neden olur. Aterosklerotik bir plak üzerinde oluşan kan pıhtısı olan trombuslar iç karotid veya vertebral arterler gibi geniş ekstrakraniyal damarlarda ağır bir daralma yapabilir veya ince, derin, penetre olmuş intraserebral damarları tutar. Alyuvar ve trombosit sayılarında artış ve kanın aşırı koagülabilitesi pıhtılaşmaya ve kan akışının azalmasına katkıda bulunabilir. Bir pıhtı, plak veya aglütinasyona uğramış trombositlerin (başlangıçta kalpte veya proksimal arteriyel dallarda meydana gelmiş metaryel) dolaşıma geçmesi ve daha sonra bir distal arteri tıkanması ile oluşan emboli inme ile sonuçlanır. Kalp durması veya şokta olduğu şekilde sistemik kan akışının

durması da beyin kan akışını azaltır ve özellikle, orta ve arka serebral arterler gibi ana serebral kan damarları arasındaki hassas sınır bölgelerinde iskemiye yol açar.”

2.1.5.2. Hemorajik İnme

Netter (2007) hemorojik inmeyi şöyle tanımlamıştır:

“İnmeye neden olan subaraknoid kanama genelde bir serebral anevrizmayı işaret eder. Kanama subaraknoid boşluk içinde hızla yayılır ve kafa içi basıncında ani bir artışa yol açar. Subaraknoid kanama semptomları arasında baş ağrısı, kusma ve davranış veya bilincin bozulması yer alır.

İntraserebral kanama veya beyin parenkiması içine kanama olmasının olağan nedeni hipertansiyondur. Kan arteriyel veya kapiller basınç altında beyne geçer ve yerel bir bölgede işlev bozukluğna neden olur. Hematomun geniş olması halinde baş ağrısı ve bilinçte değişiklikler olur.”

2.1.6. İnme Komplikasyonları

Hemipleji hastaları iyileşirken onlara yeni hastalıklar eşlik eder. İnme hastalarının rehabilitasyon fazının daha etkili olabilmesi için bu hastalıkların tanımlanması ve onlara yönelik tedavilerin yapılması önem arz etmektedir (Tablo 2.1.2).

Tablo 2.1.2. Akut İnme Rehabilitasyonunda İzlenen Tıbbi Komplikasyonlar (Gresham 1975, Feigenson 1977, Wade 1987, Dombovy 1987)

KOMPLİKASYON	SIKLIK (%)
TIBBİ	
Pulmoner aspirasyon, pnömoni	40
Üriner sistem enfeksiyonu	40
Depresyon	40
Kas iskelet sistemi ağrısı, RSD*	30
Düşme	25
Malnütrisyon	16
Venöz tromboemboli	6
Bası yarası	3
NÖROLOJİK	
Toksik veya metabolik ensefalopati	10
İnmenin ilerlemesi	5
Nöbet	4

* RSD: REFLEKS SEMPATİK DİSTROFİ

2.2. İNME İLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

2.2.1. Bilişsel Bozukluklar

İnme sonrası bilişsel fonksiyonlarda etkilenme görülür. Bu etkilenmenin şiddeti, lezyonun boyutu ve lokalizasyonu, daha önceki inme, demans veya diğer nörolojik durumlar gibi premorbid faktörlerin olup olmaması gibi çeşitli faktörlere bağlıdır. İnme aynı zamanda kişinin tetikte olma ve dikkat yeteneğini de etkiler. Geniş hemisferik lezyonlar, beyin sapının etkileyen bazı lezyonlar uyku hali yapabilir (Stein ve Brandstater 2012).

Yatak başında mental durum değerlendirmesi, her inme hastasında değerlendirmenin vazgeçilmez bir parçasıdır. Folstein ve arkadaşları (1975) tarafından geliştirilen Mini- Mental Durum Değerlendirmesi (MMDD), mental durum için hızlı bir taramaya olanak veren ve genel mental fonksiyonları geçerli şekilde ölçen yararlı bir testtir.

İnme sonrası hastalarda bilişsel fonksiyonları olumsuz etkileyen dikkat eksikliği, algı yetersizliği, hemispasyal ihmal, depresyon, emosyonel labilite görülebilir. İnmeye bağlı kayıpları tanımada yetersizlik (anosognozi), eldeki nesnelere tanımada başarısızlık (asterognozi), avuç içine yazılan yazıyı tanımada başarısızlık (grafestezi), motor ve duyuşsal fonksiyonlar yerindeyken amaca yönelik istemli bir hareketin yapılamaması (apraksi) gibi bulgular inme sonrası görülebilecek olan bilişsel bozukluklardandır (Stein ve Brandstater 2012).

2.2.2. İletişim Bozuklukları

İletişim herhangi bir enformasyonun alınması, santral sistemlerde işlenerek geri gönderilmesine dayanan karmaşık bir fonksiyondur. Dominant hemisferde herhangi bir anormallik hastanın iletişim kurmasında bir defisit yaratır ve buna afazi denir (Stein ve Brandstater 2012).

İnme sonrası hastaların 3'te birinde afazi gelişir ve bunların %32 ile %50'sinde, afazi 6 ay boyunca devam eder (Memiş ve Tülek 2004). Afazi temel olarak 2 kısımda incelenir; motor afazi (akıcı olmayan, Broca) ve duyuşsal afazi (akıcı olan, Wernicke).

Afazili bireyler sosyal ve duyuşsal olarak etkilenirler. Afazili bireylerin %60'ında inme sonrası 1.yılda depresyon geliştiği gözlenmiştir (Kauhanen vd. 2000).

2.2.3. Motor Bozukluklar

İnmede motor bozuklukla ilgili olarak hastada kuvvet, güç ve koordinasyon kaybı görülebilir. Denge sistemleri, kas tonusu da etkilenen parametreler arasındadır. İnmeli hastalarda motor fonksiyonları değerlendirebilmek için kullanılabilen testlerden biri Brunnstorm değerlendirmesidir (Tablo 2.2). Bu ölçeğin avantajı hızlı yapılabilmesidir fakat kategorizasyonu çok geniştir. Bazı hemipleji hastaları bu evrelere göre iyileşme göstermezler, bazıları evreleri atlayabilirler (Stein ve Brandstater 2012).

Tablo 2.2: Motor İyileşmede Brunnstorm Evreleri (Brunnstrom 1970)

EVRE	ÖZELLİKLER
EVRE 1	Ekstremitelerde hareket yoktur.
EVRE 2	Spastisite ortaya çıkar ve zayıf temel fleksör ve ekstensör sinerjiler vardır.
EVRE 3	Spastisite belirgindir; hasta istemli olarak ekstremitelerini hareket ettirebilir, ancak hareket tamamen sinerji paternleri içerisindedir.
EVRE 4	Hasta fleksör ve ekstansör sinerjiler dışında kaslarını selektif olarak hareket ettirmeye başlar.
EVRE 5	Spastisite azalır; çoğu kas hareketi selektif ve ekstremitelerinden bağımsızdır.
EVRE 6	İzole hareketler düz, fazik, iyi koordine şekilde gerçekleşir.

Üst motor lezyonlu hastalarda kullanılabilen değerlendirme yöntemlerinden biri ise Fugl-Meyer ve arkadaşlarının (1975) geliştirdiği hareket ve yeteneğin derecelendirildiği Fugl-Meyer Motor Değerlendirme ölçeğidir. Collin ve Wade (1990) tarafından geliştiren Motricity İndeksi ve Gövde Kontrol Testi hem üst ekstremiteleri hem de gövde kontrolünü değerlendirir. Başka bir değerlendirme

yöntemi olarak da karşımıza Daley (1999) tarafından geliştirilen Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM) çıkmaktadır.

Spastisite inme sonrası görülebilecek motor bozukluklardandır. Ekstremitayı pasif olarak hareket ettiren kişinin hissettiği direnç spastisite olarak tanımlanabilir.

Kas tonusundaki anormal artışlar hemiparetik ekstremitelerde sıklıkla görülür, ciddi spastisitesi olan hastalar motor kontrol noktasında diğerlerine göre daha yetersizdir (Stein ve Brandstater 2012).

Spastisiteyi değerlendirmek için en sık kullanılan yöntem Ashworth ve Modifiye Ashworth Skalasıdır (Bohannon ve Smith 1987). Tardieu Skalası da spastisiteyi değerlendiren başka bir yöntemdir (Tardieu vd. 1954).

2.2.4. Denge ve Postürel Bozukluklar

İnmede görülen postür ve dengedeki değişiklikler genellikle inmenin şiddetiyle doğru orantılı olarak seyreder. İnme sonrası görülen denge ve postürel etkilenimlerin birçok sebebi olabilir. Bunlar; güç kaybı, serebellar lezyonlar, eklem hareket kısıtlılığı, tonus değişiklikleri, motor bozukluklar ve koordinasyon bozuklukları, duysal, görsel ve vestibüler sistemlere ait sorunlardır. Bu sorunlar hemiplejik hastaların yürüme fonksiyonlarında da değişikliklere sebep olur. İnmeli hastalarda yürüyüşün salınım fazı kısalmıştır, tek basma ve çift basma fazı uzamıştır (Lin 2005). İnmeli hastalar hemiparetik taraflarına yük veremediklerinden dolayı, ayakta durma fazında postürel salınımları artar ve basma fazında stabilite azalır (Shumway-Cook vd. 1988). Hemiplejik hastalarda kalça ekstansiyonunda ve diz fleksiyonunda azalma vardır ve hastalar bunu kompanse etmek için pelvik elevasyon yaparak yürümeyi gerçekleştirirler. Alt ekstremitayı daha ileri atmak için paretik tarafta sirkümdüksiyon hareketi yaparak oraklama tarzı bir yürüyüş gerçekleştirirler (Chen vd. 2005).

2.3. İNME İLE İLİŞKİLİ PSİKOSOSYAL SORUNLAR

2.3.1. Sosyal İzolasyon

Sosyal izolasyon, başkaları ile sosyal erişimin olmaması, diğer bireylerden sosyal destek eksikliği hissedilmesi, toplumdan ve bireyden sürekli olarak soyutlanma, aileye ve topluma fiziksel olarak yakınlaşamama ve onlara anlamlı olarak katkıda bulunamama olarak tanımlanmaktadır (Rittman vd. 2007). İnme sonrası hastalarda fonksiyon ve mobilite parametrelerindeki değişikliklerle beraber sosyal izolasyonu da içeren psikososyal sıkıntılar hissettikleri bilinmektedir (Han ve Haley 1999). İnme hastalarının algıladığı sosyal izolasyon hem kendi duygularında değişikliklere sebep olur hem de mesleki, ev ve toplumsal rollerinde de değişimler yaratabilir (Alaszewski vd. 2003, Rittman vd. 2007). İnme sonrası görülen sosyal izolasyon mortalite ve morbitide oranında artışa sebep olur (O'keefe vd. 2014). Sosyal ilişkilerin mortalite üzerindeki etkisi, fiziksel aktivite ve obezite de dahil olmak üzere risk faktörleriyle karşılaştırılabilir (Holt-Lunstad vd. 2010). Ancak, bu risk faktörlerini anladığımızı göre, yalnızlığın ve sosyal izolasyonun inme etiyojisine etkileri hakkında bilgiler yetersizdir (Valtorta vd. 2016). İnme öncesi görülen sosyal izolasyon inme sonrası depresyon ve inme sonrası anksiyete riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir (Whyte vd. 2004). İnme hastalarının algıladığı sosyal izolasyon aynı yaştaki sağlıklı bireylere göre daha fazladır (Ebrahim vd. 1986) ve tekrarlayan inme olgularında sosyal açıdan izole olmuş bireylerin daha fazla etkilendiği düşünülmektedir (Boden vd. 2005).

Araştırmalara göre, sosyal ilişkilerin sağlığı etkileyebileceği üç ana yol belirlenmiştir: davranışsal, psikolojik ve fizyolojik mekanizmalar (Berkman ve Glass 2014, Hawkey ve Cacioppo 2010). Yalnızlık, özgüvenin düşük olması ve aktif başa çıkma yöntemlerinin sınırlı kullanımı ile bağlantılıdır (Steptoe vd. 2004). Sosyal izolasyon ise öz-yeterlilikteki azalma ile ilişkilidir (McAvay vd.1996). Yalnız hissetmek veya sosyal olarak izole olmak, bozulmuş bağışıklık sistemi ve yüksek tansiyon ile ilişkilendirilir (Grant vd. 2009, Hawkey vd. 2010). Bu nedenle inme hastalarında sosyal izolasyon ve yalnızlık birer risk faktörü olarak değerlendirilebilir.

2.3.2 Depresyon ve Anksiyete

Anksiyete ve depresyon belirtileri inme hastalarında sık görülür (Lincoln vd. 2013). İnme sonrası duygu durum bozuklukları hakkında yapılan çalışmalarda genellikle inme sonrası depresyon (PSD) üzerine odaklanılmıştır (Zavoreo vd. 2009, Kang vd. 2013). Depresyon hem akut fazda (Hosking vd.1996) hem de vasküler olaydan 2 (Caeiro vd. 2006), 3 (Aström vd. 1993) ve 5 (Ayerbe vd. 2011) yıl sonra görülebilir. PSD insidansı akut fazda %10- %50 'lik bir oranda görülür (Johnson vd. 2006) ve kronik dönemde anlamlı ölçüde azalır (Vuletić vd. 2012). İnme sonrası depresyon teşhisini zorlaştıran etmenler arasında bağımsızlığın kaybı nedeniyle görülen normal üzüntü hali, inmeye bağlı emosyonel labilite, uyku bozuklukları yorgunluk, iştah değişimleri gibi inmeye bağlı oluşabilecek sekonder nedenler vardır. Sürekli depresif mizaç, sosyalleşmeye karşı ilgi kaybı ve rehabilitasyon programına sınırlı katılım depresyon belirtileri açısından daha değerlidir (Lazarus vd. 1994). Sürekli depresyon iyileşmede gecikmeye sebep olur ve klinik durumu kötüleştirir. İnme sonrası anksiyete (PSA) hakkındaki bilgiler henüz yenidir fakat inmeden sonra görülen yaygın bir psikolojik durum olarak kabul edilmektedir (Robinson 1997, Wai-Kwong vd. 2013). Literatürde anksiyete'nin akut ve kronik fazdaki sıklığı tartışma konusu olmasına rağmen depresyon ile karşılaştırıldığında anksiyete inmenin uzun süreli bir sonucudur (Morrison vd. 2005).

İNme sonrası depresyonun anksiyete ile beraber görülme oranı siktir bu durumda anksiyete bozukluğunun varlığı PSD prognozunu olumsuz etkileyebilir (Aström 1996).

Literatür PSA ve PSD' nin gelişmesini hasarlı beyin bölgesi, demografik özellikler, bilişsel fonksiyonlar ve fonksiyonel bağımsızlığın kısıtlanmasıyla alakalı olduğundan bahseder (Barker-Collo 2007). Akut fazda depresyonun gelişmesi hasarlı bölge ile alakalı iken depresyonun uzaması psikolojik mekanizmalarla bağlantılıdır (Aström 1996). Majör depresyon ise lezyon varlığı ile açıklanabilmesinden çok bilişsel bozulma ile ilgilidir (Starkstein vd. 1988, Bolla-Wilson vd. 1989). Anksiyete ve depresyon varlığının fiziksel iyileşmeyi ve afazi iyileşmesini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (Parikh vd. 1990).

2.3.3. Sosyal Görünüş Kaygısı

Sosyal görünüş kaygısı; birinin kendi fiziksel görünüşüne ilişkin başkaları tarafından değerlendirilmesi ve böyle bir değerlendirme olabileceğinin ihtimalinin varlığında oluşan bir kaygıdır ve sosyal kaygının bir alt tipidir (Hart vd. 1989).

American Psychiatric Association (APA, 2013) verilerine göre sosyal kaygısı var olan kişiler başkaları tarafından değerlendirilmekten kaygı duyar ve aynı zamanda kaygı duyduğunun anlaşılmasından korkar, bu nedenle belirli sosyal ortamlara girmekten kaçınırlar. Sosyal kaygısı olan bireylerde genellikle düşük benlik saygısı ve eleştirilme korkusu vardır. Sosyal kaygısı olan bireylerde çeşitli belirtiler gözlenebilir. Bunlar; titreme, huzursuzluk, diğer insanlarla etkileşim kurmaktan kaçınma, konuşmanın akıcılığında bozulma, konsantrasyon bozukluğu gibi semptomlardır (Leary ve Meadows 1991). Literatürdeki bazı araştırmalarda sosyal görünüş kaygısının temelinde kişinin kendi vücudunu olumsuz olarak tanımlaması yatmaktadır ve sosyal görünüş kaygısı olumsuz beden imajı ile bağlantılıdır (Doğan 2010). Olumsuz beden imajında bireyin bedeninin tamamı ya da belirli bir kısmıyla ilgili geliştirdiği olumsuz duygu ve düşünceler vardır. Bu düşünceler sonucunda kişi kendi bedeniyle barışık olmadığı için başkaları tarafından olumsuz bir şekilde değerlendirilmekten korkar ve sosyal görünüş kaygısı gelişmiş olur.

İnme sonrası psikososyal sorunların etiyojisi karmaşıktır, fiziksel ve bilişsel bozukluklar ve aktivite kayıpları duygusal sorunlara zemin hazırlar (Mukherjee vd 2006). Bu derin değişiklikler, inmeli hastalarda algılanan "kimlik" ve "benlik algısına" etki eder. Kimlik değişiklikleri "benliği kaybetme" ve garip, yabancı olarak algılanan yeni benden uzak durma hissi gibi algısal değişikliklerden oluşur (Murray ve Harrison 2004) ve beş yıl boyunca devam edebilir (Pallesen 2014). Benlik algısı da inme sonrası bozulmaya uğrar (Ellis-Hill ve Horn 2000). İnmenin bir sonucu olarak ortaya çıkabilecek muhtemel bozukluklardan birisi de kişinin vücut imajını algılamasındaki sorunlardır. Vücut imajı, bir kişinin fiziksel görünüşü bakımından vücudundaki öznel görüşünü ifade eder (Roid ve Fitts 1994). Vücut imajındaki bozulmalar, farklı etiyojik temellerden kaynaklanabilir bunlar; dikkati etkileyen nöral lezyonlardan, fiziksel bedensel değişikliklerden veya psikolojik rahatsızlıklardır (Gainotti 1993, Rubio ve Van Deusen 1995). Secord ve Jourard (1953), vücut imajı algılamalarının benlik algısı ile orantılı olduğunu, düşük vücut memnuniyetinin yüksek kaygı ve güvensizlik ile ilişkili olduğunu bulmuştur. Stowers and Durm (1996) tarafından vücut imajı algısı ile benlik algısı arasında yüksek pozitif korelasyonlar bildirilmiştir. Vücut imajı algısı benlik saygısını etkilediği için kişide duygulanım bozuklukları (depresyon) gibi bazı psikososyal sorunlara sebep olabilir. İnme ile ilişkili bozukluklar, kişilerin vücut imajlarını

algılamalarını ciddi şekilde etkiler; bu da onların benlik konseptlerini revize etmelerini ve çeşitli ortamlarda sosyalleşebilme yeteneklerini kısıtlar. Çalışmalar benlik saygısı ve beden imajının hem akut hem de kronik özürlü popülasyonlarda duygulanım bozukluklarıyla (depresyon) anlamlı şekilde korele olduğunu ortaya koymaktadır.

Benlik saygısı nörolojik bozukluğu olmayan örneklerde depresyon ölçütleri ile 0.40 ile 0.60 arasında değişen korelasyon gösterir (Heatherton ve Polivy 1991).

Bununla birlikte, inme hastalarında ve travmatik beyin hasarı gibi diğer nörolojik örneklerde, benlik saygısı ile depresyon ölçütleri arasında (0.70 ve 0.80'lerde) yüksek korelasyonlar gösterilmektedir (Fung vd. 2006).

Sosyal görünüş kaygısı ile yapılan çalışmalar henüz yenidir ve literatürde yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Çalışmalar genellikle lise öğrencileri, akneli bireyler ve obez bireyler üzerinde yapılmıştır. Nörolojik rahatsızlıklar sonucu sosyal görünüş kaygısını inceleyen çalışma bulunmamaktadır. Fakat inme gibi toplumun büyük bir kısmını etkileyen bir nörolojik hastalıkta sosyal izolasyon, depresyon, anksiyete gibi belirtiler görülebilirken ve bu belirtilerin hastalığın seyrini olumsuz etkilediği bilinmekteyken hem fiziksel hem de psikolojik hasar meydana getiren bu hastalığın bireyler üzerinde olumsuz değerlendirilme korkusu, düşük benlik algısı ve sosyal görünüş kaygısı oluşturabileceğini düşünmekteyiz.

2.4. GEÇERLİK VE GÜVENİLİRLİK

2.4.1 Güvenilirlik

Güvenirlik bir ölçüm aracının ölçtüğü özelliklerin kararlılığını belirtir. Güvenilirlik, bir ölçme aracıyla aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının bir göstergesidir (Sümbüloğlu 1997). Başka bir deyişle bir ölçütün aynı bireylere tekrar tekrar uygulanması sonucunda çıkan sonuçların değişmemesi, aynı sonuçları vermesi o ölçütün güvenilirliğini gösterir. Güvenilirliği değerlendirmek için kullanılan yöntemler; değişmezlik, ölçümcü güvenilirliği ve iç tutarlılık'tır.

2.4.1.1. Değişmezlik (Stability)

İki şekilde değerlendirilir bunlar; test – tekrar test yöntemi ve paralel (alternatif-eşdeğer) formlar yöntemidir.

Test- tekrar test yönteminde aynı gruba belli aralıklarla aynı test uygulanır ve çıkan sonuçlar arasındaki uyum değerlendirilir. Bu yöntemde önemli olan iki uygulama arasındaki geçen süredir. Kısa bir süre sonra yapılan bir uygulamada yeniden anımsama kolay olacağından güvenilirlik yapay olarak yüksek çıkabilir. İki uygulama arasında geçen zamanın uzun olmasında da aynı koşulların sağlanması zor olacağından ölçülen özellikte bazı değişimler görülebilir bu da güvenilirliği olumsuz yönde etkileyebilir (Gözüm ve Aksayan 2003).

Paralel formlar yönteminde birbiriyle benzer formlar bireylere benzer koşullarda aynı gün ya da farklı günlerde uygulanır (Erkuş 2003).

Uygulanan iki ölçütten elde edilen sonuçlar arasındaki korelasyon Pearson Momentler Çarpımı formülüyle hesaplanır (Tavşancıl 2005). Bu uygulama genellikle ölçüt oluştururken kullanılır fakat araştırmacılar için uygulaması zor bir yöntemdir (Gözüm ve Aksayan 2003, Tavşancıl 2005).

2.4.1.2. Puanlayıcı Güvenilirliği / Bağımsız Gözlemciler Arası ve İçindeki Uyum (Inter rater and intra rater consistency)

Puanlayıcı güvenilirliği; iki ya da daha fazla gözlemcinin aynı testi farklı bireylere uygulaması sonucunda çıkan sonuçlar arasındaki kararlılığın derecesidir. Gözlemciler arasındaki tutarlılık ne kadar fazlaysa testin güvenilirliği o kadar yüksek olur.

2.4.1.3. İç Tutarlılık (Internal Consistency)

İç tutarlılık; ölçeğin tüm alt bölümlerinin birbirinden bağımsız olmasına karşın birbiriyle homojen olması ve aynı özelliği ölçtüğünün varsayımdır. İç tutarlılık yöntemi tekrar test hazırlamaya gerek olmaması ve tekrarlanan uygulamalar olmaması açısından hem ekonomik hemde pratiktir. İç tutarlılık yöntemi güvenilirliği belirleme açısından en sık kullanılan yöntemdir (Tavşancıl 2005). İç tutarlılığı test etmek için birçok yöntem geliştirilmiştir. Testi yarılama yönteminde test eşit bir şekilde ikiye ayrılır ve çıkan sonuçlar arasındaki korelasyon hesaplanır. Madde analizi yöntemi de iç tutarlılık analizinde kullanılan yöntemler arasındadır. Bu yöntemde ölçekteki her bir maddenin elde edilen puanların varyansı ile ölçeğin toplam puanının varyansının korelasyonu hesaplanır. Eğer bir maddenin toplam puana olan korelasyonu düşük ise, bu o maddenin testteki diğer maddelerden farklı bir niteliği ölçtüğünü gösterir (Gözüm ve Aksayan 2003) Karasar'a (2000) göre korelasyon katsayısı 0.50'nin üstündeki maddeler güvenilir fakat Öner'e (1987) göre bu katsayı 0.30 'un üstünde olmalıdır, uygulamada araştırmacılar 0.20 alt sınırı kullanmaktadırlar. (Gözüm ve Aksayan 2003). Bir maddenin ölçekten çıkarılması için madde silindiğinde alfa katsayısındaki ve ortalamadaki değişime bakmak gerekir, eğer alfa katsayısı yükseliyorsa o madde güvenilirliği azaltıyordur ve çıkarılması gerekir (Tavşancıl 2005). Tek uygulamada güvenilirliği belirlemek için kullanılan diğer yöntemler ise Kuder Richardson 20 (KR 20) ve Cronbach alfa katsayısı yöntemleridir. Likert tipi ölçeklerde Cronbach alfa katsayısı iki seçenekli cevapların olduğu ölçeklerde ise KR 20 yöntemi kullanılmalıdır. Güvenirlik katsayısı 1'e ne kadar yakınsa ölçek o kadar güvenilir (Tezbaşaran 1997).

2.4.2 Geçerlik

Geçerlik bir ölçme aracının, bu araçla ölçülmek istenen özelliğin ölçülerini başka özellik ya da özelliklerin ölçüleriyle karıştırmadan verebilme gücüdür. Bir başka deyişle ölçülmek istenen özelliğin bütünüyle ölçülebilme derecesidir (Tezbaşaran 1997). Yani geçerlik bir ölçme aracının istenilen özelliği başka özelliklerle karıştırmadan ölçebilme

yetisidir. Bir ölçüm yönteminin geçerli olması için mutlaka güvenilir olması gerekmektedir fakat güvenilir bir ölçüt her zaman geçerli olmayabilir. Geçerlilik türleri içerik (kapsam), ölçüt ve yapı geçerliliği olmak üzere 3'e ayrılır.

2.4.2.1. Kapsam / İçerik Geçerliği (Content Validty)

Kapsam geçerliği; ölçme aracı içindeki maddeler veya soruların ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı konuları dengeli bir şekilde temsil etme derecesidir (Tavşancıl 2005). Kapsam geçerliği yöntemi; ölçütün ölçülmek istenen yapıyı tamamiyle ölçüp ölçmediğinden ve istenilen yapıdan farklı bir kavramı değerlendirmedeğinden emin olmak için yapılır. Bu analiz genellikle alanda yetkin olan uzmanlar tarafından gerçekleştirilir.

2.4.2.2. Ölçüt Bağımlı Geçerlik (Criterion-related Validity)

Ölçek puanlarının dış ölçütlerle ilişkisinin tespit edilmesidir. Bir ölçütün sonuçlarının geçerliliği daha önce belirlenmiş başka bir ölçütün sonuçları arasındaki korelasyonudur. Bu geçerlik iki şekilde değerlendirilebilir bunlar eşzaman geçerliği ve yordama geçerliğidir. Bu iki geçerlilik analizinde aynı olan şey bireylerin aldıkları puanların başka bir ölçüm yöntemiyle karşılaştırılıp korelasyonuna bakılmasıdır. İkisi arasındaki fark ise; eşzaman geçerliğinde ölçek puanları o anda var olan bir ölçütle karşılaştırılır, yordama geçerliğinde ise puanlar gelecekte gözlenecek, ölçülecek sonuçlarla karşılaştırılarak korelasyonu hesaplanır (Tavşancıl 2005).

2.4.2.3 Yapı Geçerliği (Construct Validity)

Kullanılan ölçüm yönteminin öngörülen yapıyı ölçüp ölçmediğinin test edilmesine yapı geçerliği denir. Bir başka deyişle, bir ölçeğin ve ondan elde edilen puanların gerçekte ne anlama geldiğini araştırma sürecidir. (Gözüm ve Aksayan 2003) Yapı geçerliği çalışmaları ölçütün kendi içindeki faktörlerin incelenmesi veya diğer ölçeklerle olan ilişkisinin tespit edilmesi ile yapılır.

Bir ölçeğin yapı geçerliğinin değerlendirilmesi için en sık faktör analizi ve bilinen grup karşılaştırılması yöntemi kullanılır, ayrıca hipotez sınaması (mantıksal analiz) ve

çok değişkenli-çok yöntemli matriks de kullanılabilir yöntemler arasındadır (Gözüm ve Aksayan 2003).

Faktör analizi; ölçme aracındaki maddelerin farklı faktörler altında toplanıp toplanamayacağını değerlendirmek üzere yapılan bir işlemdir (Gözüm ve Aksayan 2003). Faktör analizi açıklayıcı ve doğrulayıcı olmak üzere iki şekilde yapılabilir. Bilinen grup karşılaştırmasında ise ölçütten farklı sonuçlar elde edilebilmesi düşünölen iki gruba aynı test uygulanır ve test sonucundaki alınan puanlar karşılaştırılır.

2.5 ÇALIŞMANIN HİPOTEZLERİ

H₁ Sosyal görünüş kaygı ölçeği inmeli hastalar üzerinde geçerlidir.

H₂ Sosyal görünüş kaygı ölçeği inmeli hastalar üzerinde güvenilirlerdir.

H₃ Sosyal görünüş kaygısı, inme sonrası depresyon ve anksiyete ile ilişkilidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Yapıldığı Yer

“Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği”nin Türkçe versiyonunun inmeli hastalarda geçerlilik ve güvenilirliği çalışmasında Denizli’de yaşayan çalışmaya katılmayı kabul eden 30 yaş ve üzeri inmeli bireyler (hemiplejik/hemiparetik) alınmıştır. Çalışmamız 10/01/2018 tarih ve 60116787-020/2486 sayılı etik kurul kararıyla onanmıştır (Ek 1).

3.2. Çalışmanın Süresi

Bu çalışma Ocak 2018 – Nisan 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Katılımcılar

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında örneklem büyüklüğü, madde sayısının en az 5 katı kabul edildiği için ölçekteki madde sayısının (16 madde) 5 katı olan 80 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir (Tavşancıl 2005).

Çalışmaya katılmayı kabul eden sağlıklı bireylerin demografik verileri yüz yüze görüşme yoluyla kaydedilmiştir. Verilerin toplanmasında Araştırma Veri Kayıt Formu (Ek 2), Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (Ek 3), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Ek 4), Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (Ek 5) kullanılmıştır. Çalışmaya katılmadan önce hastalara çalışmayla ilgili bilgilendirme yapılmış ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Belgesi (Ek 6) imzalatılmıştır. Bireyler aynı fizyoterapist tarafından değerlendirilmiştir.

3.3.1 Gönüllüler İçin Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

1. İlk kez inme geçirmiş olmak
2. 30 yaş ve üzeri olmak
3. İnme süresinin 6 ay ile 12 yıl arasında olması
4. Çalışmaya katılmayı kabul etmek
5. Koopere olmak

3.3.2. Gönüllüler İçin Dışlanma Kriterleri

1. İletişim problemi olanlar
2. Önceden geçirilmiş inme
3. Eşlik eden farklı bir nörolojik bozuklukların (motor nöron, ataksi, periferik sinir lezyonu vb) varlığı
4. İhmal, bilinç kaybı, demans varlığı

3.4. Veri Toplama Yöntemleri

3.4.1. Sosyodemografik Bilgiler Kayıt Formu

Hastanın yaşı, eğitim durumu, inme geçirme süresi, cinsiyeti, kilosu ve boyu, dominant taraf, etkilenmiş taraf ve yardımcı cihaz kullanımını değerlendirilmiştir (Ek 2).

3.4.2. “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği” (RSE)

“Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği” kişilerin genel benlik saygılarını ve kendilerine verdikleri değeri ölçmek amacıyla Morris Rosenberg (1963) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik, güvenilirliği ve adaptasyonu ise Çuhadaroğlu (1986) tarafından yapılmıştır. Bu araştırmada genel benlik saygısını ölçmek ölçeğin ilk on maddesi kullanılmıştır. Ölçekteki maddeler olumlu ve olumsuz benlik değerlendirmesine göre 0-3 ya da 3-0 arasında puanlanır. Bu ölçekten alınabilecek toplam puan 0-30 arasındadır, 15-25 puan yeterli benlik saygısını, 15 puanın altı düşük benlik saygısını göstermektedir.

3.4.3. “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği” (HAD)

Zigmond ve Snaith (1983) tarafından geliştirilen “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği” hastaların anksiyete ve depresyon şiddetini belirlemek amacıyla uygulanır. 14 soruluk ölçekte tek sayılar anksiyeteyi çift sayılar depresyonu ölçer. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve ark. (1997) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmanın sonucuna göre anksiyete alt ölçeği için (HAD-A) 10 puanın altı, depresyon alt ölçeği (HAD-D) için ise 7 puanın altı normal kabul edilmektedir. (Aydemir ve ark. 1997)

3.4.4. “Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği” (SGKÖ)

“Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği”, Hart ve ark. tarafından geliştirilmiştir 2008 yılında geliştirilmiş ve ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Doğan (2010) tarafından gerçekleştirilmiştir. 16 soruluk bu ölçekte her bir soru için 1 ile 5 arası puan verilir. Bu ölçekten alınabilecek toplam puan 16 ile 80 arasındadır. Ölçekten alınan puan ne kadar fazlaysa görünüş kaygısı o kadar yükselmektedir.

3.5. İstatiksel Analiz

Verilerin analizi için Statistical Package For Social Science (SPSS) 22.0 ve doğrulayıcı faktör analizi çalışmaları için ise LISREL 8.80 (Linear Structural Relation Statistics Package Program) programları kullanılmıştır.

Hastaların demografik ve tıbbi bilgileri ortalama ve yüzde olarak verilmiştir.

Geçerlilik analizi için;

Yapı geçerliliğine bakılmış sonrasında açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ölçüt bağımlı geçerlilik için ise HAD-A, HAD-D ve RSE ölçekleriyle arasındaki ilişkiye bakılmış bunun için Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Güvenilirlik analizi için;

İç tutarlılık analizi için Cronbach α katsayısı kullanılmıştır. Test tekrar test yöntemi ve madde analizi yöntemleri için Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

4.1 Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Araştırmaya katılan 80 hastanın demografik ve klinik özelliklerine bakıldığında yaş ortalaması $59,22 \pm 14,03$ yıl; vücut kütle indeksi (VKI) ortalaması $28,19 \pm 4,06$ kg/m^2 ; eğitim durumu ortalaması $6,95 \pm 4,16$ yıl'dır. %70 'inin erkek, %42,5'inin 45-65 yaş arasında, %48,7'sinin kilolu, %60'ının ilkokul mezunu, %48,7'sinin hiçbir yardımcı cihaz kullanmadığı, %53,7'sinin ise hastalık süresinin 6 ay ile 2 yıl arasında olduğu Tablo 4.1.1'de görülmektedir.

Tablo 4.1.1 Hastaların klinik ve demografik özellikleri

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	24	30
Erkek	56	70
Yaş (ort ± ss)	59.22 ± 14.03	
30-44 yaş	17	21.3
45-64 yaş	34	42.5
65 yaş ve üstü	29	36.2
VKI* (ort ± ss) (kg/m²)	28.19±4.06	
Normal (18,5 – 24,9 kg/m ²)	17	21.3
Kilolu (25 – 29,9 kg/m ²)	39	48.7
Obez (30 – 39,9 kg/m ²)	24	30
Eğitim Durumu (ort ± ss) (yıl)	6.95±4.16	
Okur yazar olmayan	3	3.8
Okur yazar	4	5.1
İlkokul	48	60
Ortaokul	9	11.3
Lise	8	10
Üniversite	5	6.3
Önlisans	2	2.5
Yüksek lisans-Doktora	1	1.3
Yardımcı Cihaz Kullanımı		
Yok	39	48.7
AFO**	7	8.7
Kanadyen	3	3.8

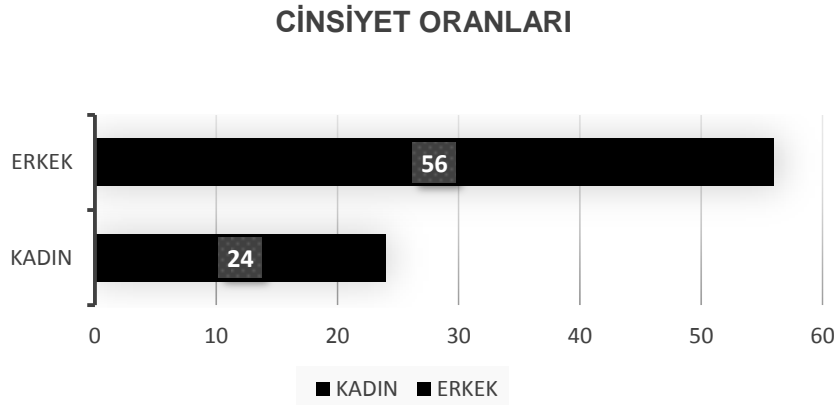
Baston	17	21.3
Tripot	8	10
El splinti	1	1.3
Tekerlekli sandalye	5	6.3
İnme Süresi (ort ± ss) (ay)	28.19 ± 39.87	
6-24 ay	43	53.7
24-60 ay	20	25
60- 144 ay	17	21.3

*VKI: Vücut Kütle İndeksi

**AFO: Ayak-ayak bileği ortezi

Hastaların 24'ü kadın, 56'sı erkektir. Şekil 4.1.1' de hastaların kadın ve erkek oranları grafikte ifade edilmiştir.

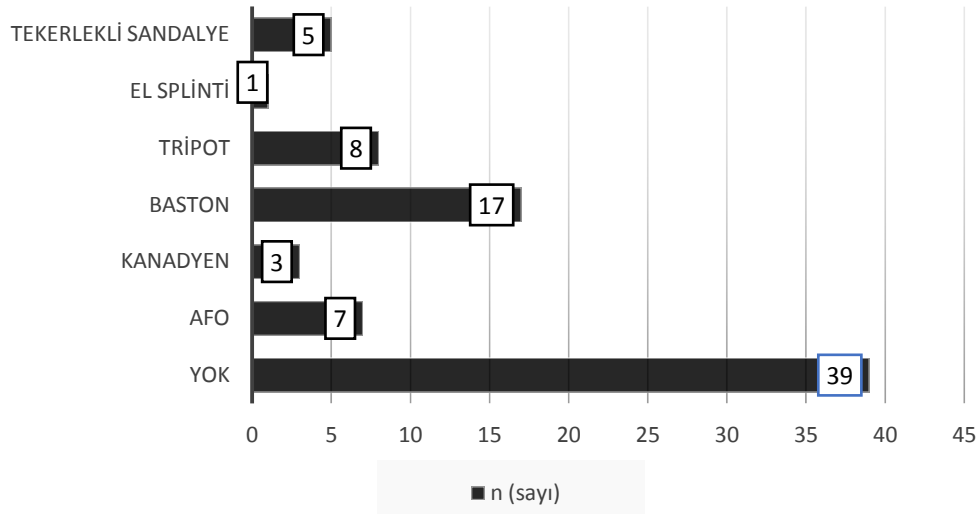
Şekil 4.1.1 Hastaların kadın ve erkek oranları



Hastaların 39 tanesi hiçbir yardımcı cihaz kullanmayıp, 7'si ayak-ayak bileği ortezi (AFO), 3'ü kanadyen, 17'si baston, 8 tanesi tripot, 1'i el splinti, 5'i tekerlekli sandalye kullanmaktadır. Şekil 4.1.2'de hastaların yardımcı cihaz kullanım sayıları grafikte gösterilmiştir.

Şekil 4.1.2 Hastaların yardımcı cihaz kullanım sayıları

YARDIMCI CİHAZ KULLANIMI



Hastaların 35 tanesinin sağ, 45 tanesinin sol etkilenimi vardır. Dominant tarafı sağ taraf olan 74 kişi, sol taraf olan 6 kişidir. Buna göre dominant tarafı sağ olanların %43,2'sinin sağ, %56,8'nin sol etkilenimi, dominant tarafı sol olanların ise %50'sinin sağ %50'sinin sol etkilenimi olduğu görülmüştür. Hastaların dominant taraf ve etkilenmiş taraf karşılaştırması Tablo 4.1.2' de verilmiştir.

Tablo 4.1.2 Hastaların dominant taraf ve etkilenmiş taraf karşılaştırması ve yüzdeleri

		Etkilenen Taraf		TOPLAM	
		SAĞ	SOL		
Dominant Taraf	SAĞ	n (sayı)	32	42	74
		% (yüzde)	43.2	56.8	100.0
	SOL	n (sayı)	3	3	6
		% (yüzde)	50.0	50.0	100.0
TOPLAM		n (sayı)	35	45	80
		% (yüzde)	43.8	56.3	100.0

4.2. “Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği” Geçerlilik Analizlerine İlişkin Bulgular

Çalışmamızın geçerlilik analizinde açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yöntemleri kullanılmıştır.

Çalışmamızda açıklayıcı faktör analizi yapılmadan önce örneklem büyüklüğü açısından veri yapısını test etmek ve bunun sonucunda faktör analizi yapılıp yapılmayacağına karar vermek amacıyla “Kaiser- Meyer- Olkin” (KMO) testi yapılmıştır. Çalışmamızın Kaiser- Meyer- Olkin katsayısı 0.83 bulunmuştur (Tablo 4.2.1).

Çalışmamızın verilerinin çok değişkenli normal dağılıma uyup uymadığını değerlendirmek amacıyla “Barlett Küresellik Testi” yapılmış (Tablo 4.2.1), “Barlett Küresellik Testi” sonucuna göre anlamlılık düzeyi $p < 0.001$ bulunmuştur. Her iki testin sonucuna bakılarak ölçeğe faktör analizi uygulanabileceğine karar verilmiştir.

Tablo 4.2.1. SGKÖ 'nin Faktör Modeli Yönünden Değerlendirilmesi

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy		0.83
Barlett's Test of Sphericity	X ²	827.65
	SS	120
	p	0.001

Açımlayıcı faktör analizi sonucuna göre ölçütün özdeğerinin 7.61 olduğu bulunmuştur. Yük değerlerine bakıldığında ise toplam varyansın %47,6'sını açıklayan bir yapı elde edilmiştir. “Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği”ndeki maddelerin faktör yük değerleri 0.17 ile 0.85 arasında değişim göstermektedir. Ölçekte yer alan 15. maddenin 0.17 ile düşük düzeyde faktör yüküne; 1,5 ve 2. maddelerin sırasıyla 0.40, 0.41 ve 0.49 ile orta düzeyde faktör yüküne, diğer maddelerin ise 0.63 ile 0.85 arasında değişen yüksek düzeyde faktör yüküne sahip olduğu kaydedilmiştir. Tablo 4.2.2.'de SGKÖ maddelerinin faktör yükleri görülmektedir.

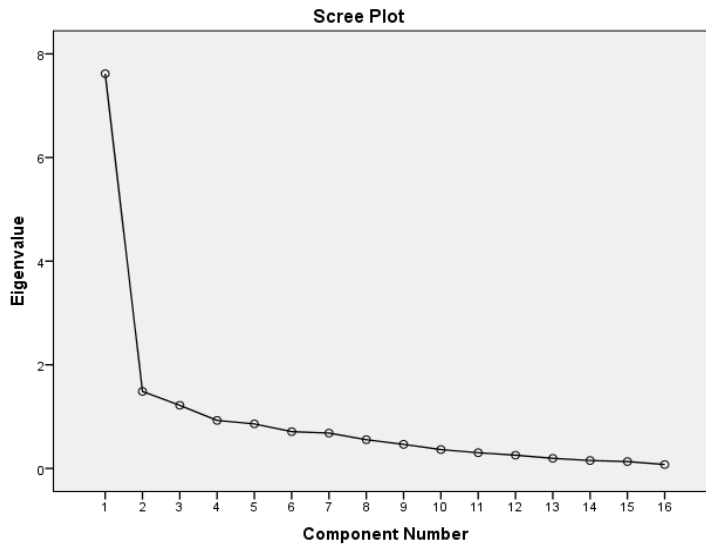
Tablo 4.2.2. SGKÖ Maddelerinin Faktör Yükleri

Maddeler	Faktör Yükleri
16.İnsanların görünüşümün iyi olmadığını düşünmelerinden endişeleniyorum	0.85
4.Diğer insanların görünüşümdeki bir kusurun farkına vardıklarını düşündüğümde kendimi rahatsız hissedirim.	0.83
14.Diğer insanların görünüşümdeki bir kusurun farkına vardıklarını düşündüğümde kendimi rahatsız hissedirim	0.80
13.İnsanların görünüşümü olumsuz olarak değerlendirecekleri konusunda endişelenirim.	0.80
12.Dış görünüşümle ilgili başkalarının beklentilerini karşılayamamaktan endişeleniyorum	0.79
6.Görünüşümden dolayı insanların benimle beraber vakit geçirmek istemeyeceklerinden endişelenirim.	0.77
7.İnsanların beni çekici bulmamalarından korkarım	0.75
9.Karşıma çıkan fırsatları görünüşümden dolayı kaybetmekten kaygılanırım	0.74
11.Diğer insanlar görünüşümle ilgili bir şey söylediklerinde kaygılanırım.	0.72
10.İnsanlarla konuşurken görünüşümden dolayı gerginlik yaşarım.	0.71

8.Görünüşümün yaşamımı zorlaştıracağından endişe duyarım	0.69
3.İnsanlar doğrudan bana baktıklarında gerilirim	0.63
2.Fotoğrafım çekilirken kendimi gergin hissedirim.	0.49
5.Yanlarında olmadığım zamanlarda insanların, görüşümle ilgili kusurlarımı konuşacaklarından endişelenirim.	0.41
1.Dış görüşümle ilgili kendimi rahat hissedirim.	0.40
15.Sevdiğim kişinin görüşümden dolayı beni terk edeceğinden endişe duyuyorum	0.17
Özdeğeri	7.61
Açıklanan Toplam Varyans	%47.6

“Yamaç Birikinti Grafiği” (Scree Plot) ölçeğin kaç faktörlü olduğunu belirlemek için kullanılan bir grafikdir. Bizim çalışmamızda da ölçeğin tek faktörlü olduğu Şekil 4.2.1’deki “Yamaç Birikinti Grafiği”nde görülmektedir.

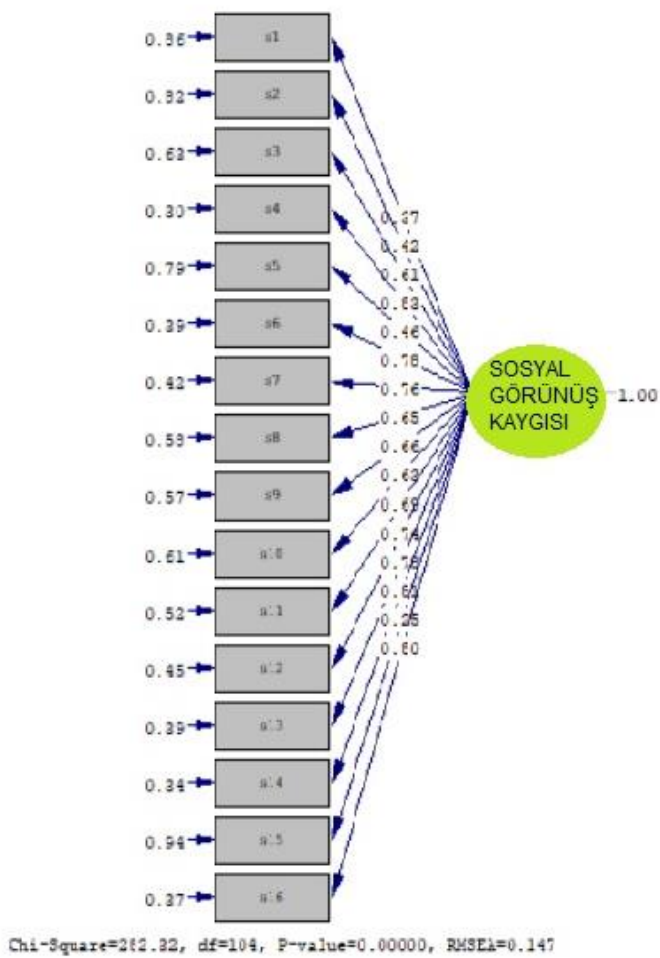
Şekil 4.2.1. Yamaç Birikinti Grafiği



Doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre çalışmamızın Minimum Ki-kare değerinin $\chi^2=282,32$, serbestlik derecesinin $sd=104$ olduğu bulunmuştur. Bu değerleri birbirine oranladığımızda χ^2/ sd oranının 2,71 ($282,32 / 104$) olduğu bulunmuştur. Root Mean Square Error of Approximation, Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA) değeri incelendiğinde $RMSEA=0.15$ bulunmuştur. Diğer uyumluluk indeksi sonuçlarına göre Normed Fit Index, $NFI = 0.84$, Comparative Fit Index, $CFI = 0.88$, Incremental Fit Index,

IFI = 0.89, Goodness of Fit Index, GFI = 0.69, Adjusted Goodness of Fit Index AGFI = 0.60 olarak bulunmuştur (Şekil 4.2.2).

Şekil 4.2.2. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları



4.3. “Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği” Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulgular

SGKÖ'nin güvenilirlik analizi; madde analizi, iç tutarlılık analizi, test- tekrar test yöntemi olarak değerlendirilmiştir.

4.3.1. Madde Analizi ile İlgili Bulgular

Ölçeğin maddelerinin aldıkları puanlar ile ölçeğin toplam puanları arasındaki korelasyonu değerlendirmek için yaptığımız madde analizinde ölçeğin madde-toplam puan korelasyon katsayıları 0.16 ile 0.81 arasında değişen zayıf ve güçlü düzeyde değerler aldığı tespit edilmiştir. SGKÖ Ölçeği'nin madde analizi Tablo 4.3.1.'de verilmiştir.

Tablo 4.3.1. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeğinin Madde Analizi

Maddeler	X ± SS	Madde Silinirse Alfa	Madde Toplam Korelasyon Katsayısı
1. Dış görünüşümle ilgili kendimi rahat hissedirim	1.81 ± 1.26	0.91	0.38
2. Fotoğrafım çekilirken kendimi gergin hissedirim	1.87 ± 1.32	0.91	0.41
3. İnsanlar doğrudan bana baktıklarında gerilirim.	1.98 ± 1.34	0.90	0.59
4. İnsanların görünüşümden dolayı benden hoşlanmayacakları konusunda endişelenirim.	1.62 ± 1.17	0.89	0.78
5. Yanlarında olmadığım zamanlarda insanların, görünüşümle ilgili kusurlarımı konuşacaklarından endişelenirim	1.77 ± 1.17	0.91	0.37
6. Görünüşümden dolayı insanların benimle beraber vakit geçirmek istemeyeceklerinden endişelenirim	1.4 ± 0.9	0.90	0.69

7. İnsanların beni çekici bulmamalarından korkarım	1.38 ± 0.94	0.90	0.68
8. Görünüşümün yaşamımı zorlaştıracığından endişe duyarım.	1.35 ± 0.84	0.90	0.59
9. Karşıma çıkan fırsatları görünüşümden dolayı kaybetmekten kaygılanırım.	1.25 ± 0.66	0.90	0.66
10. İnsanlarla konuşurken görünüşümden dolayı gerginlik yaşarım	1.8 ± 1.12	0.90	0.67
11. Diğer insanlar görünüşümle ilgili bir şey söylediklerinde kaygılanırım.	1.9 ± 1.24	0.89	0.71
12. Dış görünüşümle ilgili başkalarının beklentilerini karşılayamamaktan endişeleniyorum	1.48 ± 0.94	0.90	0.72
13. İnsanların görünüşümü olumsuz olarak değerlendirecekleri konusunda endişelenirim	1.62 ± 1.05	0.89	0.74
14. Diğer insanların görünüşümdeki bir kusurun farkına vardıklarını düşündüğümde kendimi rahatsız hissederim	1.63 ± 1.04	0.89	0.75
15. Sevdiğim kişinin görünüşümden dolayı beni terk edeceğinden endişe duyuyorum	1.5 ± 1.06	0.91	0.16
16. İnsanların görünüşümün iyi olmadığını düşünmelerinden endişeleniyorum	1.65 ± 1.03	0.89	0.81

TABLO 4.3.2. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği Alt Maddeleri ile Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki Korelasyon

Maddeler	SGKÖ Toplam Puan r*	p
1. Dış görünüşümle ilgili kendimi rahat hissederim	0.47	0.001
2. Fotoğrafım çekilirken kendimi gergin hissederim.	0.51	0.001
3. İnsanlar doğrudan bana baktıklarında gerilirim	0.66	0.001
4.İnsanların görünüşümden dolayı benden hoşlanmayacakları konusunda endişelenirim	0.82	0.001
5. Yanlarında olmadığım zamanlarda insanların, görünüşümle ilgili kusurlarımı konuşacaklarından endişelenirim	0.46	0.001
6. Görünüşümden dolayı insanların benimle beraber vakit geçirmek istemeyeceklerinden endişelenirim	0.73	0.001
7. İnsanların beni çekici bulmamalarından korkarım	0.72	0.001
8. Görünüşümün yaşamımı zorlaştıracığından endişe duyarım	0.64	0.001
9. Karşıma çıkan fırsatları görünüşümden dolayı kaybetmekten kaygılanırım	0.69	0.001
10. İnsanlarla konuşurken görünüşümden dolayı gerginlik yaşarım	0.72	0.001
11.Diğer insanlar görünüşümle ilgili bir şey söylediklerinde kaygılanırım.	0.76	0.001
12.Dış görünüşümle ilgili başkalarının beklentilerini karşılayamamaktan endişeleniyorum.	0.76	0.001
13.İnsanların görünüşümü olumsuz olarak değerlendirecekleri konusunda endişelenirim	0.78	0.001
14. Diğer insanların görünüşümdeki bir kusurun farkına vardıklarını düşündüğümde kendimi rahatsız hissederim	0.79	0.001
15. Sevdiğim kişinin görünüşümden dolayı beni terk edeceğinden endişe duyuyorum.	0.25	0.023
16.İnsanların görünüşümün iyi olmadığını düşünmelerinden endişeleniyorum	0.84	0.001

*Pearson Korelasyon Testi

SGKÖ 'nin tüm alt maddeleri ile toplam SGKÖ puanı arasında ilişkinin pozitif yönde olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.3.2.)

4.3.2. “Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği”nin İç Tutarlılığı

“Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği” Likert tipi bir ölçek olduğu için iç tutarlılık analizinde Cronbach alfa katsayısı yöntemi kullanılmıştır. Cronbach alfa değeri 0.91 bulunmuştur (Tablo 4.3.2.1). Cronbach alfa değerinin 1 'e yakın olması güvenirliliğin yüksek olduğu gösterir.

Tablo 4.3.2.1. “Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği”nin İç Tutarlılığı

Madde Sayısı	16
Alınabilecek Alt ve Üst Puanlar	16-80
Bu Çalışmada Alınan Alt ve Üst Puanlar	16-71
Ortalama ve Standart Sapma	26.11 ± 11.13
Cronbach Alfa Değeri	0.91

4.3.3. “Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği”nin Test-Tekrar Test Güvenirliliği

Test – tekrar test güvenirliliğini saptamak amacıyla ölçek önce 80 hastaya uygulanmış bir hafta sonra ise 20 hastaya aynı uygulama ikinci kez yapılmıştır. SGKÖ'nin test-tekrar test güvenirlilik katsayısı $r=0.83$ olarak bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.3.3.1).

Tablo 4.3.3.1. “Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği”nin Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyonu

Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği	r*	p
Test-Tekrar test	0.83	0.001

*Pearson Korelasyon Testi

Test – tekrar test sonuçlarından alınan puanların ortalamalarının arasındaki farkı saptamak amacıyla “Bağımsız gruplarda t testi” uygulanmıştır. İki uygulama arasındaki puan farkının anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$) (Tablo 4.3.3.2).

Tablo 4.3.3.2. “Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği”nin Test-Tekrar Test Puanlarının Karşılaştırılması

Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği	Sayı	$X \pm SS$	t*	p
Test (birinci uygulama)	20	23.9 \pm 9.05	-0.500	0.623
Tekrar Test (ikinci uygulama)	20	24.5 \pm 9.50		

* Bağımsız gruplarda t testi

4.4. HAD- Depresyon, HAD- Anksiyete, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Sonuçları

Çalışmamızda incelenen 80 inmeli bireyin HAD-A, HAD-D ve RBSÖ sonuçları Tablo 4.4.1’de gösterilmiştir. HAD- Depresyon ortalaması 5,3 \pm 4,5 HAD- Anksiyete ortalaması 5,8 \pm 4,8 ve RBSÖ ortalaması 21,05 \pm 5,5 bulunmuştur.

Tablo 4.4.1 HAD-D, HAD-A, Rosenberg ortalamaları

Özellik	Ortalama ($\pm ss$)
HAD-D ¹	5.3 \pm 4.5
HAD-A ²	5.8 \pm 4.8
RBSÖ ³	21.05 \pm 5.5

¹Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği – Depresyon

²Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği – Anksiyete

³Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

“Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği”nin toplam puanının HAD-D, HAD-A, RBSÖ ile arasındaki korelasyonu Tablo 4.4.2’de gösterilmiştir. SGKÖ HAD-Depresyon ile yüksek düzeyde pozitif yönde ($r=0.634$), HAD- Anksiyete ile orta düzeyde pozitif yönde ($r=0.394$) ve “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği” ile orta düzeyde negatif yönde ($r=-0.358$) anlamlı ilişki olduğu ($p= 0.001$) bulunmuştur.

Tablo 4.4.2. SGK Ölçeği Toplam Puanının HAD-D, HAD-A, RBSÖ ile Arasındaki Korelasyonu

		HAD-A ¹	HAD-D ²	RBSÖ ³	*Pearson Korelasyon Testi *Hastane Anksiyete Depresyon
SGKÖ Total Puan	r*	0.394	0.634	-0.358	
	p	0.001	0.001	0.001	

Ölçeği – Depresyon

²Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği – Anksiyete

³Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada sosyal görünüş kaygısı ölçeğinin inme geçirmiş hastalarda geçerliliği ve güvenilirliği incelenmiştir. Bu çalışmada kullanılan sosyal görünüş kaygısı ölçeği, Tayfun Doğan (2010) tarafından Türkçe 'ye çevrilmiş ve adaptasyonu yapılmıştır.

5.1. “Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği”nin Güvenirliğinin Değerlendirilmesi

Ölçeğin güvenirliliğinin saptanması, test-tekrar test, ölçeğin iç tutarlılık (internal consistency) analizi ve madde analizi ile yapılmıştır.

5.1.1 Madde Analizlerinin Değerlendirmesi

Madde-toplam ve madde-kalan korelasyon katsayıları teknikleri ile ölçek maddeleri ile ölçeğin bütünü arasındaki ilişkinin bulunması yoluyla yapılan tutarlık analizidir. Her bir ölçek maddesinin varyansı, toplam ölçek puanının varyansı ile karşılaştırılarak arasındaki ilişkiye bakılır. Bu ilişki Pearson momentler çarpımı korelasyonu ile hesaplanır (Aker vd. 2005). Erkuş (2003) çalışmasında 0.40 ve daha yüksek düzeyde madde toplam korelasyonuna sahip maddelerin çok iyi ayırt edici; 0.30-0.40 arasındakilerin iyi, 0.20 ile 0.30 arasında olanların ise düzeltilmesi gereken maddeler olduğu ve madde-toplam korelasyon katsayısı 0.20'den düşük olan maddelerin istatistiksel olarak anlamlı olsalar bile ölçeğe alınmaması gerektiğini ifade etmiştir. Bizim çalışmamızda da 15. Madde olan “Sevdiğim kişinin görünüşünden

dolayı beni terk edeceğinden endişe duyuyorum” un madde-toplam korelasyon katsayısı 0.16 olarak bulunmuştur. Diğer maddelerin 0.38 ile 0.81 arasında değişen pozitif yönlü, orta ve güçlü düzeyde madde-toplam korelasyonunun olduğu kaydedilmiştir. 15. Maddenin madde- toplam korelasyon değeri düşük olduğu için anketten çıkarılması önerilir.

15. maddenin madde- toplam korelasyon katsayısının düşük olmasının bazı sebepleri olabilir. İnme hastalarında duygu durum bozuklukları görülebildiği için bu soru onları duygusal anlamda etkilemiş olabilir ya da bakım veren kişi genellikle eşleri olduğu için ve bu anket esnasında eşleri de yanlarında olduğu için çekinmiş ve gerçek fikirlerini beyan edememiş olabilecekleri düşünülmektedir.

5.1.2. İç Tutarlılık Analizi

İç tutarlılığın dayandığı temel görüş, her ölçme aracının belli bir amacı gerçekleştirmek (bir bütün oluşturmak) üzere, birbirinden deneysel olarak bağımsız ünitelerden oluştuğu ve bunların bir bütün içinde, bilinen ve birbirine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımıdır (Gözüm ve Aksayan 2003).

İç tutarlılık analizinde ölçeğin güvenilirliğini saptayan yapı kendisi olduğu için ölçek maddelerinin birbiriyle homojen olması gereklidir. Bu homojenliğin analizi Cronbach alfa ya da KR 20 katsayılarıyla yapılır. Çalışmamız likert tipi ölçek olduğu için Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır. Ölçeğin Alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa, bu ölçekte yer alan maddelerin o ölçüde birbirleri ile tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğu varsayılır (Gözüm ve Aksayan 2003).

Ölçeğin güvenilir olması için iç tutarlılık katsayısının olabildiğince bire yakın olması istenir, 0.80-1.00 arası bir değer yüksek derecede güvenilirliğe işaret etmektedir (Özdamar 1997). 0.70 üzeri iç tutarlılık değeri kabul edilebilir olarak düşünülmektedir (Tavşancıl 2005).

Doğan'ın (2010) yaptığı Türkçe geçerlilik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur. Yeme bozukluğu olan kadın hastalarda yapılan geçerlilik çalışmasında ise alfa değeri 0.96 bulunmuştur (Claes vd. 2012). Bir diğer çalışma da sistemik skleroz hastalarında yapılmıştır ve alfa değeri 0.96 bulunmuştur (Mills vd.

2018). Bizim çalışmamızda ise 16 maddeden oluşan ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur ve ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu saptanmıştır.

5.1.3. Test-tekrar Test Güvenirliği

“Test-tekrar test” (test-retest) tekniği aynı testin aynı koşullar altında ve belli bir zaman aralığı ile uygulanması sonucunda elde edilen veriler (önceki ve sonraki ölçmeler) arasındaki korelasyon katsayısıdır. Araştırmacılar tarafından sosyal alanda gün içinde bile değişimler yaşanması ve de iki ölçümde de aynı koşulların sağlanamaması nedeniyle değerlendirmelerde test-tekrar test güvenirliliği yüksek olan ölçeklerin kullanılması önerilmektedir (Karasar 2000). Güvenirlik katsayısı 0-0.20 arasında önemsiz, 0.21-0.40 arasında zayıf, 0.41-0.60 arasında orta derecede, 0.61-0.80 arasında oldukça ve 0.81-1 arasında çok güçlü olarak belirtilmiştir (Landis ve Koch 1977). Ölçeği geliştiren Hart ve arkadaşları (2008) bir ay ara ile yaptıkları ölçümler sonucu test tekrar test güvenilirlik katsayısını $r = 0.84$ olarak bulmuşlardır. Ölçeğin Türkçe uyarlamasını yapan Doğan (2010) ise iki hafta süre ile yaptığı ölçüm sonucunda test tekrar test güvenilirlik katsayısını $r = 0.85$ olarak bulmuştur.

Doğan (2011) ergenlerden oluşan bir örneklemede SGKÖ ‘ni incelemiş ve test tekrar test güvenilirlik katsayısını $r = 0.80$ bulmuştur. Bizim çalışmamızda da test tekrar test güvenilirlik katsayısı $r = 0.83$ ($p < 0.001$) olarak bulunmuştur. İki uygulama sonuçları arasında pozitif yönlü, güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

“Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği”nin test-tekrar test güvenirliliğinin yüksek düzeyde olduğu, hem orijinal ölçeğin test-tekrar test sonuçları ile hem de diğer literatür bilgileri ile paralellik gösterdiği görülmektedir ve sosyal görünüş kaygısı ölçeği değişik zamanlarda tekrarlamalı ölçümlerde benzer ölçüm değerlerini sağlama özelliğine sahiptir. Elde edilen bu bulgular doğrultusunda, “Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği”nin inmeli bireylerde zamana göre kararlılığının yüksek düzeyde sağlandığını söylemek mümkündür.

5.2. “Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği”nin Geçerliliğinin Değerlendirilmesi

5.2.1 Yapı Kavram Geçerliliği

Yapı-kavram geçerliliği” bir yandan ölçeğin ya da testin ölçtüğü niteliklerin neler olduğunu araştırır, diğer yandan ölçeğin uygulandığı kişilerin aldığı puanların ne anlama geldiğini araştırır (Erefe 2002). Yapı geçerliliği, bir ölçme aracının ve ondan elde edilen puanın ne anlama geldiğini araştırma sürecidir (Tavşancıl 2005).

Faktör analizi, maddelerin birbiri ile korelasyonlarına dayanır ve ölçekteki maddelerin farklı boyutlar altında toplanıp toplanmayacağını değerlendirmek üzere yapılan bir işlemdir (Gözüm ve Aksayan 2003). Faktör analizinde örneklemin yeterliliğine karar vermek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi kullanılır. Kaiser-Meyer-Olkin Testi; örneklem yeterliği ölçütü, gözlenen korelasyon katsayılarının büyüklüğü ile kısmi korelasyon katsayılarının büyüklüğünü karşılaştırmaktadır (Akgül 1997). Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı için 0.90–1.00 arası çok iyi, 0.80–0.89 arası iyi, 0.70–0.79 arası orta, 0.60–0.69 arası kötü ve 0.50–0.59 arası zayıf olarak değerlendirilmektedir (Akgül 1997, Tavşancıl 2005). Çalışmamızda Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği'nin Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı 0,83 olduğu bulunmuştur. Bu sonuçla ilişkili olarak Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği'nin örneklem uygunluğunun değerlendirilmesi için yapılan Barlett's Test of Sphericity analizi sonucu 827,65 bulunmuştur. Her iki testin sonucunda $p < 0.01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Hem KMO katsayısının 0,83 olması ve hem de Barlett's korelasyon matrisinin anlamlı ($p = 0.001$) bulunmasından dolayı Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği'nde faktör analizi yapılması gerektiğine karar verilmiştir.

Faktör analizi çok değişkenli bir olayda birbiri ilişkili değişkenleri bir araya getirerek az sayıda yeni ilişkisiz değişken bulmayı amaçlamaktadır (Tavşancıl 2005).

Bir ölçeğin faktör sayısına karar verilirken genellikle özdeğeri (eigenvalue) birin üzerinde olan faktörler yorumlanır (Tavşancıl 2005).

Ölçeği geliştiren Hart ve arkadaşları (2008) ölçeği tek boyutlu olarak değerlendirmiştir. Bu nedenle bizim çalışmamızda da SGKÖ tek faktörlü olarak değerlendirilmiş ve herhangi bir döndürme tekniği kullanılmamıştır. Analiz sonucunda elde edilen varyans oranları ne kadar yüksekse, ölçeğin faktör yapısı da o kadar güçlü olur (Tavşancıl 2005). Analiz sonucunda özdeğeri 7.61 olan toplam varyansın %47,6'ünü açıklayan tek faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Bu ölçeğin tek boyutta toplam varyansın %47,6'sını açıklaması, SGKÖ'nin iyi bir ölçek olduğunu göstermektedir.

Maddelerin faktörlerle olan ilişkisi, faktör yük değeri ile açıklanır. Bir maddenin herhangi bir faktöre girebilmesi için ulaşması gereken en küçük değer konusunda kesin bir sınır olmamakla birlikte, genellikle 0.30 ya da 0.40 olması gerektiği belirtilmektedir (Stevens 1996). Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği'ndeki 15. Madde olan "Sevdiğim kişinin görünüşümden dolayı beni terk edeceğinden endişe duyuyorum" maddesinin faktör yükü 0.17 bulunmuştur. 15. Madde hariç diğer tüm maddelerin faktör yükü 0.40 'ın üzerindedir. Bu nedenle ölçekten 15. Maddenin çıkarılması önerilebilir.

Doğrulayıcı faktör analizi yapı geçerliğini değerlendirmek amacıyla yapılan daha önceden tanımlanmış bir yapının analiz edilmesidir. Doğrulayıcı faktör analizinde, tek bir değişken tarafından açıklandığı varsayılarak, örneklemden elde edilen verilerin bu varsayımı karşılayıp karşılamadığı test edilir, bir başka deyişle modelin veriye uyum

sağlayıp sağlamadığı belirlenmeye çalışılır (Kuzucu 2016). İlk değerlendirilen uyum indeksi Minimum Ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranının saptanmasıdır. Bu değeri 3'ün altında olması mükemmel uyuma işaret eder (Sümer 2000). RMSEA değerinin uyumlu olması için 0.10 'dan küçük olması gereklidir. Bizim çalışmamızda RMSEA değeri için uyum gözlenememiştir. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre uyum indeksine yakın sonuçlar çıkmıştır fakat tam uyum sağlanamamıştır. Bunun nedeninin olgu sayısının az olmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Yapı geçerliği sürecinde, araştırılan ölçeğin diğer ölçek ve ölçülerle olan ilişkisi de araştırılmalıdır (Özgüven 2000). SGKÖ'nün Türkçe versiyonu'nun yapı geçerliğinin saptanması için HAD-A, HAD-D ve Rosenberg Benlik Saygısı ölçekleriyle ilişkisi incelenmiştir. Yapılan Pearson korelasyon testinin sonuçlarına göre SGKÖ'nin HAD-A ile korelasyon katsayısı $r= 0.394$, HAD-D ile korelasyonu $r=0.634$ ve Rosenberg ile korelasyon katsayısı $r= -0.358$ bulunmuştur ($p=0.001$). SGKÖ HAD-A ile pozitif yönde zayıf, HAD-D ile pozitif yönde orta RBSÖ ile negatif yönde zayıf düzeyde koreledir. En iyi korelasyonun HAD-D ile olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar, SGKÖ'nin yapı geçerliğinin olduğunu göstermektedir.

5.3. Sosyal Görünüş Kaygısının Anksiyete ve Depresyon ile İlişkisi

Sosyal görünüş kaygısı; bireylerin kendi fiziksel durumlarıyla ilgili yaşadıkları kaygıdır ve sosyal kaygının bir alt tipidir. Yapılan çalışmalarda sosyal görünüş kaygısının benlik saygısıyla ilişkisi bulunmuştur ve benlik saygısındaki azalma sosyal görünüş kaygısını artırmaktadır (Özcan vd. 2013, Yousefi vd. 2009, Rothberger vd. 2015).

Benlik saygısı algılanan vücut imajıyla ilişkilidir. Secord ve Jourard (1953), vücut hakkındaki duyguların benlik hakkında duygularla orantılı olduğunu, düşük vücut memnuniyetinin yüksek kaygı ve güvensizlik ile ilişkili olduğunu bulmuştur. Stowers ve Durm (1996) tarafından beden imajı ile benlik saygısı arasında yüksek pozitif korelasyonlar bildirilmiştir. Benlik saygısı, depresyon teorilerinin merkezinde yer alır ve benlik saygısı, depresyon gelişimine ve gidişatına önemli ölçüde bağlıdır (Grubb vd. 1993) Benlik saygısı nörolojik bozukluğu olmayan örneklerde depresyon ölçütleri ile 0.40 ile 0.60 arasında değişen korelasyon gösterir (Heatherton ve Polivy 1991). Bununla birlikte, inme hastalarında ve travmatik beyin hasarı gibi diğer nörolojik örneklerde, benlik saygısı ile depresyon gelişimi arasında (0.70 ve 0.80'lerde) yüksek korelasyonlar gösterilmektedir (Fung vd. 2006).

Özcan vd. (2013) ergenlik ve genç yetişkinlik dönemindeki kadınlarda yaptığı çalışmada benlik saygısı, sosyal görünüş kaygısı, anksiyete ve depresyonun birbiriyle

ilişkili olduğunu bulmuştur. Aknesi olan olgularda yapılan ve “Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği”nin kullanıldığı başka bir çalışmada sosyal görünüş kaygısıyla anksiyete ve depresyon arasında orta düzeyde ilişkinin bulunduğu tespit edilmiştir. (Erdemir vd. 2013)

Obez bireylerde yapılan başka bir çalışmada sosyal görünüş kaygısı, benlik saygısı ve vücut algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (Yılmaz 2015) Edinilmiş beyin hasarı sonrası benlik saygısını The Robson Self-Esteem Scale ile değerlendiren başka bir çalışmada benlik saygısıyla anksiyete ve depresyon arasında yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur, benlik saygısı düştükçe depresyon ve anksiyete seviyelerinde artış meydana gelmektedir (Longworth vd. 2018). Sistemik sklerozu olan olgularda yapılan çalışmada sosyal görünüş kaygısı ile hastaların yaşadıkları depresyon belirtileri arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde korelasyon bulunmuştur (Mills vd. 2018).

Bizim çalışmamızda da literatürle paralel olarak sosyal görünüş kaygısı ile benlik saygısı, inme sonrası anksiyete ve depresyon arasında zayıf ve orta düzeyde korelasyonlar saptanmıştır.

5.4. Çalışmanın Limitasyonları

“Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği”nin geçerlik ve güvenirlik çalışmasına ait başlıca limitasyonları;

Alınan olgu sayısının az olması. Geçerlik güvenirlik çalışmalarında soru sayısının minimum 5 katı kadar olgu alınması önerilir. Bizim çalışmamızda da 16 sorunun 5 katı olan 80 olguya ulaşılmıştır fakat olgu sayısının daha fazla olması çalışmanın güvenilirliğini artırabilirdi.

Değerlendirme formlarında hastaların bağımsızlık düzeyini değerlendirebilecek bir parametre kullanılabildi. Bağımsızlık düzeyi ile sosyal görünüş kaygısı arasında ilişkinin olup olmadığı saptanabilirdi.

Kadın ve erkek olguların sayısı birbirine yakın olabilirdi.

İnme süresinin daha homojen dağıldığı bir örneklem üzerinde çalışılabilirdi.

6. SONUÇLAR

“Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği”nin Türkiye için güvenilirlik ve geçerliğini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın sonuçlarına göre;

Ölçek orijinaline bağlı kalınarak tek faktör sınırlandırılması yöntemi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Ölçeğin test tekrar test puanları ile korelasyonlar hesaplandığında korelasyon katsayısı $r = 0.83$ olarak bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.001$). İnmeli bireylerde uygulanan SGKÖ'nin içsel tutarlığı yüksek bulunmuştur (Cronbach $\alpha = 0.91$). Bu bulgular testin güvenilirliğinin oldukça yüksek olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin madde toplam puan korelasyonları incelendiğinde; madde korelasyon değerlerinin 0.16 ile 0.81 arasında olduğu belirlenmiştir. Ölçekteki 1, 2, 5 ve 15. Maddelerin korelasyon değerleri 0.50'nin altındadır. En düşük madde korelasyon değeri 15. Maddeye ait olup 0.16'dır. Bu nedenle 15. Maddenin ölçekten çıkarılması önerilir.

Ölçek toplam puanının RBSÖ ile negatif yönlü zayıf ve HAD-A/D ile pozitif yönlü zayıf ve orta düzeyde ilişkisinin olduğu bulunmuştur. Bu korelasyonlar değerlendirildiğinde SGKÖ'nin geçerli bir ölçek olduğu gözlenmiştir.

Sonuç olarak, SGKÖ Türkçe versiyonunun inmeli hastalarda kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğuna karar verilmiştir ve sosyal görünüş kaygısının, inme sonrası depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

7. KAYNAKLAR

Aker S, DüNDAR C, Pekşen Y. “Ölçme araçlarında iki yaşamsal kavram: Geçerlik ve güvenilirlik” *O.M.Ü. Tıp Dergisi* 2005; 22(1): 50-60.

Akgül, Aziz. Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri: SPSS uygulamaları. *Yükseköğretim kurulu matbaası*, 1997.

Alaszewski, H., Alaszewski, A., Potter, J., Penhale, B., & Billings, J. Life after stroke: reconstructing everyday life. *Canterbury: Centre for Health Services Study, University of Kent* 2003.

American Psychiatric Association. “Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)”. *American Psychiatric Pub*, 2013.

Aström M, Adolfsson R, Asplund K. “Major depression in stroke patients. A 3-year longitudinal study.” *Stroke* 1993; 24: 976–82.

Aström M. “Generalized anxiety disorder in stroke patients: A 3-year longitudinal study.” *Stroke* 1996; 27: 270-75.

Aydemir, Ömer, et al. "Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği." *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1997; 8.4: 280-7.

Ayerbe L, Ayis S, Rudd AG, Heuschmann PU, Wolfe CD. "Natural history, predictors, and associations of depression 5 years after stroke: the south London stroke register." *Stroke* 2011; 42: 1907–11.

Barker-Collo, Suzanne L. "Depression and anxiety 3 months post stroke: prevalence and correlates." *Archives of Clinical Neuropsychology* 2007; 22.4: 519-31.

Bartels MN. Pathophysiology and Medical Management of Stroke In: Gillen G, Burkhardt A editors, Stroke rehabilitation a function-based approach. 2nd ed. Philadelphia: *Mosby*, 2004: 1-27.

Berkman LF, Glass TA. Social network epidemiology. In: Berkman LF, Kawachi I, eds. Social Epidemiology. New York: *Oxford University Press*, 2014:234–89.

Boden B, Alcala E, Litwak MS, Elkind T, Rundek RL, Sacco, et al. "Social isolation and outcomes post stroke." *Neurology* 2005;64(11):1888–92.

Bohannon, Richard W., and Melissa B. Smith. "Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity." *Physical therapy* 1987; 67.2: 206-07.

Bolla-Wilson K, Robinson RG, Starkstein SE, et al: "Lateralization of dementia of depression in stroke patients." *Am J Psychiatry* 1989; 146:627–34

Brandstater ME, Roth EJ, Siebens HC. "Venous thromboembolism in stroke: literature review and implications for clinical practice." *Arch Phys Rehabil.* 1992; 73: 379–91

Brunnstrom, Signe. "Movement therapy in hemiplegia." *A neurophysiological approach* 1970: 113-22.

Caeiro L, Ferro JM, Santos CO, Figueira ML. "Depression in acute stroke." *J Psychiatry Neurosci* 2006; 31:377–83.

Chen G, Patent C, Kothari DH, Zajac FE. "Gait differences between individuals with post-stroke hemiparesis and non-disabled controls at matched speeds." *Gait & Posture* 2005; 22:51-56.

Claes, Laurence, et al. "Validation of the social appearance anxiety scale in female eating disorder patients." *European Eating Disorders Review* 2012; 20.5: 406-09.

Collin, C., and D. T. Wade. "Assessing motor impairment after stroke: a pilot reliability study." *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 1990; 53.7: 576-79.

Çuhadaroğlu, F. "Adolesanlarda Benlik Saygısı" (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), *Ankara Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi*, 1986.

Daley, Kathy, Nancy Mayo, and Sharon Wood-Dauphinée. "Reliability of scores on the Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM) measure." *Physical therapy* 1999; 79.1: 8-23.

Davis SM, Rosen DM, Donnan GA. "Acute stroke management around the world." In: Bogousslavsky J (Ed.). *Acute Stroke Treatment*. London; 1997. p.1-14.

Doğan, Tayfun. "Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği'nin (SGKÖ) Türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenirlik çalışması." **Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi** 2010; 39.39

Doğan, Tayfun. "Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği'nin Psikometrik Özelliklerinin Ergenlerden Oluşan Bir Örneklemde İncelenmesi." **İlköğretim Online** 2011; 10.1

Dombovy, Mary L., et al. "Disability and use of rehabilitation services following stroke in Rochester, Minnesota, 1975-1979." **Stroke** 1987; 18.5: 830-836.

Ebrahim S, Barer D, Nouri F. "Use of the Nottingham Health Profile with patients after a stroke." **J Epidemiol Community Health** 1986; 40(2): 166–9.

Ellis-Hill, C.S., and S. Horn. "Change in identity and selfconcept: A new theoretical approach to recovery following a stroke." **Clinical Rehabilitation** ,2000; 14(3): 279–87.

Erdemir, Aslı Vefa, et al. "Akne vulgarisli hastalarda sosyal görünüş kaygısı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi." **İstanbul Med J** 2013; 14: 35-9

Erefe, İ. Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri., **Odak Ofset**, İstanbul, 2002.

Erkuş A. Psikometri Üzerine Yazılar. (1. Baskı). **Türk Psikologlar Derneği Yayınları**, Ankara, 2003.

Feigenson, Joel S., et al. "Factors influencing outcome and length of stay in a stroke rehabilitation unit. Part 1. Analysis of 248 unscreened patients--medical and functional prognostic indicators." **Stroke** 1977; 8.6: 651-56.

Folstein, Marshal F., Susan E. Folstein, and Paul R. McHugh. "'Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician." **Journal of psychiatric research** 1975; 12.3: 189-98.

Fugl-Meyer, Axel R., et al. "The post-stroke hemiplegic patient. 1. a method for evaluation of physical performance." **Scandinavian journal of rehabilitation medicine** 1975; 7.1: 13-31.

Fung LC, Lui MH, Chau JP. "Relationship between self-esteem and the occurrence of depression following a stroke." **J Clin Nurs**, 2006; 15: 505–06.

Gainotti, G. "Emotional and psychological problems after brain injury." **Neuropsychological Rehabilitation**, 1993; 3, 259–77

Gözüm, S., Aksayan, S. "Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma". **Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi**, 2003; 5(1):3-14.

Grant N, Hamer M, Steptoe A. "Social isolation and stress-related cardiovascular, lipid, and cortisol responses." **Ann Behav Med** 2009; 37:29–37.

Gresham, Glen E., et al. "Residual disability in survivors of stroke—the Framingham study." **New England journal of medicine** 1975; 293.19: 954-56.

Grubb, H.J., Sellers, M.I., & Waligroski, K. "Factors related to depression and eating disorders: Self-esteem, body image, and attractiveness." *Psychological Reports*, 1993; 72, 1003–10.

Han B, Haley WE. "Family caregiving for patients with stroke: review and analysis." *Stroke*. 1999; 30(7): 1478–85.

Hart TA, Flora DB, Palyo SA, Fresco DM, Holle C, Heimberg RC. "Development and examination of the social appearance anxiety scale." *Assessment*, 2008; 15, 48-59

Hart, Elizabeth A., Mark R. Leary, and W. Jack Rejeski. "Tie measurement of social physique anxiety." *Journal of Sport and exercise Psychology* 1989; 11.1: 94-104.

Hawkley LC, Cacioppo JT. "Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms." *Ann Behav Med* 2010; 40:218–27.

Hawkley LC, Thisted RA, Masi CM, et al. "Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults." *Psychol Aging* 2010; 25:132–41.

Heatherton TF, Polivy J. "Development and validation of a scale for measuring state self-esteem." *J Pers Soc Psychol*, 1991; 60: 895–10.

Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. "Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review." *PLoS Med* 2010;7: e1000316

Hosking SG, Marsh NV, Friedman PJ. "Poststroke depression: prevalence, course, and associated factors." *Neuropsychol Rev* 1996; 6:107–33.

Johnson JL, Minarik PA, Nyström KV, Bautista C, Gorman MJ. "Poststroke depression incidence and risk factors: an integrative literature review." *J Neurosci Nurs* 2006; 38:316–27

Kang HJ, Stewart R, Kim JM, et al. "Comparative validity of depression assessment scales for screening poststroke depression." *J Affect Disord* 2013; 147:186–91.

Karasar, Niyazi. "Bilimsel Araştırma Yöntemleri-kavramlar, ilkeler, terimler", *Nobel Yayın Dağıtım, Ankara*, 2000.

Kauhanen M, Korpelainen J, Hiltunen P., Nieminen P, Sotaniemi K, Myllälä V. "Domains and determinants of quality of life after stroke caused by brain infarction". *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2000; 81: 1541–46.

Kuzucu, Yaşar. "Duygusal farkındalık düzeyi ölçeğinin uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışmaları." *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2016; 3.29.

Landis, J. Richard, and Gary G. Koch. "The measurement of observer agreement for categorical data." *Biometrics* 1977; 159-74.

Lazarus, Lawrence W., et al. "Methylphenidate and nortriptyline in the treatment of poststroke depression: a retrospective comparison." *Archives of physical medicine and rehabilitation* 1994; 75.4: 403-06.

Leary, Mark R., and Sarah Meadows. "Predictors, elicitors, and concomitants of social blushing." *Journal of Personality and Social Psychology* 1991; 60.2: 254.

Lin S-I. "Motor function and joint position sense in relation to gait performance in chronic stroke patients". *Arch Phys Med Rehabil* 2005; 86:197-03.

Lincoln NB, Brinkmann N, Cunningham S, et al. "Anxiety and depression after stroke: a 5 year follow-up." *Disabil Rehabil* 2013; 35:140–5.

Longworth, C., Deakins, J., Rose, D., & Gracey, F. "The nature of self-esteem and its relationship to anxiety and depression in adult acquired brain injury." *Neuropsychological rehabilitation*, 2018; 28(7), 1078-94.

M. D. Patel, K. Tilling, E. Lawrence, A. G. Rudd, C. D. A. Wolfe, C. McKeivitt; "Relationships between long-term stroke disability, handicap and health-related quality of life", *Age and Ageing* 2006; 35(3): 273–279

McAvay GJ, Seeman TE, Rodin J. "A longitudinal study of change in domain-specific self-efficacy among older adults." *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1996;51: 243–53.

Memiş, S. ve Tülek, Z. "İnmeli hastalarda görülen konuşma bozukluklarında hemşirenin rolü." *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2004; 8(1): 52-54.

Mills, Sarah D., et al. "Validation of the Social Appearance Anxiety Scale in Patients With Systemic Sclerosis: A Scleroderma Patient-Centered Intervention Network Cohort Study." *Arthritis care & research* 2018; 70.10: 1557-62.

Morrison V, Pollard B, Johnston M, MacWalter R. "Anxiety and depression 3 years following stroke: demographic, clinical, and psychological predictors." *J Psychosom Res* 2005; 59:209–13.

Mukherjee, Debjani, Rebecca L. Levin, and Wendy Heller. "The cognitive, emotional, and social sequelae of stroke: psychological and ethical concerns in post-stroke adaptation." *Topics in stroke rehabilitation*, 2006; 13.4 :26-35.

Murray, Craig D., and B. Harrison. "The meaning and experience of being a stroke survivor: an interpretative phenomenological analysis." *Disability and rehabilitation*, 2004; 26.13: 808-816.

Netter, Frank H. Collection of Medical Illustrations, Cilt 1: Sinir Sistemi, Kısım II. Nörolojik ve Nöromuskuler Hastalıklar, Emre M, *Güneş Tıp Kitapevleri*, Ankara, 2007, s. 51

O'keefe, Lena M., et al. "Social isolation after stroke leads to depressive-like behavior and decreased BDNF levels in mice." *Behavioural brain research* 2014; 260: 162-70.

Yılmaz N. Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Sosyal Görünüş Kaygısı Ve Vücut Algısı. Tıpta Uzmanlık Tezi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı*, İzmir, 2015

Öner, N. Kültürlerarası ölçek uyarlamasında bir yöntem bilim modeli. *Psikoloji Dergisi IV. Ulusal Psikoloji Kongresi Özel Sayısı*, 1987; 6(21): 80–82.

Özcan H, Subaşı B, Budak B, Çelik M, Gürel ŞC, Yıldız M. "Ergenlik ve genç yetişkinlik dönemindeki kadınlarda benlik saygısı, sosyal görünüş kaygısı, depresyon ve anksiyete ilişkisi." *Journal of Mood Disorders*, 2013; 3(3), 107-13.

Özdamar, Kazım. "Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi." *Anadolu Üniversitesi Yayınları* Eskişehir, 1997.

Özgüven, İbrahim Ethem. "Psikolojik Testler (4. Baskı).": *PDREM yayınları* Ankara, 2000.

Pallesen, Hanne. "Body, coping and self-identity. A qualitative 5-year follow-up study of stroke." *Disability and rehabilitation*, 2014; 36.3: 232-41.

Parikh RM, Robinson RG, Lipsey JR, et al: "The impact of poststroke depression on recovery in activities of daily living over a 2-year follow-up." *Arch Neurol* 1990; 47:785–789

Rittman M, Boylestein C, Hinojosa R, Hinojosa M, Haun J. "Transition experience of stroke survivors following discharge home." *Top Stroke Rehabil.* 2007;14(2):21–31.

Robinson RG. "Mood disorders secondary to stroke". *Semin Clin Neuropsychiatry* 1997; 2:244–51.

Roid, G.H., & Fitts, W.H. "Tennessee Self-concept Scale Revised manual". *Los Angeles CA: Western Psychological Service*, 1994

Rothberger SM, Harris BS, Czech DR, Melton B. "The relationship of gender and self-efficacy on social physique anxiety among college students." *International Journal of Exercise Science*, 2015; 8(3), 234-42.

Rubio, K.B., & Van Deusen, J. "Relation of perceptual and body image dysfunction to activities of daily living of persons after a stroke." *The American Journal of Occupational Therapy*, 1995; 49, 551–59.

Secord, P.F., & Jourard, S.M. "The appraisal of body-cathexis: Body-cathexis and the self." *Journal of Consulting Psychology*, 1953; 17, 343–47.

Shumway-Cook A, Anson D, Haller S. "Postural swaybiofeedback: its effect on reestablishing stance stability in hemiplegic patients." *Arch Phys Med Rehabil* 1988; 69:395-400.

Starkstein SE, Robinson RG, Price TR: "Comparison of patients with and without post-stroke major depression matched for size and location of lesion". *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:247–52

Stein J, Brandstater M.E. Stroke Rehabilitation. In: Frontera WR, DeLisa JA (Eds). DeLisa's Physical Medicine & Rehabilitation: Principles and Practice. 5th Ed., Philadelphia: *Lippincott Williams & Wilkins/Wolter Kluwer Health*, 2012: 551-74.

Steptoe A, Owen N, Kunz-Ebrecht SR, et al. "Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middle-aged men and women." *Psychoneuroendocrinology* 2004; 29:593–11.

Stevens, J. Exploratory and Confirmatory Factor Analysis, Applied Multivariate Statistics For The Social Sciences, Third Edition Copyright, **By Lawrence Erlbaum Associates**, USA, 1996, s. 362-28.

Stowers, D.A., & Durm, M.W. "Does self-concept depend on body image? A gender analysis." **Psychological Reports**, 1996; 78, 643–46

Sudlow, C.L., Warlow, C.P. "Comparing stroke incidence worldwide: what makes studies comparable?" **Stroke**, 1996; 27(3): 550-58.

Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. **Hatipoğlu Yayıncılık**, Ankara, 1997.

Sümer, N. Yapısal eşitlik modelleri: Temel kavramlar ve örnek uygulamalar. **Türk psikoloji yazıları**, 2000; 3(6): 49-74.

Şencan, Hüner. "Reliability and validity in social and behavioral measurements.": **Seçkin Yayıncılık**, Ankara, 2005.

Tardieu, G. "A la recherche d'une technique de mesure de la spasticite." **Rev Neurol** 91 1954; 143-44.

Tavşancıl, E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS İle Veri Analizleri, **Nobel Yayın Dağıtım**, 2. Baskı, Ankara, 2005, s:3-58.

Tezbaşaran, A. Ata. Likert tipi ölçek geliştirme klavuzu. **Türk Psikologlar Derneği**, 1997.

Topçu, Serpil, and Sıdıka Oğuz. "Self-efficacy and quality of life after stroke İnme sonrası öz etkililik ve yaşam kalitesi." **Journal of Human Sciences** 2017; 14.2: 1388-96.

Tosun, N., Erkoç, Y., Buzgan, T., Keskinçilic, B., Aras, D., Yardım, N. Ve diğerleri. *Türkiye Kalp ve damar hastalıklarını önleme ve kontrol programı birincil, ikincil ve üçüncül korumaya yönelik stratejik plan ve eylem planı*. **Anıl Yayınevi**, Ankara, 2010.

Üzen, Ş. "İnmeli Hasta Ve Yakınının Hastalığa Verdiği Tepkinin Değerlendirilmesi", Yüksek Lisans Tezi, **M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2010.

Valtorta, Nicole K., et al. "Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies." **Heart** 2016; 102.13: 1009-16.

Vuletić V, Sapina L, Lozert M, Lezaić Z, Morović S. Anxiety and depressive symptoms in acute ischemic stroke. **Acta Clin Croat** 2012; 51:243–6

Wade, Derrick T., and R. Langton Hewer. "Functional abilities after stroke: measurement, natural history and prognosis." **Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry** 1987; 50.2: 177-182.

Wai-Kwong T, Grace LC, Vincent M, Gabor SU, Ka-Sing W. "Impact of anxiety on health related quality of life after stroke: a cross sectional study." **Arch Phys Med Rehabil** 2013; 94:2535–41.

Whyte EM, Mulsant BH, Vanderbilt J, Dodge HH, Ganguli M, et al. "Depression after stroke: a prospective epidemiological study." **J Am Geriatr Soc** 2004; 52(5): 774–78.

Yaltkaya K, Balkan S, Oğuz Y. Nöroloji Ders Kitabı, **Palme Yayıncılık**, Ankara, 2000, s. 183-185

Yousefi B, Hassani Z, Shokri O. "Reliability and factor validity of the 7-item of social physique anxiety scale (SPAS-7) among university students in Iran." **World Journal of SportSciences**, 2009; 2(3), 201-04.

Zavoreo I, Basić-Kes V, Bosnar-Puretić M, Demarin V. "Post-stroke depression." **Acta Clin Croat** 2009; 48:329–33.

Zigmond, Anthony S., and R. Philip Snaith. "The hospital anxiety and depression scale." **Acta psychiatrica scandinavica**, 1983; 67.6: 361-70



8.ÖZGEÇMİŞ


1993 yılında Denizli’de doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Denizli’ de tamamladı.

2015 yılında Şifa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünden mezun oldu. 2015- 2018 yılları arasında İzmir ve Denizli’de çeşitli özel hastanelerde nörolojik rehabilitasyon alanında çalıştı. 2016 yılında Pamukkale Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yüksek Lisans programına başladı. Şuanda mesleki anlamda çalışmalarına bireysel olarak devam etmektedir.



9. EKLER**Ek-1 Etik Kurul Onay Formu**

* B E N D B 1 3 5 8 *

 T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik
Kurulu

Sayı :60116787-020/2486 10/01/2018
Konu :Başvurunuz hk.

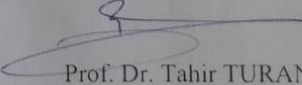
Sayın Yrd. Doç. Dr. Tuba CAN AKMAN

İlgi :28.12.2017 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "**Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği'nin Türkçe Versiyonunun İnmeli Hastalarda Geçerlilik ve Güvenilirliği**" konulu çalışmanız **09.01.2018 tarih ve 01 sayılı** kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. Tahir TURAN
Başkan

Ek-2 Sosyodemografik Bilgiler Kayıt Formu

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER KAYIT FORMU

SIRA

NO:

DEMOGRAFİK BİLGİLER

Adı : Boy :..... cm
Soyadı : Kilo :..... kg
Cinsiyet : K / E VKİ :.....
kg/cm²
Yaş :..... yıl Eğitim yılı :.....yıl

KLİNİK BİLGİLER

Kişinin Dominant Eli : Sağ Sol
Etkilenen Hemisfer : Sağ Sol
Klinik Tanı :
Hastalık Süresi : Ay / Yıl
Kendine Yardım Aleti Kullanımı : Evet Hayır

ÖLÇEKLER ve TESTLER

Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği Skoru :

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Skoru :

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Skoru :

Ek-3 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki maddeler, kendiniz hakkında ne düşünüp genel olarak nasıl hissettiğinize ilişkin olarak hazırlanmıştır. Lütfen kendiniz hakkında nasıl hissettiğinizi karşılardaki seçeneklerden size en uygun olanını X ile işaretleyerek belirtin.(Tüm soruları ve her soru için sadece bir cevabı işaretleyiniz.)

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum				
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum				
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.				
4. Ben de diğer insanların bir çoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.				
5. Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.				
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.				
7. Genel olarak kendimden memnunum.				
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.				
9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.				
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.				

Ek-4 Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAD)

1) Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- Evet, ama çok da şiddetli değil
- Biraz, ama beni endişelendiriyor
- Hayır, hiç de öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman
- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık

- Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebilirim
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek

Ek-5 Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği

SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISI ÖLÇEĞİ

	Hic Uygun Değil	Uygun Değil	Biraz uygun	Uygun	Tamamen uygun
Dış görünüşüm ile ilgili kendimi rahat hissedirim.					
Fotoğraflarım çekilirken kendimi gergin hissedirim.					
İnsanlar doğrudan bana baktıklarında gerilirim.					
İnsanların görünüşümden dolayı benden hoşlanmayacakları konusunda endişelenirim.					
Yanlarında olmadığımında insanların, görünüşümle ilgili kusurlarını konuşacaklarından endişelenirim.					
Görünüştümden dolayı insanların benimle beraber vakit geçirmek istemeyeceklerinden endişelenirim.					
İnsanların beni çekici bulmamalarından korkarım.					
Görünüştüğümün yaşamımı zorlaştırmasından endişe duyarım.					
Karşıma çıkan fırsatları görünüşümden dolayı kaybetmekten kaygılanırım.					
İnsanlarla konuşurken görünüşümden dolayı gerginlik yaşarım.					
Diğer insanlar görünüşümle ilgili bir şey söylediklerinde kaygılanırım.					
Dış görünüşümle ilgili başkalarının beklentilerini karşılayamamaktan endişeleniyorum.					
İnsanların görünüşümü olumsuz olarak değerlendirecekleri konusunda endişelenirim.					
Diğer insanların görünüşümdeki bir kusurun farkına vardıklarını düşündüğümde kendimi rahatsız hissedirim.					
Sevdiğim kişinin görünüşümden dolayı beni terk edeceğinden endişe duyuyorum.					
İnsanların görünüşüğümün iyi olmadığını düşünmelerinden endişeleniyorum.					