

**T.C.
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ**

İNME Lİ BİREYLERDE YAŞAM KALİTESİ

Yüksek Lisans Tezi

GAMZE KÜRÜCÜ

İSTANBUL, 2017

T.C.

BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

İNME Lİ BİREYLERDE YAŞAM KALİTESİ

Yüksek Lisans Tezi

GAMZE KÜRÜCÜ

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. HAYAT YALIN

İSTANBUL, 2017

TEŐEKKÜR

Bu tezi yazmamda emeği geçen, her fırsatta bize zaman ayıran, tez konusunun belirlenmesinde, araştırma aşamasında, yön tayininde ve tamamlanmasında destek olan tecrübelerinden ve bilgisinden yararlandığım çok değerli hocam, Sayın Yrd. Doç. Dr. Hayat YALIN'a

Akademik başarılarını her zaman örnek aldığım, tezimizin başlangıcından bitimine kadar bizden yardımlarını esirgemeyen, her zaman yanımızda olan ,bize her fırsatta güvenen çok kıymetli hocam, sayın Prof. Dr. Fatma ETİ ASLAN'a

Yanında çalışmaktan onur duyduğum, insani ve ahlaki değerleri ile de örnek aldığım, tez konusunda yardımlarını esirgemeyen çok kıymetli hocam, klinik şefim sayın Doç. Dr. Vildan A. YAYLA'ya

Çalışmam da kullanmış olduğum analiz programlarında desteğini esirgemeyen sayın hocam Ceyda AFACAN'a

Tezimin yazılması sırasında, pes ettiğim zamanlarda beni cesaretlendiren, yardımlarını esirgemeyen, ikinci ailem olarak gördüğüm, çok sevdiğim çalışma arkadaşlarım ,Derya KAYA ve çok kıymetli eşi Bilal KAYA, Duygu YAŞAR'a teőkükürü borç bilirim.

Bana her zaman öğütler verip, benimle iftihar eden bugünlere gelmemi sağlayan canım anneme, desteklerini esirgemeyen hayatıma anlam katan şair ruhlu kardeşlerime, kıymetlim, hayat arkadaşım Azmi ZENGİN'e

SONSUZ TEŐEKKÜRLERİMİ SUNARIM...

ÖZET

İNME Lİ BİREYLERDE YAŞAM KALİTESİ

Gamze Kürücü

Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Yrd.Doç.Hayat Yalın

Ocak, 2017, 45 Sayfa

İnme çoğu zaman bireylerin tüm yaşamında, özellikle de bireysel, sosyal ve ekonomik anlamda olumsuz şekilde etkiye sebep olabilmektedir. İnmeye bağlı olarak vücudun diğer sistemlerinde de olumsuz değişiklikler gelişebildiğinden zamanında gerçekleştirilecek uygun hemşirelik girişimleri ile komplikasyonların gelişmesi önlenir. Dolayısı ile bu çalışma hemşirelik alanında inmeli bireylerin yaşam kalitesine ilişkin çalışmaların genişletilmesi, farklı zaman aralıkları ve farklı gruplar içerisinde de benzer sonuçların olup olmadığının değerlendirilmesi açısından elverişli bir zemin hazırlayacak, dahası sunulan bakım hizmetinin kalitesinin nasıl geliştirilebileceği yönünde alınacak kararlara da rehber olacaktır.

Amaç: Çalışma, inme geçirmiş hastaların yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

Yöntem: Çalışma örnekleme 202 hastayı içermektedir. Nicel teknikle gerçekleştirilen bu çalışmada veri toplama tekniği anket uygulamasıdır ve dolayısı ile çalışmaya dahil olan hastalara sosyodemografik özellikleri ve hastalıklarına ilişkin bilgileri içeren Hasta-Hastalık Tanımlama Formu, Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksi uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya 100 kadın ve 102 erkek hasta katılmış ve toplam yaş ortalaması, 61,680 olarak hesaplandı. Hastalar Barthel İndeksin'e göre 43'ü (yüzde 21,3) tam bağımlı, 63'ü (yüzde 31,2) ileri derecede bağımlı, 61'i (yüzde 30,2) orta derecede bağımlı, 17'si (yüzde 8,4) hafif derecede bağımlı, 18'i (yüzde 8,9) tam bağımsız olarak dağılmaktadır. Bununla beraber, Londra Engellilik Ölçeği puanları ile, Barthel İndeksi puanları arasında pozitif bir korelasyon olduğu görülmüştür.

Sonuç: Çalışma bulguları literatür ile uyumludur ve bunun yanında Londra Engellilik Ölçeği bu çalışmada da güvenilir bir ölçüm aracı konumunda karşımıza çıkmaktadır. Ek olarak, inmeli bireylerde yaşam kalitesi, diğer tüm bireylerde olduğu gibi, yalnızca hastalık ve hastalığın sonuçları açısından değil, sosyal, fiziksel çevre, mental durum, inme öncesi engellilik durumu, sosyoekonomik durum gibi bir çok başka değişkenin etkisi ile şekillenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşam Kalitesi, İnme, Londra Engellilik Ölçeği, Barthel İndeks

ABSTRACT

QUALITY OF LIFE IN STROKE PATENTS

Gamze Kürücü

Masters of Nursing

Advisor: Title, Ass. Prof. Hayat Yalın

January, 2017, 45 Pages

Stroke has destructive effects on individuals and beyond the life, it affects negatively the dimensions of life such as individualistic, social, and economic life. Depending on the level of stroke, there may occur new negative changes in the systems of body and therefore, nursing interventions for stroke patients may prevent complications after stroke attacks.

Therefore, considering these factors, may become a road map to extent studies about quality of life in stroke patients and evaluating the different factors may support the quality of care which stroke patients receive.

Aim: The study was performed with the aim to determine quality of life of the stroke patients.

Purpose: Purpose of this study was to define level of quality of life in stroke patients, evaluate the london handicap scale for using in Turkish stroke studies and to contribute the literature about quality of life of older people.

Method: The sample of the study includes 202 stroke patients.

The research methodology includes quantitative techniques and therefore, the data collected by using Patient description form, London Handicap Scale and Barthel index.

Findings: 100 female and 102 male stroke patients participated the study. The mean age of total sample is 61,680 years. When considering the total Barthel Index scores, 43 patients are fully depended; 63 patients are advanced level dependent; 61 of the patients are middle level dependent and 18 of the all patients are mildly dependent.

In addition to that, There is positive correlation between total scores of London Handicap Scale and Barthel Index. According to this result.

Result: Findings of the study are coherent with the extent literature and in addition, The London Handicap Scale is also reliable in this study. The quality of life in stroke patients, as other individuals who participated the researchs about quality of life, is not only result of an illness but also results of social, physical environments; socio-economical status, and dependency status.

Keywords: Quality of life, Stroke, London Handicap Scale, Barthel Index

İÇİNDEKİLER

TABLolar	İV
ŞEKİL	VI
KISALTMALAR	VII
SEMBOLLER	VIII
1. GİRİŞ	1
2. LİTERATÜR TARAMASI	5
2.1.İNME	5
2.1.1 İnme Tipleri	6
2.1.2 İnme Risk Faktörleri	7
2.2.YAŞAM KALİTESİ	8
3. VERİ VE YÖNTEM	11
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ	11
3.2.ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	11
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	11
3.4.ARAŞTIRMAYA DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ	12
3.5VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ARAÇLARI	13
3.5.1 Hasta-Hastalık Tanımlama Formu	13
3.5.2 Londra Engellilik Ölçeği (LEÖ) - London Handicap Scale (LHS)	13
3.5.3 Bathel İndeksi	14
3.6.ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ	15
3.6.1 Ölçek İzni	15
3.6.2 Katılımcı onayı	15
3.7 SINIRLILIKLAR	15
4. BULGULAR	17
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	39
5.1 SOSYODEMOGRAFİK BULGULARIN LİTERATÜR İLE KARŞILAŞTIRILMASI	39

5.2 HASTALIĞA İLİŞKİN BULGULARIN LİTERATÜR İLE KARŞILAŞTIRILMASI.....	40
5.3 BARTHEL İNDEKSİ VE LONDRA ENGELLİLİK ÖLÇEĞİ'nin İNME DEĞERLENDİRMESİNDEKİ SONUÇLARIN LİTERATÜR İLE KARŞILAŞTIRILMASI.....	41
KAYNAKÇA.....	45
EKLER.....	53
EK A.1: HASTA – HASTALIK BİLGİ FORMU.....	54
EK A.2: LONDRA ENGELLİLİK ÖLÇEĞİ.....	56
EK A.3: BARTHEL İNDEKSİ.....	58
EK A.4: HASTA BİLGİLENDİRME FORMU.....	59
EK A.5: ETİK KURUL İZİNİ.....	60
EK A.6: KURUM İZİNİ.....	61

TABLULAR

Tablo 2.1 : İnmede risk faktörler.....	7
Tablo 3.1 : Cronbach's Alpha Değerleri.....	16
Tablo 4.1 : Sosyo-demografik özellikler	17
Tablo 4. 2: Evde birlikte yaşanan kişiler.....	18
Tablo 4.3 : Ailede başka çalışan varlığı birlikte yaşanan kişiler.....	18
Tablo 4.4 : Hastalık (İNME) tanınması.....	19
Tablo 4.5 : Nörolojik defisit.....	20
Tablo 4.6 : Barthel İndeks'e göre dağılım.....	21
Tablo 4.7 : Barthel İndeks dağılımına göre değişkenlerin dağılımı.....	21
Tablo 4.8 : Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksi tanımsal bulguları.....	25
Tablo 4.9 : Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksi arasındaki ilişkiye ilişkin Spearman korelasyon analizi.....	25
Tablo 4.10: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksi arasındaki ilişkiye ilişkin Kruskal Wallis analizi.....	26
Tablo 4.11: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin yas grup değişkeni ile karşılaştırılması.....	27
Tablo 4.12: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksi cinsiyete değişkeni ile karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.13: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin eğitim durumuna değişkeni ile karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.14: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin medeni durum değişkeni ile karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.15: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin BMI grup değişkeni ile karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.16: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin hemoraji lokalizasyonu değişkeni ile karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.17: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin iskemik inme etyolojik sınıflama değişkeni ile karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.18: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin iskemik inme klinik sınıflama değişkeni ile karşılaştırılması.....	31

Tablo 4.19: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin ailede başka çalışan varlığı değişkeni ile karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.20:Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin emirlere uyma sorunu değişkeni ile karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.21:Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin konuşma değişkeni ile karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.22: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin sağ bacak sorunu değişkeni ile karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.23: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin sağ kol sorunu değişkeni ile karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.24: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin sol bacak sorunu değişkeni ile karşılaştı.....	34
Tablo 4.25: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin sol kol sorunu değişkeni ile karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.26: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin sosyal güvence değişkeni ile karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.27: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin yer oryantasyonu sorunu değişkeni ile karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.28: Londra Engellilik ve Barthel Ölçeklerinin zaman oryantasyonu sorunu değişkeni ile karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.29: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin çalışma durumu değişkeni ile karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.30: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin inme tipi değişkeni ile karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.31: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin evde birlikte yaşanan kişi sayısı değişkeni ile karşılaştırılması.....	38

ŞEKİLLER

Şekil 4.1: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksi arasındaki İlişki.....26



KISALTMALAR

LEÖ	:	Londra Engellilik Ölçeği
LHS	:	London Handicap Scale
HRQoL	:	Health Related Quality of Life (Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi)
SVH	:	Serebro Vasküler Hastalık
QoL	:	Quality of Life (Yaşam Kalitesi)
WHO	:	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

SEMBOLLER

Anakütle (Evren)	:	N
Cronbach's Alpha Katsayısı	:	α
Frekans	:	n
Olasılık Değeri	:	p



1. GİRİŞ

Türkiye’de ulusal düzeyde toplam hastalık yükleri değerlendirildiğinde, birincil nedeninin kardiyovasküler hastalıklar; ikinci derece ise serebrovasküler hastalıklardan oluştuğu görülmektedir. Bunun yanında söz konusu iki hastalık göz önünde bulundurulduğunda, cinsiyete göre hastalık yükü dağılımında kadınlarda yüzde 18 ve erkeklerde yüzde 20,5 civarında bu problemlerin bulunduğu görülmüştür (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2010).

Söz konusu oranlar, özellikle hastalıkların yaşla birlikte artma riski de değerlendirildiğinde, yaşlı nüfusun artışı ile daha da artacağını göstermektedir. Bu nedenle, söz konusu hastalıkları geçiren bireylerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve gerekli düzenlemelerin yapılması bir gereklilik haline gelmektedir (Özer ve ark, 2015, ss. 159-160).

Kronik hastalıkların varlığı, yalnızca etkilenen bireylerin yaşamını değiştirmekle kalmayıp, aldıkları bakımın da birçok boyutunu etkilemektedir. Özellikle inme, engelliliğe neden olan ve yaşam kalitesini azaltan bir neden olarak değerlendirilmektedir (Lima ve ark. 2014, ss. 453-464).

Bireylerin sağlık durumundaki değişimler ile çevresel koşullar arasındaki uyum düzeyi, söz konusu kişilerin yaşam kaliteleri düzeylerinde de farklılıklar meydana getirmektedir. Bireylerin yaşamında meydana gelen yeni yaşam koşulları, yeterli imkan ve uygun ortamın sağlanamaması ile birlikte, başka yeni sorunlara da neden olabilmektedir. Bu sağlık sorunlarından birisi olan inme, dünya da ölüme ve çeşitli engelliliğe sebep olabilen üçüncü büyük sağlık problemidir (Ogunniyi ve ark.2007, ss. 134-139 ; aktaran: Abubakar ve Isezuo 2012 ,ss. 183-187).

Son yıllardaki çalışmalara bakıldığında, inme sonrasında bireylerde yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi ile ilişkili diğer unsurların incelenmesine yönelik çalışmalara verilen önem artmış durumdadır. Bunun en önemli nedeni ise, inmeli bireylerde yaşam kalitesi,

aynı zamanda bireyin inme sonrası karşılaştığı etkileri de algılayış ve yorumlayışının bir temsili olmasındadır (Jonston ve ark 2005, ss. 803-808; Patel ve ark. 2006, ss. 273-279; Şenocak ve ark. 2008, ss. 169-175).

İnme çoğu zaman bireyler için yıkıcı etkiye sahiptir (Mayo ve arkadaşları, 1999) ve bireyin tüm yaşamında, özellikle de bireysel, sosyal ve ekonomik anlamda olumsuz şekilde etkiye sebep olabilmektedir (Kauhanen 1999, s. 15).

Geçmişten günümüze, inme hastalarının yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik olan ilgi düzeyi son yıllarda hızlı şekilde artmaya devam etmiştir (Hachinski 1999, s. 1728; Kauhanen 1999, s. 15).

Kalache ve Aboderin 1995, ss. 1-21; Abegunde ve ark.2007, ss. 1929-1938; Johnston ve ark.2009, ss. 345-354; Hamza ve ark. 2014, ss. 1-7).’nın açıkladığı gibi:

Yetişkinlikte inme ile bağlantılı mortalite ve morbidite birçok gelişmekte olan ülkede halk sağlığı problemi olmaya devam etmektedir. Hipertansiyon, obezite ve fiziksel inaktivite gibi düzeltilbilir risk faktörlerinin prevalansındaki artış da yetişkin ölümlerinde inmenin ilk üçte olmasına katkı sağlayan unsurlar arasındadır. Dolayısı ile, özellikle kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve diyabet gibi diğer kronik hastalıklarla beraber, inme orta ve düşük gelirli ülkeler için bir yük olmaya devam edecektir.

İnmenin akut dönemindeki hastaların yüzde 30’u yaklaşık bir yıl içerisinde hayatını kaybederken, yaşamına devam edenlerin yaklaşık üçte biri de daha sonraki dönemlerde gündelik yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmek için başkalarına bağımlı duruma gelmektedir (Çelik 2014, ss. 29-32).

İnme ve yaşam kalitesi üzerine geçmişten günümüze gerçekleştirilen çeşitli çalışmalar, inme geçiren bireylerde düşük yaşam kalitesi ve memnuniyeti ile, depresyon düzeyinin, azalmış fonksiyonel kapasitenin ve inmede çeşitliliğin bağlantılı olduğunu vurgulamaktadır (Ahlsio ve ark.1984; Niemi ve ark.1988, ss. 1101-1107, ss. 1467-1472; Jonsson 2005, ss. 803-808; Larssen ve ark.2005, ss. ; Gargano ve ark. 2007, ss. 2541-2548; Visser ve ark. 2015, ss. 1492-1498).

Hemşirelik bakımının temel hedefi; bireyin yaşam kalitesinin fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutlarını olumlu yönde etkilemektir. Bu yaklaşımda birey merkezdedir, kendisi ile ilgili kararlara katılır ve kendi bakımının sorumluluğunu üstlenir (Akdemir 2003).

İnmeye bağlı olarak vücudun diğer sistemlerinde de olumsuz değişiklikler gelişebildiğinden zamanında gerçekleştirilecek uygun hemşirelik girişimleri ile komplikasyonların gelişmesi önlenir (Karadakovan 2010, ss.1176-1195).

- a) İnmenin akut dönemindeki hemşirelik girişimleri aşağıda belirtildiği gibi sıralanabilir;
- b) Hastanın hava yolu açık tutulmalı ve duruma göre oksijen verilmeli,
- c) Aldığı-çıkardığı takibi yapılarak hastanın üriner sistem fonksiyonları ve sıvı elektrolit dengesi takip edilmeli,
- d) Hastanın vital bulguları, bilinç düzeyi, pupillerinin ışık reaksiyonu ve büyüklükleri, ekstremitelerinin duyu ve motor cevapları sık aralıklarla kontrol edilmeli,
- e) Hastanın bilinci kapalı ise bu duruma uygun hasta bakımı uygulanmalı,
- f) İlaç tedavisi uygulanmalı. İlaç tedavisinin olası yan etkileri açısından hasta gözlenmelidir (Karadakovan 2010, ss.1176-1195).

Akut dönem sonrası hastanın durumu stabilize olduğunda, hastanın vücut fonksiyonlarının sürdürülmesi ve olası komplikasyonların önlenmesine yönelik olarak hemşirelik girişimleri uygulanmalıdır. Bu girişimler arasında hastanın kişisel hijyeninin sağlanması, cilt bütünlüğünün devamlılığının sağlanması, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, vücut temizliğinin sağlanması, üriner ve fekal inkontinans durumunda hastaya uygun hemşirelik bakımının verilmesi vb. sayılabilir (Karadakovan 2010).

Tüm bunların yanında, inmeli bireylerde hemşirelik bakımının rolü yadsınamaz düzeyde önem arz etmektedir. Özellikle inmeli hastaların hem tıbbi açıdan hem de bakım hizmeti açısından doğrudan hemşirelik bakımına ihtiyaç duyan bir hasta

grubunda buldukları (Türk ve ark. 2010, ss. 171-174) göz önüne alınırsa, hemşirelik hizmetlerinin ve bu konuda ortaya atılmış çalışmaların önem düzeyi de artmaktadır.

Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Proje Raporu'na (2004) göre; Türkiye genelinde mortaliteye sebep olan 20 hastalık içerisinde inmenin ikinci sırada bulunduğu ifade edilmiştir (aktaran: Bilgili ve Gözüm 2014, s.128).

Dolayısı ile bu unsurlar göz önünde alındığında, hemşirelik alanında inmeli bireylerin yaşam kalitesine ilişkin çalışmaların genişletilmesi, farklı zaman aralıkları ve farklı gruplar içerisinde de benzer sonuçların olup olmadığının değerlendirilmesi açısından elverişli bir zemin hazırlayacak, dahası sunulan bakım hizmetinin kalitesinin nasıl geliştirilebileceği yönünde alınacak kararlara da rehber olacaktır. Bu nedenle, bu çalışma inme geçirmiş bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

Birinci bölümde, inmenin tanımı yapıldı, risk faktörleri, özellikleri ve çeşitleri açıklandı.

İkinci bölüm, çalışmanın bir diğer ana boyutu olan yaşam kalitesine ayrıldı. Buna göre, yaşam kalitesinin tanımı ve özellikle inmeli hastalarda inme geçirmiş olma durumunun etkisi üzerine yaklaşımlar ve çalışmalara yer verildi.

Üçüncü bölüm, çalışmanın metodolojik kısmına ilişkin bilgileri içermektedir. Buna göre, öncelikle amaç, hipotezler, araştırma tipi ve tekniği ile veri toplama tekniği, veri toplama araçları, örneklem gibi yöntemsel özellikler açıklandı.

Dördüncü bölümde çalışmanın bulguları paylaşıldı.

Beşinci bölümde ise, şimdiye kadar inmeli bireylerde yaşam kalitesi üzerine gerçekleştirilmiş benzer çalışmalar ışığında, hipotezler de dikkate alınarak tartışma kısmı oluşturuldu ve son olarak sonuç kısmında çalışmanın sonucu ve önerileri açıklandı.

2. LİTERATÜR TARAMASI

2.1 İNME

İnme, özellikle yaşlı nüfusta yalnızca fiziksel fonksiyonu etkilemekle kalmayıp, engelliliğe ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde düşmeye neden olduğu için büyük bir sağlık sorunu konumundadır (Raymond 2003, ss. 4-60).

İnme, Dünya Sağlık Örgütü (WHO 2012, s. 310) tarafından “serebral fonksiyonlarda 24 saatten daha fazla süren ya da ölüme neden olan; vasküler orijin dışında başka belirgin bir sebebi olmayan fokal ya da global rahatsızlıkların hızlı şekilde gelişmesi ile açığa çıkan klinik bir sendromdur.” şeklinde tanımlanmıştır (aktaran: Eleftheriou 2012, s.89).

Bir başka ifade ile inme; serebrevasküler hastalık ya da felç olarak da adlandırılabilen, beyne kanın iletimini olumsuz etkileyen kardiyovasküler bir hastalıktır (Brass 1992, s. 215). Engelliğe neden olan ve nörorehabilitasyon gerektiren en yaygın problem olarak kabul edilen inmenin bakım maliyeti ise, hastanın eve dönme yeterliliğine bağlıdır (Vuadens 2005, ss. 3-9).

Bunlara ek olarak, inme merkezi sinir sisteminde iskemi ya da hemoraji nedeniyle ani şekilde meydana gelen nörolojik kayıp olarak da tanımlanabilmektedir ve bu tanım yüzde 80 oranında iskemik inme; yüzde 15 oranında intraserebral hemoraji; ve yüzde 5 oranında ise subarakoid hemoraji’yi kapsamaktadır (Raymond 2003, ss. 4-50).

Şahan ve ark.’nın (2010, ss. 85-140) açıkladığı gibi:

Hastalık; kişi, aile ve toplum üzerinde psikososyal problemlere yol açmasının yanı sıra, ekonomik yönden de yük teşkil etmektedir. Bu nedenle SVH’ların önlenmesi ve tedavisi, çok önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Akut ataktan sonra birçok birey temel gündelik yaşam aktivitelerini ve enstrümental aktiviteleri gerçekleştirebilmesini engelleyen bozulmalarla karşılaşmaktadır. Bunlar arasında motor bozukluklar, kognitif ve duyuşsal kayıplar, görme kaybı, dil

disfonksiyonu bulunmaktadır. Bunun yanında çoğunlukla iyileşme oldukça zaman almakta ve tamamen başarılı olmayabilmektedir (Martins, Riberio ve Garrett 2006, ss. 655-659).

Dolayısı ile inme, tüm dünya üzerinde mortalite ve engellilik nedenleri arasında başlarda yer almaktadır ve bu da söz konusu problem üzerinde daha fazla hassasiyet gerektirmektedir. Bazı çalışmalarda da bu durum desteklenmiştir, Patel ve arkadaşlarının (2006, ss. 273-279) gerçekleştirdiği bir çalışmaya göre, özellikle inme sonrasındaki bir yıl içerisinde, bireylerin yüzde 26 oranındaki engellilik düzeyleri, yüzde 55'e kadar yükselmiştir. Bu durum ise, sonraki bölümde de üzerinde durulacağı gibi, yaşam kalitesi söz konusu olduğunda oldukça önemli bir faktör haline gelebilmektedir (Şenocak 2008, ss. 169-175).

2.1.1 İnme Tipleri

İnme, iskemik (trombotik, embolik, laküner, veya kriptojenik) ya da hemorajik (intraparenkimal, subaraknoid) olmak üzere yaygın şekilde iki tiptedir (Warlow 1998). Yaygınlığa bakıldığında, *“serebral iskemi tüm inmelerin yüzde 80'ini, intraserebral kanama yüzde 15'ini, subaraknoid kanama ise yüzde 5'ini oluşturmaktadır”* (Öztürk 2009, ss. 117-121; aktaran: Çelik 2014) Türk Nöroloji Derneği'nin (2014) ifade ettiği üzere, *“Hemorajik inmede beynin çevresinde veya içinde kanama meydana gelirken; iskemik inmede beynin bir kısmında kan akımı azalır ya da durur. Kan akımı olmayan beyin alanı hasar görür.”*

2.1.2 İnme Risk Faktörleri

İnmede çeşitli risk faktörleri bulunmaktadır. Bu risk faktörleri, Tablo 2.1'de görüldüğü üzere, değiştirilebilir/değiştirilemeyen ve kesinleşmiş/kesinleşmemiş faktörler olarak ana başlıklar altında toplanmaktadır.

Tablo 2. 1: İnmede risk faktörleri

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	Değiştirilebilir Risk Faktörleri	Kesinleşmemiş Faktörler
a. Yaş	1. Hipertansiyon	1. Metabolik sendrom
b. Cinsiyet	2. Sigara	2. Alkol kullanımı
c. Irk	3. Diyabetes Mellitus, hiperinsülinemi, glikoz intoleransı	3. Hiperhomosisteinemi
d. Aile öyküsü/genetik	4.Kardiyovasküler hastalıklar (Koroner kalp hastalığı, kalp yetmezliği, periferik arter hastalığı	4.İlaç kullanımı ve bağımlılığı
e. Ailede inme ya da geçici iskemik atak öyküsü	5. Asemptomatik karotis stenozu	5. Hiperkoagülabilité (ACA, LA, FVL ve protrombin mutasyonu; protein C, protein S, ve antitrombin III eksikliği
	6. Atrial fibrilasyon	6. Oral kontraseptif kullanımı
	7. Orak hücreli anemi	7. İnflamasyon (hs-CRP, CD 40 ligand, IL-18)
	8. Dislipidemi	8. Enfeksiyon (C.pnömonia, H.Pylori, CMV, periodontal hastalıklar)
	9. Obezite	9. Migren
	10.Diyet ve beslenme alışkanlığı	10. Yüksek Lp(a), yüksek Lp-(PLA2)
	11. Fiziksel inaktivite	11.Uykudasolum bozuklukları
	12. Postmenapozal hormon tedavisi	

Kaynak: Midi ve Afşar, 2010, s. 1

Neredeyse tüm inme risk faktörlerinin değerlendirildiği çalışmalara bakıldığında, sigara kullanımının özellikle iskemik inme riskini diğer faktörlere göre iki kat daha fazla, hemorajik inme riskini ise 2-4 kat arası artırdığı görülmüştür (Whelton ve arkadaşları 2002, ss. 1882-1888; Manolia ve ark.1996, ss. 1882-1888; Bulut ve ark. 2013, ss. 231-233).

Bunun en önemli nedenlerinden birisi ise sigara kullanımının özellikle subaraknoid hemoraji riskini 2-4 kat civarında artırıyor oluşudur (Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği 2015). Kan basıncı ile inme riski arasında sürekli bir ilişki olması nedeniyle, serabral infarktüs ve intrakniyal kanamalar için özellikle hipertansiyon majör bir risk faktörü konumundadır. Bunun yanında kişi hipertansiyon hastası olmasa dahi inme riski, kan basıncı ile birlikte artmaktadır (Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği 2015).

2.2 YAŞAM KALİTESİ

Son yıllarda fiziksel ve mental rahatsızlıkların yaşam kalitesi üzerindeki etkileri üzerine yapılan çalışmalara olan ilgi sürekli artmaktadır. Özellikle psikososyal problemler biyomedikal ölçümlerin bir arada değerlendirilmesi hem klinisyenler hem de hastaların bakış açısından bakıldığında, tedavinin uygunluğu açısından büyük önem arz etmektedir (Theofilou 2013, ss. 150-162).

Bireylerin yaşam kalitesi düzeyi, mevcut koşulların sürekli değişiyor olması nedeniyle sık sık değişebilmektedir (Calman 1984, ss. 124-127). Özellikle bireylerin yaşam kalitelerinin öznel doğasından ötürü, tam anlamıyla bir yaşam kalitesi tanımı yapmak oldukça zordur. Söz konusu kavram bireyin mevcut durumuna ilişkin algılarını vurgulayan çok boyutlu bir kavram olarak değerlendirilmektedir (Bonomi ve ark. 2000, ss. 1-12).

Yaşam kalitesi birçok şekilde tanımlanabilmektedir. Hastalıklar ve tedaviler; psikolojik, sosyal ve ekonomik iyilik halini ve dahası biyolojik bütünlüğü etkilemesi nedeni ile yapılacak herhangi bir tanımın bu özellikleri kapsamaması gerekmektedir. (Jonsson 2005, ss. 803-808). İnmeli bireyler göz önünde bulundurulduğunda, söz konusu değişim önceden de söz edildiği üzere, hastalığın getirdiği fiziksel ve ruhsal değişimlerle beraber, çevresel koşullara uyum düzeyinin de değişmesi neticesinde daha fazla etkili ve yıkıcı olacaktır. Bu nedenle, inmeli bireylerin yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi, bu konuda yapılması gerekenleri de belirlemek ve uygun önlem ile uygulamaları ortaya koymak açısından oldukça önemlidir (Şenocak ve ark. 2008, ss. 169-175).

Yaşam kalitesi terimi (Quality of Life) farklı şekillerde tanımlanabilmektedir. Bu durum, söz konusu kavramın bilimsel anlamda ölçümünü ve değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır (Çakır ve ark. 2015; ss. 210-218). Ancak geniş anlamda düşünüldüğünde, yaşam kalitesi; bireylerin kendi yaşamlarına ilişkin çoklu boyutların iyilik durumlarını nasıl değerlendirdiklerini kapsayan bir kavramdır. Söz konusu değerlendirmeler yaşamsal olaylara verilen tepkileri, eğilimleri, yaşam tatmini ve iş ile kişisel yaşamdaki ilişkilerden memnuniyet gibi bireyin duygusal tepkilerini kapsamaktadır (Theofilou 2013, ss. 150-162).

Sağlık ilişkili yaşam kalitesi (Health Related Quality of Life) ise özel olarak yaşam kalitesi ile birlikte değerlendirilen, sağlığa ilişkin genel boyutları kapsamaktadır (Theofilou 2013, ss. 150-162). İnmenin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin farklı boyutları üzerindeki etkisi, iyileşme sürecine ve hastaların yaşama dahil olma düzeylerine göre değişebilmektedir. Dolayısı ile, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi inme sonrası süreci değerlendirmek için anahtar boyutlardan birisi konumundadır (Hamza ve arkadaşları 2014, ss. 1-7).

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı; yalnızca hastalığın olmaması değil, bunun yanında fiziksel, mental ve sosyal anlamda iyilik halinin bulunması olarak tanımlamıştır (WHO 1952). O zamandan bu yana, yaşam kalitesi boyutu, bakım ve sağlık araştırmalarında hastaların bakış açılarından değerlendirilmesi gereken bir boyut olarak kabul görmüştür.

Özellikle sağlık durumu, yaşam memnuniyeti ve yaşam kalitesi kavramları çoğunlukla birbirini yerlerine kullanılabilen kavramlar haline gelmiştir ve söz konusu inme olduğunda, üzerinde durulması gereken nokta, tüm bu boyutları kapsaması nedeni ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitesidir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ise bireyin deneyimleri, inançları, beklentileri ve algıları tarafından şekillendirilen fiziksel, psikolojik, ve sosyal olmak üzere sağlığın farklı boyutlarını kapsayıcı özellikleri değerlendirmeye olanak tanımaktadır (Theofilou 2013, ss. 150-162).

Yukarıda söz edilen tüm açılardan bakıldığında, bireylerde yaşam kalitesinin ölçümü ve değerlendirilmesi oldukça büyük önem arz etmektedir. Bu önem neticesinde oluşan

ihtiyaçla, çeşitli ölüm araçları geliştirilmiştir. Yaşam kalitesini ölçmek üzere 1000'e yakın ölüm aracı bulunmaktadır (Ubel ve ark. 2003, ss. 599-607). Bunlardan bir kısmı genel nüfusun yaşam kalitesini belirlemek üzere geliştirilmişken, bazıları ise özel bir gruba ya da hastalığa sahip kişilere ilişkin verileri belirlemek üzere hazırlanmıştır (Theofilou 2013, ss. 150-162). Bu noktada önemli olan ve dikkat edilmesi gereken yer ise yaşam kalitesinin her kültür grubuna, ülke nüfusuna, ve farklı değerlere sahip bireylerin özelliklerine göre farklı şekilde deneyimlenebilecek olduğu ve somatik ya da psikiyatrik hastalıklardan etkilenebilecek oluşudur (Ubel ve ark. 2003, ss. 599-607).

Söz konusu durum ve farklılıklar değerlendirilerek, çeşitli ölüm araçları önerilmiş; fiziksel, fonksiyonel, psikolojik ve sosyal sağlık olmak üzere önemli dört temel boyut belirlenmiştir. Buna göre fiziksel sağlık hastalığın semptomlarını, fonksiyonel sağlık öz bakım ve fiziksel aktivite düzeyini; kognitif fonksiyon, kişinin kendi sağlığını algılayışı ve yaşam memnuniyeti düzeyini; sosyal boyut ise kişinin kendisi ve vresiyle ilişkilerini ifade etmektedir (ztrk ve ark. 2002, ss. 117-121).

Dolayısı ile yaşam kalitesini değerlendirmek üzere geliştirilen ölçekler, özel ve genel olarak ikiye ayrılmıştır. Özel lekler, spesifik bir hastalığa ya da sağlıkla ilintili işleve ilişkin ölüm yapmak üzere geliştirilmiştir ve sağlıkta yaşam kalitesinin belirli bir kısmına odaklanmaktadır. Genel lekler (SF 36, Notingham Sağlık Profili, Yaşam Doyum Skalası, Yaşam Kalitesi İndeksi, Hastalık Etki Profili, Londra Engel leği vb), SYK'nın tüm önemli boyutlarını ölçerler ve geniş hasta gruplarına uygulanabilirler. Toplumda veya hasta gruplarında zrllk dağılımı lmek istendiğinde bu ölçekler seçilmesi gereklidir (Yalın 2011, ss. 40-41). Dolayısı ile, bu çalışmada da inmeli bireyler genel olarak değerlendirildiği için Londra Engellilik leği'nin kullanılmasına karar verildi.

3. VERİ VE YÖNTEM

Çalışmanın bu kısmında gerçekleştirilecek olan çalışmanın amacı; hipotezleri, yöntem ve teknikleri ile sınırlılıklar ve etik boyutuna değinilecektir.

3.1 ARAŞTIRMANIN AMACI

Önceki bölümlerde açıklanan kavramsal temel ve çalışma bulguları ışığında, bu çalışmada inme geçirmiş hastaların yaşam kalitelerini belirlemek ve bu alanda literatüre katkı sağlamak amaçlanmıştır. Söz konusu amaç dahilinde, bir sonraki kısımda belirtilen hipotezlerin test edilmesi planlandı.

3.2 ARAŞTIRMA SORUSU

Bu çalışmada, test edilmesi planlanan araştırma sorusu :

1: İnme geçiren bireylerin engellilik düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasında nasıl bir ilişki vardır?

3.3 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini son bir yıl içerisinde Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı İnme Polikliniği'ne başvuran 2400 hasta oluşturmaktadır. Bununla beraber ülkemizde ulusal düzeyde tüm yaş gruplarında görülen ilk 10 ölüm nedeni arasında SVH yüzde 15 ile ikinci sırada yer aldığı (Sağlık Bakanlığı 2010) bilinmektedir. Söz konusu bu oran göz önünde bulundurularak aşağıdaki örneklem formülünde yerleştirmeler yapılmış ve örneklem hesaplanmıştır. Hesaplama formülüne ilişkin bilgiler aşağıdaki gibidir:

n: Örnekleme alınacak örnek sayısı

N: Hedef kitledeki birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı

t: Belirlenen bir anlamlılık düzeyinde t tablosuna göre bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilmiş örnekleme hatası

$$n: \frac{Nr^2pq}{d^2(N-1)+t^2+pq} \quad (3.1)$$

Yukarıdaki formüle ilişkin veriler yerleştirilip, incelenen olayın görülüş sıklığı yüzde 15 ve görülmeyiş sıklığı yüzde 85 olarak kabul edildiğinde şu denklem ortaya çıkmaktadır:

$$\frac{(2400)(1,96)(0,15)(0,85)}{(0,05)^2(2400-1)+(1,96)^2+(0,15)(0,85)} = n = 181,2 \quad (3.3)$$

Dolayısı ile örnekleme son 1 yıl süresince Dr Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı İnme Polikliniği'ne daha önce inme (iskemik ve hemorajik) geçirmiş olan ve kontrole gelen, örneklem seçim kriterlerini karşılayan 202 hasta oluşturmaktadır.

3.4 ARAŞTIRMAYA DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ

Araştırmaya katılacak hastaların öncelikli olarak “*çalışmaya gönüllü şekilde katılmayı kabul etme*” şartını taşıyıp taşımadıkları incelendi. Bununla beraber bir diğer alma kriteri, hastaların en az üç ay önce inme geçirmiş olmaları gerekliliğidir. Yukarıdaki bölümlerde de söz edildiği gibi, inme sonrası süreç zaman içerisinde değişebildiği için böyle bir koşul belirlenmiştir. Dolayısı ile, üç aydan daha kısa süre önce inme geçirmiş hastalar çalışmaya dahil edilmeyecektir.

Bunlara ek olarak, katılımcıların 18 yaş ve üzeri olması, ayrıca ciddi algılama bozukluğu ve inme öncesine herhangi bir engellilik durumu olmaması şartları arandı.

3.5 VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ARAÇLARI

Nicel teknikle gerçekleştirilen bu çalışmada veri toplama tekniği anket uygulamasıdır ve dolayısı ile çalışmaya dahil olan hastalara sosyodemografik özellikleri ve hastalıklarına ilişkin bilgileri içeren Hasta-Hastalık Tanımlama Formu (EK A.1); Londra Engellilik

Ölçeği (EK A.2) ve Barthel İndeksi (EK A.3) uygulandı. Söz konusu veri toplama araçlarına ilişkin açıklamalar aşağıdaki gibidir:

3.5.1 Hasta-Hastalık Tanımlama Formu

“*Hasta-Hastalık Tanımlama Formu*” güncel literatür bilgilerinden yararlanılarak hastaların profillerini belirlemek üzere geliştirilmiş bir soru formudur. Form, araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların yaşları, eğitim ve medeni durumları, boyları, vücut ağırlıkları, meslek ve çalışma durumları ile nerede ve kiminle yaşadıklarını sorgulayan “*Sosyodemografik Özellikler Formu*” ve inme tipi, konuşma bozukluğu ve nörolojik defisit gibi hastalıklarına ait özellikleri sorgulayan “*Hastalık Tanımlama Formu*” olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. (EK A.1).

3.5.2 Londra Engellilik Ölçeği (LEÖ) - London Handicap Scale (LHS)

İnme hastalarında en yaygın şekilde kullanılan ve engelliliği değerlendiren ölçüm aracı Londra Engellilik Ölçeği’dir .Londra Engellilik Ölçeği (LEÖ)-London Handicap Scale (LHS), Harwood ve Ebrahim tarafından 1994 yılında yayınlanmış olan “Bozukluk, Yetiyitimi ve Engelliliğin Uluslar arası Sınıflandırması (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps - ICDH)” kriterlerine uygun olarak geliştirilmiş sağlıkla ilgili genel yaşam kalitesi ölçeğidir (Harwood ve ark. 1994, ss. 825-829).

Ölçek, engelliliği ve engelliliğin hastaların yaşam kalitelerine olan etkilerini belirlemek amacı ile gerek İngiltere’de ve gerekse Hong Kong, İsveç, Hollanda ve Nijerya gibi diğer birçok farklı ülkelerde kültürel uyarlaması yapılarak kullanılmış ve kullanılmaktadır (Harwood ve ark. 2006, ss. 1251-1256). Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Hayat Yalın tarafından 2011 yılında doktora tezi olarak gerçekleştirilmiştir (EK A.2).

Altı bölümden oluşan Londra Engellilik Ölçeği, kronik, çoğalan ve ilerleyen hastalıkları olan hastaların rehabilitasyon dahil olmak üzere sağlık durumları ile altı farklı boyutta bir engellilik profili (hareket, fiziksel bağımsızlık, meşguliyet, sosyal ilişki, uyum sağlama ve ekonomik yeterlilik) ve genel engellilik şiddetini ölçmektedir. Söz konusu

her bir boyut artan dezavantaja bağlı olarak altı seviyedir. Her bir sorunun altı cevap seçeneği bulunmaktadır (Harwood ve ark. 1994, ss. 825-829).

Cevap seçeneklerinden en iyi durumu gösterene “5” puan, en kötü durumu gösterene de “0” puan vererek puanlama yapmışlar ve ölçeğin standart puanlama yöntemi ile de geçerli olduğunu saptamışlardır. Bu puanlama yöntemine göre ölçekten alınan maksimum puan 30 olarak elde edilmektedir. Ölçek puanının 0-100 (0= total engellilik, 100= normal fonksiyon) arasında bir puana çevrilmesi için Ölçek puanı/ Maksimum ölçek puanı (30) x 100 işlemi uygulanmaktadır.

Ölçek, yetişkinler için uygun olup, henüz çocuklara göre tasarlanmamıştır. Ölçeğin doldurulması hasta veya ona bakım verenler ya da görüşmeci tarafından yapılabilmektedir (Harwood ve ark. 1994, ss. 825-829). Ölçek, bireylerde engellilik oluşturabilecek romatoid artrit (Harwood ve ark. 1996, ss. 825-829), katarakt vb. gibi hastalıkları olanlar ile yaşlıları kapsayan birçok araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılmıştır.

3.5.3 Bathel İndeksi

Wade ve Collin’e (1988) göre inme sonrası değerlendirilebilmek için ideal ölçüm aracının kolayca yönetilebilen, güvenilir ve geçerli, klinik olarak olası değişikliklere uyum sağlayabilen ve uzman olmayanlar açısından anlaşılır olması gerekmektedir. Onlara göre, Barthel İndeksi, inmeli popülasyonun değerlendirilmesinde oldukça yaygın kullanım alanına sahiptir ve söz konusu kriterleri uygun şekilde karşılamaktadır (Wade ve Collin 1998).

Mahoney ve Barthel (1965) tarafından geliştirilen bu ölçüm aracı, özellikle duyuşsal ve motor fonksiyonlarda kayıp yaşayan hastalarda kullanılmaktadır. Yemek yeme, yıkanma, günlük bakım giyinme, defekasyon, miksiyon, yataktan kalkma, tuvalete gitme, dolaşma, merdiven çıkma gibi günlük yaşam aktivitelerini içeren on altı boyuttan oluşan bu indeksin, puanlama düzeyi ise “0” puan ile “100” puan aralığındadır. Buna göre, 0 puan bireyde tam bağımlılığı, 100 puan ise bağımsızlığı ifade etmektedir. Bunun

yanında, bireyin bağımsız değerlendirilebilmesi için en az 60 puan alması gerekmektedir (EK A.3).

3.6 ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ

Araştırmanın etik kurallara uygunluğu açısından veri toplanması öncesi etik kuruldan (EK A.5), sağlık kurumdan (EK A.6), ölçek sahiplerinden ve araştırmaya gönüllü olarak katılan hastalardan (EK A.4) gerekli izinler alındı.

3.6.1 Ölçek İzni

Orjinali “Shah Ebrahim” tarafından geliştirilen Londa Engellilik Ölçeği’nin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Hayat Yalın tarafından 2011 yılında doktora tezi olarak gerçekleştirmiştir ve Türk toplumu için uygun olduğu belirlenmiştir. Ölçek kullanım izni “Hayat Yalın” tarafından alındı.

3.6.2 Katılımcı Onayı

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara araştırma hakkında ve isimlerinin gizli kalacağı ile ilgili sözlü ve yazılı bilgi verilmiş, gönüllük esasına göre bireylerin yazılı onamı alındı (EK A.4).

3.7 SINIRLILIKLAR

Tüm inme hastalarının bir çalışmaya dahil edilmesi hem zaman hem de ekonomik açıdan oldukça zorlayıcı olacaktır. Bu nedenle evreni temsil edebilecek iletişim kurabilen, reşit, inme öncesi engelliliği bulunmayan ve inme geçirdikten en az üç ay sonra polikliniğe gelen 202 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma da veriler bir kamu hastanesi Nöroloji Polikliniğine başvuran hastalardan elde edildiği için sonuçlar genellenemez.

3.8 VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 21.0 İstatistik paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov - Smirnov dağılım testi kullanıldı.

Londra Engellilik Ölçeği genel güvenilirliği 0,863; Barthel İndeksi genel güvenilirliği 0,947 bulundu (Tablo 3.1). Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanıldı. Ölçekler arası ilişkiler için Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı. Sonuçlar yüzde 95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Tablo 3. 1: Cronbach's Alpha Değerleri

	Cronbach's Alpha	Madde sayısı
Londra Engellilik Ölçeği	0,863	6
Barthel İndeksi	0,947	10

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma problemine yönelik toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapıldı.

Tablo 4. 1: Sosyo-demografik özellikler

		Frekans(n)	Yüzde (%)
Yaş	49 ve altı	47	23,3
	50-59	35	17,3
	60-69	55	27,2
	70-79	35	17,3
	80 ve üstü	30	14,9
	Toplam	202	100,0
Cinsiyet	Kadın	100	49,5
	Erkek	102	50,5
	Toplam	202	100,0
Vücut Kütle Oranı	Zayıf	8	4,0
	Normal	76	37,6
	Hafif şişman	82	40,6
	Obez	36	17,8
	Toplam	202	100,0
Medeni Durum	Evli	178	88,1
	Bekar	24	11,9
	Toplam	202	100,0
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	24	11,9
	Okur-yazar	14	6,9
	İlköğretim	119	58,9
	Lise	30	14,9
	Üniversite	9	4,5
	Diğer (yüksek lisans,doktora)	6	3,0
	Toplam	202	100,0
Çalışmama Durumu	Çalışıyor	30	14,9
	Çalışmıyor	172	85,1
	Toplam	202	100,0
Sosyal Güvence	Sosyal güvence var	192	95,0
	Sosyal güvence yok	10	5,0
	Toplam	202	100,0

Hastaların yaş grup değişkenine göre; yüzde 27,2'sinin (n=55) 60-69 yaş, yüzde 23,3'ü (n=47) 49 yaş ve altı, yüzde 17,3'ü (n=35) 50-59 yaş, yüzde 17,3'ü (n=35) 70-79 yaş, yüzde 14,9'u (n=30) 80 yaş ve üstü olarak dağılmaktadır. Hastaların yaş ortalaması $61,680 \pm 15,891$ (21-96), yüzde 50,5'inin (n=102) cinsiyeti erkekti. Hastaların vücut kütle oranı ortalaması $26,361 \pm 4,630$ (15,43 – 44,08) olarak hesaplandı. Yüzde

40,6'sının (n=82) hafif şişman, yüzde 37,6'sının (n=76) normal ve yüzde 17,8'inin (n=36) obez, yüzde 88,1'nin (n=178) evli, yüzde 58,9'unun (n=119) ilköğretim mezunu, yüzde 85,1'inin (n=172) çalışmadığı ve yüzde 95'inin (n=192) sosyal güvencisinin olduğu saptandı.

Tablo 4. 2: Evde birlikte yaşanılan kişiler

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Evde Birlikte Yaşanılan Kişi Sayısı	0	10	5,0
	1	2	1,0
	2	79	39,1
	3	43	21,3
	4	40	19,8
	5 ve üstü	28	13,9
	Toplam	202	100,0
Evde birlikte yaşadığınız kişi/kişiler	Anne	9	4,5
	Baba	6	3,0
	Eş	155	76,7
	Çocuk	108	53,5
	Kardeş	6	3,0
	Aile büyükleri	2	1,0
	Diğer	41	20,3

Hastaların evde birlikte yaşanılan kişi sayısı değişkenine göre; yüzde 39,1'inin (n=79) 2 kişi, yüzde 21,3'ünün (n=43) 3 kişi olduğu, birlikte yaşanılan kişilerin yüzde 76,7'sinin (n=155) eşleri ve yüzde 53,5'inin (n=108) çocukları olduğu saptandı.

Tablo 4. 3: Ailede başka çalışan varlığı birlikte yaşanılan kişiler

		Frekans(n)	Yüzde (%)
Ailede Başka Çalışan Varlığı	Ailede başka çalışan yok	115	56,9
	Ailede başka çalışan var	87	43,1
	Toplam	202	100,0
Ailede başka çalışan kişiler	Baba	5	2,5
	Eş	34	16,8
	Çocuk	52	25,7
	Kardeş	2	1,0
	Diğer	8	4,0

Hastaların yüzde 43,1'inde (n=87) ailesinde başka çalışan olduğu, çalışanların yüzde 25,7'sinin (n=52) çocukları ve yüzde 16,8'inin (n=34) de eşleri olduğu belirendi.

Tablo 4. 4: Hastalık (İnme) tanılması

		Frekans (n)	Yüzde (%)
İnme tipi	Hemoraji	51	25,2
	İskemi	151	74,8
	Toplam	202	100,0
Hemoraji lokalizasyonu	İntraserebrallober	25	49,0
	Subkortikal	14	27,5
	Subaraknoid	12	23,5
	Toplam	51	100,0
İskemik inme klinik sınıflama	Toplam anteriorsirkülasyoninfarktları (TACI)	25	16,7
	Parsiyelanteriorsirkülasyoninfarktları (PACI)	26	17,3
	Lakünerinfarktlar (LACI)	83	55,3
	Posteriorisirkülasyoninfarktları (POCI)	16	10,7
	Toplam	150	100,0
İskemik inme etyolojik sınıflama	Geniş arter aterotrombozu	27	17,9
	Kardiyoembolizm	28	18,5
	Küçük damar oklüzyonu	84	55,6
	İnmenin nadir görülen etyolojileri	4	2,6
	Etyolojisi sınıflandırılmayanlar	8	5,3
	Toplam	151	100,0
Konuşma	Normal	195	96,5
	Hafif afazi	7	3,5
	Toplam	202	100,0

Hastaların inme tipi değişkenine göre; yüzde 74,8'inin (n=151) iskemi, yüzde 25,2'sinin hemoraji olduğu saptandı. Hemoraji lokalizasyonuna göre yüzde 49,0 (n=25) intraserebrallober, iskemik inme klinik sınıflamasına göre yüzde 55,3 (n=83) lakünerinfarktlar (LACI), iskemik inme etyolojik sınıflamasına göre, yüzde 55,6 (n=84) küçük damar oklüzyonu, olarak dağılmaktadır. Hastaların yüzde 96,5'inin konuşmasının normal olduğu saptandı.

Tablo 4. 5: Nörolojik defisit

		Frekans(n)	Yüzde (%)
Sağ kolda kuvvet kaybı	Sağ kolda kuvvet kaybı var	138	68,3
	Sağ kolda kuvvet kaybı yok	64	31,7
	Toplam	202	100,0
Sol kolda kuvvet kaybı	Sol kolda kuvvet kaybı var	66	33,2
	Sol kolda kuvvet kaybı yok	133	66,8
	Toplam	199	100,0
Sağ bacakta kuvvet kaybı	Sağ bacakta kuvvet kaybı var	105	52,2
	Sağ bacakta kuvvet kaybı yok	96	47,8
	Toplam	201	100,0
Sol bacakda kuvvet kaybı	Sol bacakta kuvvet kaybı var	59	29,6
	Sol bacakta kuvvet kaybı yok	140	70,4
	Toplam	199	100,0
Emirlere Uyuma sorunu	Emirlere uymuyorr	5	2,5
	Emirlere uyuyor	195	97,5
	Toplam	200	100,0
Yer Oryantasyonu sorunu	Yer oryantasyon sorunu var	5	2,5
	Yer oryantasyon sorunu yok	195	97,5
	Toplam	200	100,0
Zaman Oryantasyonu sorunu	Zaman oryantasyon sorunu var	4	2,0
	Zaman oryantasyon sorunu yok	196	98,0
	Toplam	200	100,0

Hastaların nörolojik defisit değişkenine göre yüzde 68,3'ünün (n=138) sağ kolunda, yüzde 33,2'sinin (n=66) sol kolunda kuvvet kaybı olduğu, hastaların yüzde 52,2'sinin (n=105) sağ bacakta , yüzde 29,6'sının (n=39) sol bacakta kuvvet kaybı olduğu saptandı.

Hastaların yüzde 97,5'inin (n=195) emirlere uyduğu, yüzde 97,5'inin (n= 195) yer oryantasyonu ve yüzde 98,0'ının (n= 196) zaman oryantasyonu sorunu olmadığı saptandı.

Tablo 4. 6: Barthel İndeks'e göre dağılım

Barthel İndeks	Frekans(n)	Yüzde (%)
Tam Bağımlı	43	21,3
İleri Derecede Bağımlı	63	31,2
Orta Derecede Bağımlı	61	30,2
Hafif Derecede Bağımlı	17	8,4
Tam Bağımsız	18	8,9
Toplam	202	100,0

Hastalar Barthel İndeksin'e göre; yüzde 21,3'ü (n=43) tam bağımlı, yüzde 31'i (n=63) ileri derecede bağımlı, yüzde 30,2'si (n=61) orta derecede bağımlı, yüzde 8,4'ü (n=17) hafif derecede bağımlı, yüzde 8,9'u (n=18) tam bağımsız olarak dağılmaktadır.

Tablo 4. 7: Barthel İndeks dağılımına göre değişkenlerin dağılımı

		Tam Bağımlı		İleri Derecede Bağımlı		Orta Derecede Bağımlı		Hafif Derecede Bağımlı		Tam Bağımsız		P
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yaş	49 Ve Altı	4	9,3	6	9,5	22	36,1	6	35,3	9	50,0	X ² =64,165 p=0,000
	50-59	3	7,0	13	20,6	11	18,0	3	17,6	5	27,8	
	60-69	6	14,0	20	31,7	19	31,1	7	41,2	3	16,7	
	70-79	15	34,9	12	19,0	7	11,5	1	5,9	0	0,0	
	80 Ve üstü	15	34,9	12	19,0	2	3,3	0	0,0	1	5,6	
Cinsiyet	Kadın	27	62,8	29	46,0	32	52,5	6	35,3	6	33,3	X ² =6,810 p=0,146
	Erkek	16	37,2	34	54,0	29	47,5	11	64,7	12	66,7	
Vücut Kütle Oranı	Zayıf	3	7,0	0	0,0	3	4,9	1	5,9	1	5,6	X ² =7,115 p=0,850
	Normal	14	32,6	25	39,7	24	39,3	7	41,2	6	33,3	
	Hafif Şişman	19	44,2	25	39,7	26	42,6	6	35,3	6	33,3	
	Obez	7	16,3	13	20,6	8	13,1	3	17,6	5	27,8	
Medeni Durum	Evli	37	86,0	59	93,7	52	85,2	15	88,2	15	83,3	X ² =2,893 p=0,576
	Bekar	6	14,0	4	6,3	9	14,8	2	11,8	3	16,7	
Eğitim Durumu	Okur-yazar Değil	12	27,9	10	15,9	2	3,3	0	0,0	0	0,0	X ² =35,970 p=0,016
	Okur-yazar	2	4,7	7	11,1	4	6,6	0	0,0	1	5,6	
	İlköğretim	23	53,5	34	54,0	41	67,2	10	58,8	11	61,1	
	Lise	5	11,6	5	7,9	9	14,8	6	35,3	5	27,8	
	Üniversite	0	0,0	4	6,3	3	4,9	1	5,9	1	5,6	
	Diğer(yüksek lisans,doktora)	1	2,3	3	4,8	2	3,3	0	0,0	0	0,0	
Çalışmama Durumu	Evet	1	2,3	7	11,1	9	14,8	6	35,3	7	38,9	X ² =19,875 p=0,001
	Hayır	42	97,7	56	88,9	52	85,2	11	64,7	11	61,1	
Sosyal Güvence	Var	40	93,0	59	93,7	59	98,3	17	100,0	17	94,4	X ² =3,098 p=0,542
	Yok	3	7,0	4	6,3	1	1,7	0	0,0	1	5,6	
Evde Birlikte Yaşanılan Kişi Sayısı	0	4	9,3	2	3,2	2	3,3	1	5,9	1	5,6	X ² =40,154 p=0,005
	1	1	2,3	1	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	2	23	53,5	25	39,7	24	39,3	5	29,4	2	11,1	
	3	4	9,3	14	22,2	17	27,9	0	0,0	8	44,4	
	4	7	16,3	14	22,2	5	8,2	8	47,1	6	33,3	

	5 Ve üstü	4	9,3	7	11,1	13	21,3	3	17,6	1	5,6	
Ailede Başka Çalışan Varlığı	Yok	30	69,8	39	61,9	28	45,9	9	52,9	9	50,0	X ² =7,015 p=0,135
	Var	13	30,2	24	38,1	33	54,1	8	47,1	9	50,0	
İnme Tipi	Hemoraji	15	34,9	21	33,3	12	19,7	2	11,8	1	5,6	X ² =10,639 p=0,031
	İskemi	28	65,1	42	66,7	49	80,3	15	88,2	17	%94,4	
Hemoraji Lokalizasyonu	İntraserebral Lober	5	33,3	11	52,4	7	58,3	2	100,0	0	0,0	X ² =9,370 p=0,312
	Subkortikal	4	26,7	7	33,3	3	25,0	0	0,0	0	0,0	
	Subaraknoid	6	40,0	3	14,3	2	16,7	0	0,0	1	100,0	
İskemik İnme Klinik Sınıflama	Total Anterior Sirkülasyon İnfarktları (TACI)	8	28,6	9	21,4	5	10,4	2	13,3	1	5,9	X ² =18,429 p=0,103
	Parsiyel Anterior Sirkülasyon İnfarktları (PACI)	6	21,4	6	14,3	12	25,0	2	13,3	0	0,0	
	Laküner İnfarktlar	13	46,4	23	54,8	26	54,2	7	46,7	14	82,4	
	Posterior Sirkülasyon İnfarktları (POCI)	1	3,6	4	9,5	5	10,4	4	26,7	2	11,8	
İskemik İnme Etyolojik Sınıflama	Geniş Arter Aterotrombozu	7	25,0	7	16,7	10	20,4	1	6,7	2	11,8	X ² =12,754 p=0,691
	Kardiyoembolizm	5	17,9	9	21,4	9	18,4	4	26,7	1	5,9	
	Küçük Damar Oklüzyonu	14	50,0	23	54,8	27	55,1	9	60,0	11	64,7	
	İnmenin Nadir Görülen Etyolojileri	2	7,1	0	0,0	1	2,0	0	0,0	1	5,9	
	Etyolojisi Sınıflandırılmayanlar	0	0,0	3	7,1	2	4,1	1	6,7	2	11,8	
Konuşma	Normal	38	88,	62	98,4	61	100,0	17	100,0	17	94,4	X ² =12,264 p=0,015
	Hafif- Afazi	5	11,6	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	5,6	
Sağ Kolda kuvvet kaybı	Var	31	72,1	47	74,6	43	70,5	10	58,8	7	38,9	X ² =9,476 p=0,050
	Yok	12	27,9	16	25,4	18	29,5	7	41,2	11	61,1	
Sol Kolda kuvvet kaybı	Var	25	59,5	17	27,0	14	23,3	5	31,2	5	27,8	X ² =17,129 p=0,002
	Yok	17	40,5	46	73,0	46	76,7	11	68,8	13	72,2	
Sağ Bacakda kuvvet kaybı	Var	32	74,4	34	54,0	26	42,6	9	56,2	4	22,2	X ² =17,418 p=0,002
	Yok	11	25,6	29	46,0	35	57,4	7	43,8	14	77,8	
Sol Bacakda kuvvet kaybı	Var	27	64,3	14	22,2	11	18,3	4	25,0	3	16,7	X ² =31,127 p=0,000
	Yok	15	35,7	49	77,8	49	81,7	12	75,0	15	83,3	
Emirlere Uyma	Emirlere uymuyor	1	2,3	0	0,0	3	5,0	0	0,0	1	5,6	X ² =4,259 p=0,372
	Emirlere uyuyor	42	97,7	63	100,0	57	95,0	16	100,0	17	94,4	
Yer Oryantasyonu sorunu	Var	1	2,3	0	0,0	3	5,0	0	0,0	1	5,6	X ² =4,259 p=0,372
	Yok	42	97,7	63	100,0	57	95,0	16	100,0	17	94,4	
Zaman Oryantasyonu sorunu	Var	1	2,3	0	0,0	2	3,3	0	0,0	1	5,6	X ² =3,341 p=0,503
	Yok	42	97,7	63	100,0	58	96,7	16	100,0	17	94,4	

Yaş ile Barthel İndeksi arasında anlamlı ilişki bulundu ($X^2=64,165$; $p=0,000<0.05$) Barthel İndeks sonuçlarına göre; tam bağımlı olanların yüzde 34,9'unun ($n=15$) 70-79 yaş arasında, ileri derecede bağımlı olanların yüzde 31,7'sinin ($n=20$) 60-69 yaş aralığında, orta derecede bağımlı olanların yüzde 36,1'inin ($n=22$) 49 ve altı yaş aralığında, hafif derecede bağımlı olanların yüzde 41,2'sinin ($n=7$) 60-69 yaş aralığında ve tam bağımsız olanların %50'sinin ($n=9$) 49 ve altı yaş aralığında olduğu saptandı.

Eğitim durum ile Barthel İndeksi arasında anlamlı ilişki bulundu ($X^2=35,970$; $p=0,016<0.05$). Barthel İndeks sonuçlarına göre; tam bağımlı olanların yüzde 53,5'inin ($n=23$), ileri derece bağımlı olanların yüzde 54'ünün ($n=34$), orta derece bağımlı olanların yüzde 67,2'sinin ($n=41$), hafif derece bağımlı olanların yüzde 58,8'inin ($n=10$), tam bağımsız olanların yüzde 61,1'inin ($n=11$) ilköğretim mezunu olduğu saptandı.

Çalışma durumu ile Barthel İndeksi arasında anlamlı ilişki bulundu ($X^2=19,875$; $p=0,001<0.05$). Barthel İndeks sonuçlarına göre; tam bağımlı olanların yüzde 97,7'sinin ($n=42$), ileri derece bağımlı olanların yüzde 88,9'unun ($n=56$), orta derece bağımlı olanların yüzde 85,2'sinin ($n=52$), hafif derece bağımlı olanların yüzde 64,7'sinin ($n=11$), tam bağımsız olanların yüzde 61,1'inin ($n=11$) çalışmadığı belirlendi.

Evde birlikte yaşanan kişi sayısı ile Barthel İndeksi arasında anlamlı ilişki bulundu ($X^2=40,154$; $p=0,005<0.05$). Barthel İndeks sonuçlarına göre; yüzde 53,5'inin ($n=23$) 2 kişi, İndeksi ileri derecede bağımlı olanların yüzde 39,7'sinin ($n=25$) 2 kişi, orta derecede bağımlı olanların yüzde 39,3'ünün ($n=24$) 2 kişi, hafif derecede bağımlı olanların yüzde 47,1'inin ($n=8$) 4 kişi, tam bağımsız olanların yüzde 44,3'ünün ($n=8$) 3 kişi olduğu belirlendi.

İnme tipi ile Barthel İndeksi arasında anlamlı ilişki bulundu ($X^2=10,639$; $p=0,031<0.05$). Barthel İndeks sonuçlarına göre; tam bağımlı olanların yüzde 65,1'inin ($n=28$), ileri derece bağımlı olanların yüzde 66,7'sinin ($n=42$), orta derece bağımlı olanların yüzde 80,3'ünün ($n=49$), hafif derecede bağımlı olanların yüzde 88,2'sinin ($n=15$), bağımsız olanların yüzde 94,4'ünün ($n=17$) iskemi olduğu saptandı.

Konuşma ile Barthel İndeksi arasında anlamlı ilişki bulundu ($X^2=12,264$; $p=0,015<0.05$). Barthel İndeksi sonuçlarına göre; tam bağımlı olanların yüzde 88,4'ünün ($n=38$), ileri derece bağımlı olanların yüzde 98,4'ünün ($n=62$), orta derece bağımlı olanların yüzde 100,0'inin ($n=61$), hafif derece bağımlı olanların yüzde 100,0'inin ($n=17$), bağımsız olanların yüzde 94,4'ünün ($n=17$) konuşmasının normal olduğu saptandı.

Sağ kolda kuvvet sorunu ile Barthel İndeksi arasında anlamlı ilişki bulundu ($X^2=9,476$; $p=0,050<0.05$). Barthel İndeksi sonuçlarına göre; tam bağımlı olanların yüzde 74,6'sinin ($n=47$), ileri derece bağımlı olanların yüzde 70,5'inin ($n=43$), orta derece bağımlı olanların yüzde 58,8'inin ($n=10$) sağ kolda kuvvet kaybı olduğu ve bağımsız olanların yüzde 61,1'inin ($n=11$) sağ kolda kuvvet kaybı olmadığı belirlendi.

Sol kol ile Barthel İndeksi arasında anlamlı ilişki bulundu ($X^2=17,129$; $p=0,002<0.05$). Barthel İndeks sonuçlarına göre; tam bağımlı olanların yüzde 59,5'inin ($n=25$) sol kolda kuvvet kaybı olduğu, ileri derece bağımlı olanların yüzde 73,0'ının ($n=46$), orta derece bağımlı olanların yüzde 76,7'sinin ($n= 46$), hafif derece bağımlı olanların yüzde 68,8'inin ($n=11$), bağımsız olanların yüzde 72,2'sinin ($n=13$) sol kolda kuvvet kaybı olmadığı saptandı.

Sağ Bacak ile Barthel İndeksi arasında anlamlı ilişki bulundu ($X^2=17,418$; $p=0,002<0.05$). Barthel İndeks sonuçlarına göre; tam bağımlı olanların yüzde 74,4'ünün ($n=32$) ,ileri derecede bağımlı olanların yüzde 54,0'ının ($n=34$), hafif derece bağımlı olanların yüzde 56,2'sinin ($n=9$) sağ bacak da kuvvet kaybı , orta derece bağımlı olanların yüzde 57,4'ünün ($n=35$) , bağımsız olanların yüzde 77,8'inin ($n=14$) sağ bacak da kuvvet kaybı olmadığı saptandı.

Sol bacak ile Barthel İndeksi arasında anlamlı ilişki bulundu ($X^2=31,127$; $p=0,000<0.05$). Barthel İndeks sonuçlarına göre; tam bağımlı olanların yüzde 64,3'ünün ($n=27$), sol bacak da kuvvet kaybı olduğu , ileri derece bağımlı olanların yüzde 77,8'inin ($n=49$), orta derece bağımlı olanların yüzde 81,7'sinin ($n=49$), ,hafif derece

bağımlı olanların yüzde 75,0'ının (n=12), bağımsız olanların yüzde 83,3'ünün (n= 15) sol bacak da kuvvet kaybı olmadığı saptandı.

Barthel İndeksi ile cinsiyet ($X^2=6,810$ $111p=0,146>0.05$), vücut kütle oranı ($X^2=7,115$; $p=0,850>0.05$), medeni durum ($X^2=2,893$; $p=0,576>0.05$),sosyal güvence ($X^2=3,098$; $p=0,542>0.05$),ailede başka çalışan varlığı ($X^2=7,015$; $p=0,135>0.05$),hemoraji lokalizasyonu ($X^2=9,370$; $p=0,312>0.05$) , iskemik inme klinik sınıflaması ($X^2=18,429$; $p=0,103>0.05$), iskemik inme etiyojik sınıflama ($X^2=12,754$; $p=0,691>0.05$),emirlere uyma ($X^2=4,259$; $p=0,372>0.05$) ,yer oryantasyonu ($X^2=4,259$; $p=0,372>0.05$),zaman oryantasyonu ($X^2=3,341$; $p=0,503>0.05$) ile arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

Tablo 4. 8: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksi tanımsal bulguları

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Londra Engellilik Ölçeği Toplam Ortalaması	202	19,936	6,262	7	30
Barthel İndeksi Toplam Ortalaması	202	56,630	32,320	0	100

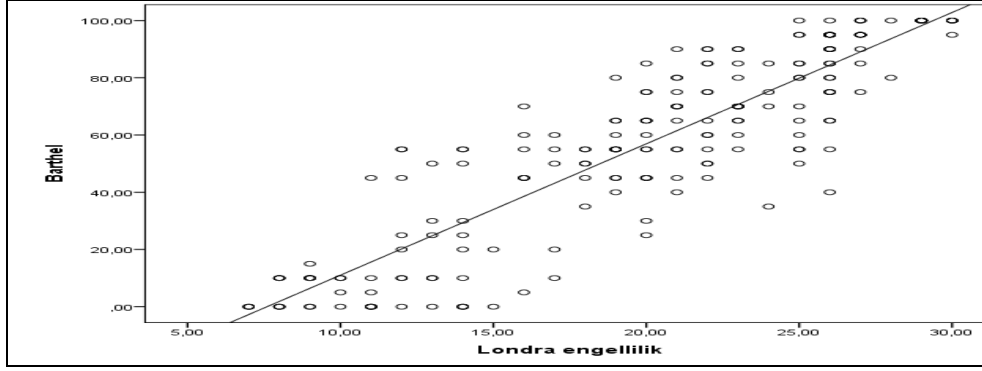
Hastaların Londra Engellilik Ölçeği toplam puan ortalaması 19,936 (\pm 6,262); ve Barthel İndeksi toplam puan ortalaması 56,630 (\pm 32,320) olarak bulundu.

Tablo 4. 9: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksi arasındaki ilişkiye ilişkin Spearman korelasyon analizi

		Londra Engellilik Ölçeği Toplam Puanı
Barthel İndeksi Toplam Puanı	r	0,889
	p	0,000
	N	202

Barthel İndeksi ile Londra Engellilik Ölçeği toplam puanı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında yüzde 88,9 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,889$; $p=0,000<0,05$). Buna göre Barthel İndeksi puanı arttıkça Londra Engellilik Ölçeği toplam puanı artmaktadır.

Şekil 4.1 : Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeks Arasındaki İlişki



Tablo 4. 10: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksi arasındaki ilişkiye ilişkin Kruskal Wallis analizi

	Barthel İndeksi Puanı	N	Ort	Ss	KW	p
Londra Engellilik Ölçeği Puanı	Tam Bağımlı	43	11,047	2,777	155,726	0,000
	İleri Derecede Bağımlı	63	18,667	3,865		
	Orta Derecede Bağımlı	61	23,180	2,598		
	Hafif Derecede Bağımlı	17	26,471	1,125		
	Tam Bağımsız	18	28,444	1,464		

Hastaların Londra Engellilik Ölçeği puanları ortalamalarının Barthel İndeksi grup değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu (KW=155,726; p=0,000<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulandı. Buna göre; Barthel İndeksi ileri derecede bağımlı grupta olanların Londra Engellilik Ölçeği puanları (18,667 ± 3,865), tam bağımlı olanların Londra Engellilik Ölçeği puanlarından (11,047 ± 2,777) yüksek bulundu. Barthel İndeksi grup orta derecede bağımlı olanların Londra Engellilik Ölçeği puanları (23,180 ± 2,598), Barthel İndeksi grup tam bağımlı olanların Londra Engellilik Ölçeği puanlarından (11,047 ± 2,777) yüksek bulunmuştur. Barthel İndeksi grup hafif derecede bağımlı olanların Londra Engellilik Ölçeği puanları (26,471 ± 1,125), Barthel İndeksi grup tam bağımlı olanların Londra engellilik puanlarından (11,047 ± 2,777) yüksek bulunmuştur. Barthel İndeksi grup tam bağımsız olanların Londra Engellilik Ölçeği puanları (28,444 ± 1,464), Barthel İndeksi grup tam bağımlı olanların Londra engellilik puanlarından (11,047 ± 2,777) yüksek bulunmuştur. Barthel İndeksi grup orta derecede bağımlı olanların Londra Engellilik Ölçeği puanları (23,180 ± 2,598), Barthel İndeksi grup ileri derecede bağımlı olanların Londra Engellilik Ölçeği

puanlarından ($18,667 \pm 3,865$) yüksek bulunmuştur. Barthel İndeksi grup hafif derecede bağımlı olanların Londra Engellilik Ölçeği puanları ($26,471 \pm 1,125$), Barthel İndeksi grup ileri derecede bağımlı olanların Londra Engellilik Ölçeği puanlarından ($18,667 \pm 3,865$) yüksek bulunmuştur. Barthel İndeksi grup tam bağımsız olanların Londra Engellilik Ölçeği puanları ($28,444 \pm 1,464$), Barthel İndeksi grup ileri derecede bağımlı olanların Londra Engellilik Ölçeği puanlarından ($18,667 \pm 3,865$) yüksek bulunmuştur. Barthel İndeksi grup hafif derecede bağımlı olanların Londra Engellilik Ölçeği puanları ($26,471 \pm 1,125$), Barthel İndeksi grup orta derecede bağımlı olanların Londra Engellilik Ölçeği puanlarından ($23,180 \pm 2,598$) yüksek bulunmuştur. Barthel İndeksi grup tam bağımsız olanların Londra Engellilik Ölçeği puanları ($28,444 \pm 1,464$), Barthel İndeksi grup orta derecede bağımlı olanların Londra Engellilik Ölçeği puanlarından ($23,180 \pm 2,598$) yüksek bulunmuştur. Barthel İndeksi grup tam bağımsız olanların Londra Engellilik Ölçeği puanları ($28,444 \pm 1,464$), Barthel İndeksi grup hafif derecede bağımlı olanların Londra Engellilik Ölçeği puanlarından ($26,471 \pm 1,125$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 4. 11: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin yaş grup değişkeni ile karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	KW	p
Londra Engellilik Ölçeği Toplam Puanı	49 ve Altı	47	23,298	5,064	51,015	0,000
	50-59	35	22,029	5,193		
	60-69	55	21,127	5,074		
	70-79	35	15,886	6,211		
	80 Ve üstü	30	14,767	5,710		
Barthel İndeksi Toplam Puanı	49 Ve Altı	47	74,894	27,336	56,042	0,000
	50-59	35	65,429	26,189		
	60-69	55	63,455	27,586		
	70-79	35	38,000	30,029		
	80 Ve üstü	30	27,000	26,961		

Hastaların Londra Engellilik Ölçeği toplam puanları ortalamalarının yaş grup değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($KW=51,015$; $p=0,000<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulandı. Buna göre; hem Londra Engellilik Ölçeği toplam puanları ($23,298 \pm 5,064$), hem de Barthel İndeksi Ölçeği toplam

puanlarının ($74,894 \pm 27,336$) 49 ve altı yaş grubunda olan hastalarda en yüksek olduğu ve yaş ilerledikçe her iki ölçek toplam puanlarının da azalma olduğu saptandı.

Tablo 4.12: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksi cinsiyet değişkeni ile karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	MW	p
Londra Engellilik Ölçeği Toplam Puanı	Kadın	100	18,540	6,571	3 879,000	0,003
	Erkek	102	21,304	5,648		
Barthel İndeksi Toplam Puanı	Kadın	100	52,200	32,993	4 336,500	0,065
	Erkek	102	60,980	31,198		

Hastaların Londra Engellilik Ölçeği toplam puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Mann Whitney U=3 879,000; $p=0,003<0,05$). Londra Engellilik Ölçeği toplam puanlarının erkek (21,304) hastalarda yüksek olduğu ve erkek hastaların kadın hastalara göre yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu saptandı. Barthel indeksi toplam puanı ortalaması ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir fark bulunmadı (Mann Whitney U=4 336,500; $p=0,065>0,05$).

Tablo 4.13: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin eğitim durumu değişkeni ile karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	KW	p
Londra Engellilik Ölçeği Toplam Puanı	Okur-yazar değil	24	14,000	5,150	29,617	0,000
	Okur-yazar	14	18,286	6,462		
	İlköğretim	119	20,782	5,919		
	Lise	30	21,633	6,568		
	Üniversite	9	23,222	3,114		
	Diğer(yüksek lisans, doktora)	6	17,333	3,830		
Barthel İndeksi Toplam Puanı	Okur-yazar değil	24	26,458	25,302		
	Okur-yazar	14	57,143	26,509		
	İlköğretim	119	59,160	31,207		
	Lise	30	69,000	33,151		
	Üniversite	9	68,333	25,249		
	Diğer (yüksek lisans, doktora)	6	46,667	32,197		

Hastaların Londra Engellilik Ölçeği toplam puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla

yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu (KW=29,617; p=0,000<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulandı. Buna göre; Londra Engellilik Ölçeği toplam puanı (23,222 ± 3,114), üniversite mezunu olanlarda yüksek bulundu. Aynı zaman da Barthel İndeksi toplam puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark da anlamlı bulundu (KW=29,019; p=0,000<0.05). Buna göre; Barthel İndeksi toplam puanı (69,000 ± 33,151), lise mezunu olanlarda yüksek bulundu. Eğitim durumu arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı saptandı.

Tablo 4.14: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin medeni durum değişkeni ile karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	MW	p
Londra Engellilik Ölçeği Toplam Puanı	Evli	178	19,798	6,200	1 866,000	0,314
	Bekar	24	20,958	6,753		
Barthel İndeksi Toplam Puanı	Evli	178	56,545	32,013	2 046,000	0,737
	Bekar	24	57,292	35,232		

Hastaların Londra Engellilik Ölçeği toplam puan ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney U=1 866,000; p=0,314>0,05). Barthel İndeksi toplam puan ortalamaları da istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney U=2 046,000; p=0,737>0,05).

Tablo 4.15: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin vücut kitle oranı değişkeni ile karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	KW	p
Londra Engellilik Ölçeği Toplam Puanı	Zayıf	8	20,000	9,024	1,233	0,745
	Normal	76	19,816	6,334		
	Hafif şişman	82	19,585	6,130		
	Obez	36	20,972	5,877		
Barthel İndeksi Toplam Puanı	Zayıf	8	54,375	41,095	1,157	0,763
	Normal	76	58,290	31,692		
	Hafif şişman	82	54,024	32,102		
	Obez	36	59,583	33,045		

Hastaların Londra Engellilik Ölçeğinin ve Barthel İndeksinin toplam puanları ortalamalarının vücut kitle oranı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamalarının arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.16: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin hemoraji lokalizasyonu değişkeni ile karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	KW	p
Londra Engellilik Ölçeği Toplam Puanı	İntraserebralLober	25	19,880	4,969	4,739	0,094
	Subkortikal	14	17,214	5,221		
	Subaraknoid	12	16,000	6,954		
Barthel İndeksi Toplam Puanı	İntraserebralLober	25	52,200	29,968	2,135	0,344
	Subkortikal	14	45,714	27,656		
	Subaraknoid	12	37,083	35,641		

Hastaların Londra Engellilik Ölçeğinin ve Barthel İndeksinin toplam puanları ortalamalarının hemoraji lokalizasyonu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamalarının arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.17: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin iskemik inme etyolojik sınıflama değişkeni ile karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	KW	p
Londra Engellilik Ölçeği Toplam Puanı	Geniş Arter Aterotrombozu	27	19,889	5,931	2,675	0,614
	Kardiyoembolizm	28	19,643	6,476		
	Küçük Damar Oklüzyonu	84	20,714	6,489		
	İnmenin Nadir Görülen Etyolojileri	4	20,000	10,033		
	Etyolojisi Sınıflandırılmayanlar	8	23,750	3,770		
Barthel İndeksi Toplam Puanı	Geniş Arter Aterotrombozu	27	52,037	32,441	4,567	0,335
	Kardiyoembolizm	28	56,786	32,381		
	Küçük Damar Oklüzyonu	84	62,202	32,286		
	İnmenin Nadir Görülen Etyolojileri	4	53,750	42,696		
	Etyolojisi Sınıflandırılmayanlar	8	76,875	22,668		

Hastaların Londra Engellilik Ölçeğinin ve Barthel İndeksinin toplam puan ortalamalarının iskemik inme etyolojik sınıflama değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamalarının arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.18: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin iskemik inme klinik sınıflama değişkeni ile karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	KW	p
Londra Engellilik Ölçeği Toplam Puanı	Total Anterior Sirkülasyon İnfarktları (TACI)	25	17,960	6,268	7,762	0,051
	ParsiyelAnterior Sirkülasyon İnfarktları (PACI)	26	19,500	6,326		
	Lakünerİnfarktlar (LACI)	83	21,193	6,506		
	Posterior Sirkülasyon İnfarktları (POCI)	16	22,438	4,871		
Barthel İndeksi Toplam Puanı	Total Anterior Sirkülasyon İnfarktları (TACI)	25	44,600	32,143	9,009	0,029
	ParsiyelAnterior Sirkülasyon İnfarktları (PACI)	26	56,346	32,297		
	Lakünerİnfarktlar (LACI)	83	63,615	32,142		
	Posterior Sirkülasyon İnfarktları (POCI)	16	70,313	27,596		

Hastaların Londra Engellilik Ölçeği toplam puan ortalamalarının iskemik inme klinik sınıflama değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların Barthel İndeksi toplam puan ortalamalarının iskemik inme klinik sınıflama değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($KW=9,009$; $p=0,029<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulandı. Buna göre; iskemik inme klinik sınıflamasında posteriorsirkülasyoninfarktlarının (POCI) Barthel indeksi toplam puanı ($70,313 \pm 27,596$) yüksek bulundu.

Tablo 4. 19: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin ailede başka çalışan varlığı değişkeni ile karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	MW	p
Londra Engellilik Ölçeği Toplam Puanı	Ailede başka çalışan yok	115	19,035	6,389	4 045,000	0,020
	Ailede başka çalışan var	87	21,126	5,918		
Barthel İndeksi Toplam Puanı	Ailede başka çalışan yok	115	51,652	33,072	3 989,000	0,014
	Ailede başka çalışan var	87	63,218	30,241		

Hastaların Londra Engellilik Ölçeği toplam puan ortalamalarının ailede başka çalışan varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Mann Whitney U=4 045,000; p=0,020<0,05). Buna göre; hem Londra Engellilik Ölçeği toplam puanları (21,126) hem de Barthel İndeksi toplam puanları (63,218) ailede başka çalışan olmayan hastalarda yüksek bulundu. (Mann Whitney U=3 989,000; p=0,014<0,05).

Tablo 4.20: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin emirlere uyma durumu değişkeni ile karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	MW	p
Londra Engellilik Ölçeği Toplam Puanı	Emirlere uyuyor	5	20,200	6,723	491,000	0,991
	Emirlere uymuyor	197	19,929	6,268		
Barthel İndeksi Toplam Puanı	Emirlere uyuyor	5	69,000	32,673	359,500	0,302
	Emirlere uymuyor	197	56,320	32,333		

Hastaların Londra Engellilik Ölçeği toplam puan ortalamalarının emirlere uyma durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı.(Mann Whitney U=491,000; p=0,991>0,05).

Hastaların Barthel İndeksi toplam puan ortalamalarının emirlere uyma sorunu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney U=359,500; p=0,302>0,05).

Tablo 4.21: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin konuşma değişkeni ile karşılaştırılması

Konuşma Durumu		N	Ort	Ss	MW	p
Londra Engellilik Ölçeği Toplam Puanı	Normal	194	20,067	6,175	341,500	0,258
	Hafif- Afazi	5	16,800	8,136		
Barthel İndeks Toplam Puanı	Normal	194	57,577	31,579	309,000	0,165
	Hafif- Afazi	5	33,000	43,818		

Hastaların Londra Engellilik Ölçeği toplam puan ortalamalarının konuşma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney U=341,500; p=0,258>0,05). Barthel İndeksi toplam puan ortalamaları da istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney U=309,000; p=0,165>0,05).

Tablo 4.22: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin sağ bacakta kuvvet kaybı değişkeni ile karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	MW	p
Londra Engellilik Toplam Puanı	Sağ bacakta kuvvet kaybı var	105	18,143	6,349	3 360,000	0,000
	Sağ bacakta kuvvet kaybı yok	97	21,876	5,578		
Barthel İndeks Toplam Puanı	Sağ bacakta kuvvet kaybı var	105	48,619	32,481	3 598,000	0,000
	Sağ bacakta kuvvet kaybı yok	97	65,309	29,964		

Hastaların Londra Engellilik Ölçeği toplam puanları ortalamalarının sağ bacak da kuvvet kaybı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Mann Whitney U=3 360,000; p=0,000<0,05). Buna göre; hem Londra Engellilik Ölçeği toplam puanları (21,876) hem de Barthel İndeksi toplam puanları (65,309) sağ bacak da kuvvet kaybı olmayan hastalarda yüksek bulundu.

Tablo 4.23: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin sağ kolda kuvvet kaybı değişkeni ile karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	MW	p
Londra Engellilik Ölçeği Toplam Puanı	Sağ kolda kuvvet kaybı var	138	19,478	6,240	3 829,000	0,128
	Sağ kolda kuvvet kaybı yok	64	20,922	6,245		
Barthel İndeksi Toplam Puanı	Sağ kolda kuvvet kaybı var	138	54,420	31,158	3 779,500	0,099
	Sağ kolda kuvvet kaybı yok	64	61,406	34,463		

Hastaların Londra Engellilik Ölçeği toplam puanları ortalamalarının sağ kol kuvvet kaybı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney U=3 829,000; p=0,128>0,05). Barthel İndeksi toplam puanları grup ortalamaları arasında da fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney U=3 779,500; p=0,099>0,05).

Tablo 4.24: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin sol bacakta kuvvet kaybı değişkeni ile karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	MW	p
Londra Engellilik Ölçeği Toplam Puanı	Sol bacakta kuvvet kaybı var	59	16,390	6,757	2 441,000	0,000
	Sol bacakta kuvvet kaybı yok	143	21,399	5,430		
Barthel İndeksi Toplam Puanı	Sol bacakta kuvvet kaybı var	59	39,068	35,018	2 523,000	0,000
	Sol bacakta kuvvet kaybı yok	143	63,881	28,225		

Hastaların Londra Engellilik Ölçeği toplam puanları ortalamalarının sol bacak sorunu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Mann Whitney U=2 441,000; p=0,000<0,05). Buna göre; hem Londra Engellilik Ölçeği toplam puanları (21,399) hem de Bartehl İndeksi toplam puanları (63,881) sol bacak da kuvvet kaybı olmayan hastalarda yüksek bulundu.

Tablo 4.25: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin sol kolda kuvvet kaybı değişkeni ile karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	MW	p
Londra Engellilik Ölçeği Toplam Puanı	Sol kolda kuvvet kaybı var	66	17,606	6,814	3 161,500	0,001
	Sol kolda kuvvet kaybı yok	136	21,066	5,665		
Barthel İndeksi Toplam Puanı	Sol kol da kuvvet kaybı var	66	45,455	35,731	3 316,500	0,003
	Sol kolda kuvvet kaybı yok	136	62,059	29,151		

Hastaların Londra Engellilik Ölçeği toplam puanları ortalamalarının sol kol da kuvvet kaybı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Mann Whitney U=3 161,500; p=0,001<0,05). Buna göre; hem Londra Engellilik Ölçeği toplam puanları (21,066) hem de Bartehl İndeksi toplam puanları (45,455), sol kol da kuvvet kaybı olmayan hastalarda yüksek bulundu.

Tablo 4.26: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin sosyal güvence değişkeni ile karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	MW	p
Londra Engellilik Ölçeği Toplam Puanı	Sosyal güvence var	192	20,083	6,259	688,000	0,130
	Sosyal güvence yok	10	17,100	5,915		
Barthel İndeksi Toplam Puanı	Sosyal güvence var	192	57,188	32,175	755,000	0,254
	Sosyal güvence yok	10	46,000	35,024		

Hastaların Londra Engellilik Ölçeği toplam puanları ortalamalarının sosyal güvence değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney U=688,000; p=0,130>0,05).

Hastaların Barthel İndeksi toplam puanları ortalamalarının sosyal güvence değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney U=755,000; p=0,254>0,05).

Tablo 4.27: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin yer oryantasyonu sorunu değişkeni ile karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	MW	p
Londra Engellilik Ölçeği Toplam Puanı	Yer oryantasyonu sorunu olmadığı	5	20,800	6,723	452,500	0,756
	Yer oryantasyonu olduğu	197	19,914	6,267		
Barthel İndeksi Toplam Puanı	Yer oryantasyonu sorunu olmadığı	5	70,000	33,166	350,000	0,268
	Yer oryantasyonu sorunu olduğu	197	56,294	32,313		

Hastaların Londra Engellilik Ölçeği toplam puanları ortalamalarının yer oryantasyonu sorunu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney U=452,500; p=0,756>0,05).

Hastaların Barthel İndeksi toplam puanları ortalamalarının yer oryantasyonu sorunu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney U=350,000; p=0,268>0,05).

Tablo 4.28: Londra Engellilik ve Barthel Ölçeklerinin zaman oryantasyonu sorunu değişkeni ile karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	MW	p
Londra Engellilik Toplam Puanı	Zaman oryantasyonu sorunu olmadığı	4	20,500	7,724	370,500	0,825
	Zaman oryantasyonu sorunu olduğu	198	19,924	6,253		
Barthel Toplam Puanı	Zaman oryantasyonu sorunu olmadığı	4	66,250	37,053	304,500	0,428
	Zaman oryantasyonu sorunu olduğu	198	56,439	32,295		

Hastaların Londra Engellilik Ölçeği toplam puanları ortalamalarının zaman oryantasyonu sorunu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney U=370,500; p=0,825>0,05).

Hastaların Barthel İndeksi toplam puanları ortalamalarının zaman oryantasyonu sorunu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Mann Whitney U=304,500; p=0,428>0,05).

Tablo 4.29: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin çalışma durumu değişkeni ile karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	MW	p
Londra Engellilik Ölçeği Toplam Puanı	Çalışıyor	30	23,833	4,942	1 466,000	0,000
	Çalışmıyor	172	19,256	6,231		
Barthel İndeksi Toplam Puanı	Çalışıyor	30	77,333	24,059	1 423,000	0,000
	Çalışmıyor	172	53,023	32,271		

Hastaların Londra Engellilik toplam puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Mann Whitney U=1 466,000; p=0,000<0,05). Buna göre; hem Londra Engellilik Ölçeği toplam puanları (23,833), hem de Barthel İndeksi toplam puanları (77,333), çalışıyor grubunda olan hastalarda yüksek olduğu saptandı.

Tablo 4. 30: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin inme tipi değişkeni ile karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	MW	p
Londra Engellilik Ölçeği Toplam Puanı	Hemoraji	51	18,235	5,694	2 960,000	0,013
	İskemi	151	20,510	6,358		
Barthel İndeksi Toplam	Hemoraji	51	46,863	30,773	2 901,000	0,008
	İskemi	151	59,934	32,259		

Hastaların Londra Engellilik Ölçeği toplam puanları ortalamalarının inme tipi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Mann Whitney U=2 960,000; p=0,013<0,05). İnme tipi iskemi olan hastaların hem Londra Engellilik Ölçeği toplam puanları (20,510) hem de Barthel İndeksi toplam puanları (59,934) ortalamaları yüksek bulundu (Mann Whitney U=2 901,000; p=0,008<0,05).

Tablo 4. 31: Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksinin evde birlikte yaşanan kişi sayısı değişkeni ile karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	KW	p
Londra Engellilik Ölçeği Toplam Puanı	0	10	18,000	8,014	11,540	0,042
	1	2	21,500	6,364		
	2	79	18,253	6,289		
	3	43	21,791	6,061		
	4	40	21,425	5,782		
	5 Ve üstü	28	20,286	5,530		
Barthel İndeksi Toplam Puanı	0	10	47,000	39,665	10,250	0,068
	1	2	30,000	14,142		
	2	79	49,494	33,374		
	3	43	64,535	27,534		
	4	40	61,750	33,312		
	5 Ve üstü	28	62,679	28,851		

Hastaların Londra Engellilik Ölçeği toplam puanları ortalamalarının evde birlikte yaşanan kişi sayısı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu (KW=11,540; p=0,042<0,05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulandı. Buna göre; evde birlikte yaşanan kişi sayısı 3 olanların Londra Engellilik Ölçeği toplam puanının (21,791 ± 6,061), yüksek olduğu saptandı. Evde birlikte yaşanan kişi sayısı değişkeni açısından Barthel İndeksi toplam puanları ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı (p>0,05).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Yaşam kalitesi kavramının bireylerin yaşamdaki hedeflerini, beklentilerini ve koşullarını bir bütün olarak kapsadığı görülmektedir. İnmeli bireylerde ise özellikle inme sonucu meydana gelen hasarlar neticesinde ortaya çıkan hareketsizlik ve engellilik sonrasında yaşam kalitesi azalmaktadır (Patel ve ark. 2006, ss. 273-279). İnme sonrası hastaların yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmada elde edilen bulgular, literatür doğrultusunda; sosyodemografik bulguların, hastalığa ilişkin bulguların, Barthel İndeksi ve Londra Engellilik Ölçeği'nin inme değerlendirmesindeki sonuçlarının literatür ile karşılaştırılması olmak üzere üç başlık altında tartışıldı.

5.1 SOSYODEMOGRAFİK BULGULARIN LİTERATÜR ile KARŞILAŞTIRILMASI

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik durumları incelendi ve hastaların yalnızca 65 yaş ve üstü değil, 49 yaşın altında kişileri de içerdiği saptandı. Ayrıca yaş ortalaması 61,7 olarak hesaplandı. İnme ve yaşam kalitesi üzerine gerçekleştirilen bir çok çalışmada, söz konusu yaş aralığı genel olarak 65 yaş ve üzerinden oluşmaktadır. Akinpelu ve Gbiri (2009) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 63 yıl olarak bildirilmiştir (Akinpelu ve Gbiri, 2009, ss. 886-890). Yabancı ülkelerdeki kaynaklara bakıldığında, inmeli hastalardaki yaş ortalamasının yüksek olduğu söylenebilir. Danimarka ve Amerika'da 71, Avustralya'da 73 olarak bulunmuştur (Gorelick,1995). Bu farklılığın ülkemizdeki genç nüfusun batılı ülkelere göre fazla olması nedeniyle düşük olduğunu düşünmekteyiz.

Önceki çalışmalarda, inme geçiren bireylerin yaşam kalitesi ile yaş (Hopman ve Verner 2003, ss. 801-805); cinsiyet (Aprile ve ark. 2006, ss. 40-46); eğitim düzeyi (Aprile ve ark. 2006, ss. 40-46); depresyon (Kauhanen ve ark. 2000, ss. 1541-1546); hastanede kalma süresi (Mackenzie ve Chang 2002, ss. 259-265), işlevsel durum (Jaracz Kozubski, 2003) ve sosyal katılımın (Jonsson ve ark, 2005) ilişkili olduğu görülmüştür. Bulgularımız literatür ile paraleldir.

Olguların yüzde 50,5'i erkek, yüzde 88,1 evli, 58,9'unun ilköğretim mezunu, statüsünde olduğu görüldü. Bunun yanında hastaların ağırlıklı olarak yüzde 76,7 eşleri, yüzde 53,5 çocukları ile yaşadıkları görüldü. Topçu ve Bölükbaş (2012) tarafından gerçekleştirilen çalışmada da bulgularımıza benzer şekilde, hastaların ağırlıklı olarak ilköğretim mezunu, evli ve ev hanımı statüsünde olduğu görülmüştür. Dolayısı ile, inmede yaşam kalitesi çalışmalarına Türkiye'de katılan grubun bu profilde bulunma olasılığının yaygın olduğu söylenebilir.

5.2 HASTALIĞA İLİŞKİN BULGULARIN LİTERATÜR İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Araştırmaya katılan hastaların, inme alt tiplerine ilişkin analizler sonucunda ağırlıklı olarak iskemik inme (yüzde 74,8) geçirdikleri saptandı. Literatür incelendiğinde hastaların ağırlıklı olarak iskemik inme (yüzde 80-85) hastası olduğu, gösteren çalışmalar mevcuttur (Coşkun ve ark.2005, ss. 30-34). Eskiyurt ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan çalışmada yüzde 66,3 ünün, Kumral ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise yüzde 77'sinin iskemik inme olduğu belirtilmiştir. Sonuçlarımız Kumral ve arkadaşlarının sonuçlarıyla benzerlik gösterirken diğer literatür bulgularından farklıdır.

Olguların yüzde 96,5'inin konuşmasının normal, yüzde 3,5'inin ise hafif-orta şiddette afazi olduğu belirlendi. Muuns ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmaya göre olguların yüzde 35'inde konuşma bozukluğu olduğu bildirilmiştir. Konuşma toplumsal bir gereksinim olduğu kadar, zihinsel gelişimin yanı sıra kişilik gelişiminde de önemli bir fonksiyon olması nedeniyle konuşma bozukluğu olan hastaların yaşam kalitelerinin düşük olmasını bu durumla ilgili olduğunu düşünebiliriz.

Olguların motor ve duyu kayıpları araştırıldığında; yüzde 68,3'ünün sağ kolunda , yüzde 66'sının sol kolunda, yüzde 52,2'sinin sağ bacağında, yüzde 70,4'ünün sol bacağında motor ve duyu kayıpları tespit edildi. Kolapu (2009) tarafından gerçekleştirilen araştırmaya göre hastaların yüzde 40'ının vücutlarının sol ve yüzde 60'ının sağ tarafında kuvvet kaybı olduğu belirtilmiş. Çalışmamız literatür ile paraleldir.

İnme sonrası sağlıkla ilgili yaşam kalitesi inmeyi takip eden süreçlerde azalma gösterebilmektedir (Almborg 2008, s.978). Mayo ve arkadaşlarının (2002) gerçekleştirdiği bir çalışmada, inmeden altı ay sonra, fiziksel sağlık ve mental sağlık inme geçirmeyen kişilerle karşılaştırıldığında düşüş gösterdiği bildirilmiştir. Hopman ve Verner (2003) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada ise, yaşam kalitesinin taburcu olduktan sonra arttığı ancak bunu takip eden altı ay içerisinde düşüş gösterdiği belirtilmiştir. Bunun yanında, Scheier (2003) pozitif bakış açısı ve hedeflerin olması gibi kişisel unsurların yaşam kalitesindeki artışla ilişkili olduğunu belirtmiştir. Olgulara bakıldığında, özellikle bireylerin bağımlılık düzeylerinin, iskemik inme hastalarında daha fazla olduğu, bu durumun ise yaşam kalitesini daha fazla etkilediği görüldü.

5.3 BARTHEL İNDEKSİ ve LONDRA ENGELLİLİK ÖLÇEĞİ' nin İNME DEĞERLENDİRMESİNDEKİ SONUÇLARIN LİTERATÜR İle KARŞILAŞTIRILMASI

Bu çalışmada, Londra Engellilik Ölçeği ile Barthel İndeksi'ne ilişkin toplam puanlar arasındaki ilişkiye yönelik analiz sonucunda, her iki ölçeğin birbirleriyle pozitif yönde anlamlı bir ilişki içerisine olduğu ve Londra Engellilik Ölçeği'ne göre yaşam kalitesi arttıkça bağımlılığın azaldığı görüldü. Bu durum, varsayılan öngörüler ile de doğru orantılıdır. Benzer değerlendirmelerin yapıldığı çalışmalara bakarak, mevcut durumun başka çalışmalarda da benzer sonucun olup olmadığı değerlendirilmeye çalışıldı.

Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel İndeksi arasındaki bağlantıya yönelik çeşitli sonuçlara ulaşıldı. Olguların ölçek puan ortalamaları Londra Engellilik Ölçeği için $(19,936 \pm 6,262)$, Barthel İndeks'i içinde $(56,630 \pm 32,320)$ olarak saptandı. Sturm ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan çalışmada ise LEÖ ortalaması 72, Pan ve ark. (2008) 14,63 olarak bulunmuştur. Muuns ve ark (2009) yılında yaptığı çalışmada Barthel İndeks'i puan ortalamasının 95,5 olduğunu belirtmiştir. Çalışma Londra Engellilik Ölçeği için Sturm ve arkadaşlarının sonuçlarından düşük, Pan ve ark, nın sonuçlarından yüksek bulunmuştur. Çalışmaların gerçekleştirildiği toplumsal yapılar arasındaki farklılıkların da dikkate alınması gereklidir ve bu durum dâhilinde de yine ölçek puanlarının tutarlı olduğu söylenebilir.

Olguların Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel indeks puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı değişim gösterdiği hesaplandı ($p=0,000<0,05$). Hem Londra Engellilik Ölçeği toplam puanları ($23,298 \pm 5,064$), hem de Barthel İndeksi Ölçeği toplam puanlarının ($74,894 \pm 27,336$) 49 ve altı yaş grubunda olan hastalarda en yüksek olduğu ve yaş ilerledikçe her iki ölçek toplam puanlarının da azalma olduğu saptandı. Gündüz ve Erhan (2008) yaş ile Barthel İndeksi arasında anlamlılık olmadığını belirtmiştir. Sharma ve ark. (1999) 75 yaş ve üzeri hastaların yaşam kalitelerinin düştüğünü belirtmiştir. Çalışmamız Sharma ve arkadaşlarının (1999) çalışmasıyla paralel, Gündüz ve Erhan'ın (2008) çalışmasından farklıdır. Farklılığın sebebinin ileriki yaştaki kronik hastalıklar olduğu söylenebilir.

Olguların Londra Engellilik Ölçeği ve Barthel indeks puanlarının eğitim durumu gruplarına göre anlamlı değişim gösterdiği hesaplandı ($p=0,000<0,05$). Eğitim durumu üniversite olanların Londra Engellilik Ölçeği toplam puanları ($23,222 \pm 3,114$) diğer eğitim durumlarına göre yüksek bulundu. Eğitim durumu lise olanların Barthel İndeksi toplam puanları ($69,000 \pm 33,151$) yüksek bulundu. Topçu ve Bölüktaş (2012) eğitim seviyesi düştükçe yaşam kalitesinin de düştüğünü belirtmiştir. Sonucumuz literatür ile uyumludur.

Olguların medeni durumları sorgulandığında hem Londra Engellilik Ölçeği hem de Barthel İndeks puanları anlamlı bulunmadı ($p=0,314>0,05$). Peter ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada evli olmanın önemli bir yaşam kalitesi belirleyicisi olduğu belirtilmiştir. Evli bireylerin yaşam kalitesi dul ve bekar olgulara göre yüksek bulunmuştur. Sonuçlarımız literatür ile uyumlu değildir.

Ölçek puanları ile inme tipi karşılaştırıldığında; inme tipi iskemi olan hastaların hem Londra Engellilik Ölçeği toplam puanları ($20,510$) hem de Barthel İndeksi toplam puanları ($59,934$) ortalamaları yüksek bulundu. Yalın (2011) yaptığı çalışmada inme tipinin yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı gözlenmiş. Sonuçlarımızla farklılık göstermektedir. İnmeden bir yıl sonra yapılan değerlendirme çalışmasında, inme geçiren bireylerin yaşam kalitesinin belirgin düzeyde bozulduğu

görülmüş ve özellikle bireylerin ev içerisindeki aktivitelerde yaşadığı sorunların göze çarptığı belirtilmiştir (Öztürk ve ark. 2002, ss. 117-121).

Ölçek puanları ile çalışma durumu karşılaştırıldığında; puanların çalışma durumuna göre anlamlılık gösterdiği saptandı. Buna göre; hem Londra Engellilik Ölçeği toplam puanları (23,833), hem de Barthel İndeksi toplam puanları (77,333), çalışıyor grubunda olan hastalarda yüksek olduğu saptandı. Topçu ve Bölüktaş (2012) yaptığı çalışmada ekonomik durumun yaşam kalitesini etkilediği , ekonomik durumu iyi olan bireylerin yaşam kalitelerinin yaşamın her alanında yüksek olduğu belirtilmiştir. Literatür sonuçlarımızı destekler niteliktedir.

Olguların Londra Engellilik Ölçeğinin ve Barthel İndeksinin toplam puanları vücut kitle oranı grup ortalamalarının arasındaki fark anlamlı bulunmakla birlikte ($p>0.05$). Her iki ölçek toplam puanlarında obez grupta bulunan olguların daha yüksek puana sahip olduğu saptandı.

Bu çalışmada inmeli bireylerde yaşam kalitesini hemşirelik bakış açısıyla değerlendirmek üzere analizler gerçekleştirildi. Her ne kadar bulgular aşamasında özellikle Barthel İndeksi ile Londra Engellilik Ölçeği arasında ilişki bulunsa da, inme sonrası yaşam kalitesini etkileyen başka bir çok farklı boyutun da bulunabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle daha sonra gerçekleştirilecek olan daha kapsamlı çalışmalar, bunlar üzerine odaklanmalı ve inmeli bireylerde yaşam kalitesini etkileyen ve artırılmasını sağlayan yollar daha ayrıntılı incelenmelidir.

Çalışma bulguları neticesinde görülmüştür ki, inmeli bireylerde fonksiyonel zayıflamalar arttıkça, yaşam kalitesinde düşüş meydana gelmektedir. Bu sonuç, benzer önceki çalışmalarla da paralel olarak karşımıza çıkmaktadır ve özellikle hemşirelik bakımı değerlendirildiğinde, inme geçirmiş bireylerin alacağı bakım hizmetinin ve kalitesinin değerlendirilmesi, gerçekleştirilecek yeni uygulamalar ve çalışmalar için katkı sağlar durumdadır.

Özellikle, inme sonrası alınan bakım hizmeti ve bunun koordine edilmesinde hemşirelere de oldukça büyük rol düşmektedir. İnme gibi önemli bir sağlık probleminin

ve bu problemin hastaların yaşamındaki etki düzeyi göz önünde alındığında, mevcut çalışmaların genişletilmesi sonraki adımlar için de yol haritası olacaktır.

Tüm bunların yanında, yaşam kalitesinin ölçümünde kullanılan araçların geliştirilmesi ve mevcut araçların toplum üzerinde kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi, bir diğer önemli unsurdur. Bu çalışmada, henüz Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yakın zamanda yapılmış olan Londra Engellilik Ölçeği'nin inmeli bireylerde yaygın kullanımının test edilmesi hedeflendi ve çalışma bulgularında ölçeğin uygulanabilir olduğu görüldü.

Özellikle sonraki çalışmalarda, inmeli bireylerde yaşam kalitesinin ve alt boyutlarının değerlendirilmesi için yapılacak yeni çalışmalar, ölçeğin Türkçe'de uygunluğu konusunda daha sağlam zeminler oluşmasına katkı sağlayacak bir unsurdur.

Ek olarak inmeli bireylerde yaşam kalitesi; diğer tüm bireylerde olduğu gibi, yalnızca hastalık ve hastalığın sonuçları açısından değil, sosyal, fiziksel çevre, mental durum, inme öncesi engellilik durumu, sosyoekonomik durum gibi birçok başka değişkenin etkisi ile şekillenmektedir.

Bu çalışmada, elbette yaşam kalitesini etkileyen tüm faktörler değerlendirmeye alınamamış ve ağırlıklı olarak inme sonrası işlev kaybının etkisi üzerinde durulmaya çalışılmıştır. Daha sonraki çalışmalarda, yaşam kalitesini etkileyen diğer unsurların göz önünde bulundurulması yaşam kalitesinin, ancak daha spesifik olarak inmeli bireylerde yaşam kalitesinin anlaşılması ve geliştirilmesi için faydalı olacak, uygulama açısından da, sağlık bakım hizmeti sunan kişilerin hastalara ilişkin kapsamlı bir anlayış oluşturmalarında yardımcı olacaktır.

Bu nedenlerle sonraki çalışmalar için öneriler şu şekilde özetlenebilir:

- a) İnme ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi etkileyen diğer çevresel ve tıbbi faktörlerin göz önünde bulundurulması, yaşam kalitesini artırmaya yönelik uygulama ve düzenlemeler için faydalı olacaktır.

- b) İnmeli bireylerin inme sonrası bağımlılık düzeylerindeki artış, alacakları bakımın kapsamını da etkileyecektir, bu sebeple, sunulacak hemşirelik hizmetinin kapsamlı bir özellik taşıyarak, birey merkezli uygulanması ve bu konuda engellerin ortadan kaldırılmasına yönelik düzenlemeler getirilmelidir.
- c) Engelli bireylerin yaşam kaliteleri ve engellilik düzeylerine ilişkin ölçüm araçları kullanılarak yapılan tanımlayıcı çalışmaların artırılması gereklidir. Bu sayede, daha güvenilir veriler elde edilecek ve tekrarlayan sonuçlar da yapılacak uygulamaların güvenilirliklerini artıracaktır.
- d) Hemşireler ve diğer sağlık bakım hizmeti sunan kişilerin, inmeli bireylere bakım verme konusundaki bilgi düzeylerinin ve yaklaşımlarının değerlendirilmesi, yalnızca hasta açısından değil, hizmeti veren kişiler açısından da bir farkındalık oluşturacak ve yine bakım kalitesini, dahası bununla ilişkilendirilebilecek olan yaşam kalitesini artırmaya katkı sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

Kitaplar

- Abegunde, D., O., Mathers, C., D., Adam, T., & Ortegón, M., 2007. *The burden and costs of chronic diseases in lowincome. Tle Lancet*, 307(9603), ss. 1929–1938.
- Akdemir, N., (2003). *Yaşlılık ve sorunları*. Editör: Nuran Akdemir, Leman Birol. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 1. Baskı, Vehbi Koç Vakfı SANERC Yayın No: 2, İstanbul, 170.
- Hachinski, V., 1999. *Post-stroke depression, not to be underestimated. The Lancet*, 353(9166), s. 1728.
- Karadakovan, A., 2010. *Yaşlılık ve bakım*. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Karadakovan, A., Aslan, Eti F., (Eds) , İkinci basım,: Nobel Tıp Kitapevleri, Adana
- Martins, T., Ribeiro, J., P., Garrett, C., 2006. *Disability and quality of life of stroke survivors: evaluation nine months after discharge*, 42(11), ss.655-9.
- Pan, J., H., Song, X., Y., Lee, S., Y., Kwok, T., (2008). *Longitudinal analysis of Quality of Life for Stroke Survivors Using Latent Curve Models*, *Stroke*, 39, ss. 2795-2802.
- Peter, A., Ringleb, Ford, G., Bath, P., Brainin, M., Caso, V., (2008). *The European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee*.
- Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2010). *Türkiye Kalp Damar Hastalıklarını Önleme ve Kntrol Programı*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği., 2015. *İnme tanı ve tedavi klavuzu*. İstanbul: Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği.
- Türk Nöroloji Derneği., 2014. *İnme*. İstanbul: Türk Nöroloji Derneği.
- Vuadens, P., Bogousslavsky, J.,2001.*Anterior choroidal artery territory infarcts*.İn: *Bogousslavsky J, Caplan LR. Stroke Syndromes. 2nd ed. New York: Cambridge University Press*, ss.451-460.
- Warlow, C. P., 1998. *Epidemiology of stroke. Lancet*, 352(supplementary [iii]), ss. 1-4.
- Whelton, P., K., He., J., Appel, L., J., Cutler, C., A., & Havas, S., 2002. *Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from The National High Blood Pressure Education Program. JAMA*, 288(1), ss. 1882-1888.
- World Health Organization., 1952. *Handbook of Basic Documents. Geneva: World Health Organization*.

Sürelî Yayınlar

- Abubakar, S., A., & Isezuo, S., A., 2012. *Health related quality of life of stroke survivors: Experience of a stroke unit. International Journal of Biomedical Science*, **8**(3), ss. 183-187.
- Ahlsio, B., Britton, M., Murray, V., & Theorell, T., 1984. *Disablement and quality of*
- Akinpelu AO, Gbiri CA., 2009. *Quality of life of stroke survivors and apparently healthy individuals in southwestern Nigeria. Physiotherapy Theory and Practice* **25**(1), s.14.life after stroke. *Stroke*, **15**(1), ss. 886-890.
- Almborg, Ann-Helene., 2008. Perceived Participation in Discharge Planning and Health Related Quality of Life after Stroke. School of Health Sciences Dissertation Series No 4. ISBN 978-91-85835-03-4.
- Aprile, I., Piazzini, DB., Bertolini, C., Caliandro, P., Pazzaglia, C., Tonali P & Padua, L., (2006): *Predictive variables on disability and quality of life in stroke outpatients undergoing rehabilitation. Neurological Sciences*, **27**, ss.40-46.
- Bonomi, A., E., Patrick, D., L., Bushnell, D., M., & Martin., M., 2000. *Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQoL) Instrument. Journal of Clinical Epidemiology*, **53**(1), ss. 1-12.
- Brass, L., M., Isaacsohn , J., L., Merikangas, K., R., Robinette ,C., D., 1992. *A study of twins and stroke. Stroke*, **23**, ss. 221–22.
- Bulut, A., Çabalar, M., Şenadım, S., Kayran, Y., & Güveli, B., 2013. *Sigara ve alkolün inme üzerine etkisi.İstanbul Med J*, **14**(1), ss. 231-233.
- Calman, K., C., 1984. *Quality of life in cancer patients-an hypothesis. Journal of Medical Ethics*, **10**(1), ss. 124-127.
- Collin, C., Wade, DT., Davies, S., et al., 1998. *The Barthel ADL Index: a reliability study.Int Disabil Stud*,**10**, ss. 61-3.
- Coşkun, F., Kutluk, K., & Karcıoğlu, Ö., 2005. *Akut inmeli olgularda NIHSS ve GKS'nin Barthel indeksine göre prognostik değeri. Akademik Acil Tıp Dergisi*, **15**(1), ss. 30-34.
- Eleftheriou, D., 2012. *Endothelial Injury and Repair in Childhood, PhD Thesis. London: University College London, Institute of Child Health.*Fallowfield, L., 2009. *What is quality of life. Sussex: Sanofi-aventis.*

- Eskiyurt, N., Yaliman, A., Vural M., Kızıldaş, H., Bölükbaş, N., Çeşme, F., 2005. *İnmeli Olguların Özellikleri ve Fonksiyonel Durum Sonuçları. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi* , **68**, ss. 71-77.
- Gargano, J., W., J Matthew., J Reeves., 2007. Sex Differences in Stroke Recovery and Stroke-Specific Quality of Life. *Stroke*, **38**(1), ss.2541-2548.
- Gorelick, P., B., 1995. *Stroke prevention*, **52**, ss. 347-355.
- Gündüz , B., Erhan, B., 2008. *Quality of life of Stroke Patients' Spouses Living in The Community in Turkey: Controlled Study with Short Form-36 Questionnaire. Journal of Neurological Sciences*, **25**(4), ss.17-226.
- Hamza, A. M., Al-Sadat, N., Loh, S. Y., & Jahan³, N. K., 2014. *Predictors of Poststroke Health-Related Quality of Life in Nigerian Stroke Survivors: A 1-Year Follow-Up Study. BioMed Research International*, **2014**(1), ss. 1-7.
- Harwood, R. H., & Ebrahim, S., 2000. *Measuring the outcomes of day hospital attendance: a comparison of the Barthel Index and London Handicap Scale. Clinical Rehabilitatio*, **14**(1), ss. 527–531.
- Hopman WM & Verner J., 2003. *Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation. Stroke* **34**,ss. 801-805.
- Jaracz K & Kozubski W., 2003. *Quality of life in stroke patients. Acta Neurologica Scandinavica* **107**,ss. 324-329.
- Johnston, S. C., Mendis, S., & Mathers, C. D., 2009. *Global variation in stroke burden and mortality: estimates from monitoring surveillance, and modelling. The Lancet Neurology*, **8**(4), ss. 345–354.
- Jonsson, A-C., Lindgren, I., Halström, B., Norrving, B., Lindgren A., 2005. Determinants of Quality of Life in Stroke Survivors and Their Informal Caregivers. *Stroke*. **36**(1),ss. 803-808.
- Larssen, D. Clark, P. C., Zeringue, A., Greenspan., A., Blanton., S., 2005. *Factors Influencing Stroke Survivors' Quality of Life During Subacute Recovery. Stroke*. **36**(1), ss .1480-1484.
- Kauhanen, ML., Korpelainen, J., T., Hiltunen, P., Nieminen, P., Sotaniemi KA & Myllyla VV, 2000: *Domains and determinants of quality of life after stroke caused by brain infarction. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* **81**,ss. 1541-1546.
- Kalache, A., & Aboderin, I., 1995. Stroke: the global burden. *Policy and Planning*, **10**(1), ss. 1–21.

- Kauhanen, M.-L., 1999. *Quality of life after stroke. Oulu: Oulu University Library.*
- King-Rosemarie, B., 1996. *Quality of Life After Stroke. Stroke, 27(1), s. 1467-1472.*
- Kolapu, HT., Oluwotitofunmi, PG., 2009. *The London Handicap Scale :Validation of a Yoruba (Nigerian) version among stroke survivors. African Journal of Neurological Sciences, 28(1).*
- Kumral, E., Özkaya, B., Sagduyu, A., Şirin, H., Vardarli, E., Pehlivan, M., 1998. *The Ege Stroke Registry: a hospital-based study in the Aegan region , İzmir, Turkey. Analysis of 2,000 stroke patients. Cerebrovacs Dis. 8(5), ss. 278-88.*
- Lima, M. L., Santas, J. L., Sawada, N. O., & Lima, L. A. (2014). *Rev Bras Epidemiol, 1(1), ss. 453-464.*
- Mackenzie AE & Chang AM, 2002: *Predictors of quality of life following stroke. Disability & Rehabilitation 24, ss.259-265.*
- Mahoney, F.I., Barthel. D., 1965 “*Functional evaluation: The Barthel Index.*” *Maryland State Medical Journal ,14, ss.56-61.*
- Manolia, T. A., Kronmal, R. A., & Burge, G. L., 1996. *Short term predictors of incident stroke in older adults: The cardiovascular health study. Stroke, 27(1), ss. 1882-1888.*
- Martins, T., Riperio, J. P., & Garrett, C., 2006. *Disability and quality of life of stroke survivors: evaluation nine months after discharge. Revista de neurologia, 42(11), ss. 655-659.*
- Mayo, N. E., Wood-Dauphine, S., Ahmed, S., Gordon, C., Higgins, J., McEwen, S., & Salbach, N., 1999. *Disablement following stroke. Disability and rehabilitation, 21(5-6), ss. 258-268.*
- Mayo NE, Wood-Dauphinee S, Robert C, Durcan L & Carlton J, 2002: *Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 83, ss.1035-1042.*
- Midi, I., & Avşar, N., 2010. *İnmede risk faktörleri. Klinik Gelişim,10(1), ss. 1-14.*
- Muuns, I., Petzold , M., Ringsberg, KC., 2009. *Health-Related Quality of Life After Stroke: Reliability of Proxy Responses, Clinical Nursing Research, 18, ss. 103-118.*
- Niemi, M., Laaksonen, R., Kotila, M., & Waltimo, O., 1988. *Quality of life 4 years after stroke. Stroke, 19(1), ss. 1101-1107.*
- Ogunniyi, A., Truelsen, T., Bonita, R., Arjundas, G., Dalal, P., & Damasceno, A., 2007. *Standard method for developing stroke registers in low-income and middle-*

- income countries: experiences from a feasibility study of a stepwise approach to stroke surveillance (STEPS Stroke). The Lancet. Neurology, 6(2), ss. 134-139.*
- Özer, İ., Ş., Sorgun, M., H., Rzayev, S., Kuzu, M., Tezcan, S., Yılmaz, V., Ulukan, Ç., Çotur, H., Rawandi, A., Işıkkay, T., 2015. *Genç İskemik İnme Hastalarında İnme Etiyolojisi, Risk Faktörleri Ve Hastaların İzlemedeki Fonksiyonel Durumları* , **21**, ss.159-64
- Öztürk, Ş., 2009. Serebrovasküler Hastalık Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri Dünya ve Türkiye Perspektifi. *Turkish Journal of Geriatrics*, **13**(1), ss. 51-58.
- Öztürk, Y., Soy, D., Öztürk, M., & Mutluay, B., 2002. *İnmeden bir yıl sonraki yaşam kalitesi ve fonksiyonel bağımsızlığın değerlendirilmesi. Düşünen Adam*, **15**(2), ss. 117-121.
- Patel, M. T., Tilling, K., Lawrence, E., Rudd, A. G., Wolfe, C. D., & McKewitt, C., 2006. *Relationships between long-term stroke disability, handicap and health-related quality of life. Age and ageing*, **35**(1), ss. 273–279.
- Raymond, Tak Fai Cheung, Liang-Yu Zou., 2003. *Use of the Original, Modified, or New Intracerebral Hemorrhage Score to Predict Mortality and Morbidity After Intracerebral Hemorrhage. Stroke*, **34**, s.1717.
- Scheire, MF., Carver, SC., 1993. On The Power of Positive Thinking: The Benefits of Being Optimistic *Current Directions in Psychological Science* , **(2)**, ss. 26-30
- Sharma, J., S., Fletcher, S., Vassalo, M., 1999. *Strokes in the elderly. Higher acute and 3rd month mortality. An explanation. Cerebrovasc Dis*, **9**, ss.2-9.
- Sturm , JW., Dewey, HM., Donnan, GA., Macdonell, RAL., McNeil , JJ., Thrift AG., 2002. *Handicap after stroke: How does it relate to disability, perception of recovery, and stroke subtype?: The North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). Stroke*, **33**, ss.762-768.
- Şahan, M., Satar, S., Koç, A. F., & Sebe, A., 2010. *İskemik İnme ve Akut Faz Reaktanları. Arşiv*, **19**(1), ss. 85-140.
- Şenocak, Ö., El, Ö., Söylev, G. Ö., Avçılar, S., & Peker, Ö., 2008. *İnme Sonrasında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Journal of Neurological Sciences [Turkish]*, **25**(3), ss. 169-175.
- Theofilou, P., 2013. *Quality of life: Definition and measurement. Europe's Journal of Psychology*, **9**(1), ss. 150-162.

- Topçu, S., Bölüktaş, R.P., 2012. *İnmeli hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal desteğin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi.Yeni Tıp Dergisi*, **29**(3), ss. 159-164.
- Visser M. V.,Heijenbrok-Kal, M. H., Spijker., A., 2015. *Coping, Problem Solving, Depression, and Health-Related Quality of Life in Patients Receiving Outpatient Stroke Rehabilitation. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*,**96** (8).ss.1492-149



Diğer Yayınlar

- Bilgili, N., & Gözüm, S., 2014. *İnmeli Hastaların Evde Bakımı: Bakım Verenler İçin Rehber. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(2), ss. 128-150.
- Çelik, A., 2014. *İnmeli hastalarda fonksiyonel durumun bakım verenlerin bakım yüküne ve yaşam kalitesine etkisi*, yüksek lisans tezi. Ankara: GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Çakır, M., P.B., A.S., 2015. *Hekimlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi, tıp fakültesi tabanlı kesitsel bir çalışma* ,Ankara: Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, ss. 210-218.
- Türk, G., Hakverdioğlu, G., Eşer, İ., & Khorshid, L., 2010. *İnmeli Hastaların Hemşire Kayıtlarının İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* , 3(4), ss. 171-174 .
- Ubel, P. A., Loewenstein, G., & Jepson, C., 2003. *Whose quality of life? A commentary exploring discrepancies between health state evaluations of patients and the general public. Quality of Life Research*, 12(6), ss. 599-607.
- World Health Organization., 2012. *The top 10 causes of death, 2011 (online). World Health Organization: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310.pdf>. Erişim tarihi: 03/01/2012. adresinden alındı.*
- Yalın, H., 2011. *İnme sonrası hastaların fonksiyonel durum, engellilik ve yaşam kaliteleri. İstanbul: Marmara Üniversitesi*, ss.40-41

EKLER



EK A.1: HASTA – HASTALIK BİLGİ FORMU

Hastanın Adı/Soyadı:

Tarih: ____/____/____

A- Sosyodemografik Bilgiler ve Sağlığa İlişkin Özellikler

1. Yaş:
2. Cinsiyet: Kadın () Erkek ()
3. Boy: _____cm
4. Vücut Ağırlığı: _____kg
5. Vücut/kütle oranı:
6. Medeni Durum : Evli () Bekar ()
7. Eğitim Durumu :
() Okur-yazar değil
() Okur-yazar
() İlkokul mezunu
() Ortaokul mezunu
() Lise mezunu
() Üniversite mezunu
() Diğer _____(lütfen belirtiniz)
8. Meslek:
9. Hala bir iş yerinde çalışma durumu Evet () Hayır ()
10. Cevap Hayır ise nedeni:
11. Sosyal Güvence: Var () Yok ()
12. Evde birlikte yaşanan kişi sayısı: (.....)
13. Evde birlikte yaşadığımız kişi/kişiler:
14. Ailede başka çalışan var mı? Kim/Kimler?
Yok () Var ()
15. Halen yaşanan yer/şehir:

B- Hastalık (İnme) Tanılaması

16. İnme tipi: () Hemoraji () İskemi
17. Hemoraji lokalizasyonu:
İntraserebral----- Lober () Subkortikal ()
Subaraknoid ()
18. İskemik inme klinik sınıflama:
() Total anterior sirkülasyon infarktları (TACI)
() Parsiyel anterior sirkülasyon infarktları (PACI)
() Laküner infarktlar (LACI)
() Posterior sirkülasyon infarktları (POCI)

19. İskemik inme etyolojik sınıflama

- () Geniş arter aterotrombozu
() Kardiyoembolizm
() Küçük damar oklüzyonu
() İnmenin nadir görülen etyolojileri
() Etyolojisi sınıflandırılmayanlar

20. Konuşma

- () Normal
() Hafif-orta şiddette afazi (zor ama kısmi bilgi alışverişi)
() Ağır afazi (hiç bilgi alışverişi yok)

Nörolojik Defisit	Var	Yok
21. Sağ kol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sol kol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Sağ bacak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Sol bacak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Emirlere uyma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Yer orvantasyonu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK A.2: LONDRA ENGELLİLİK ÖLÇEĞİ

Hasta Adı-Soyadı:

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

TOPLAM LEÖ PUANI:

Sizin sağlığınız ve sizin hayatınız
Bu ölçek, sağlık durumunuzun günlük yaşantınızı nasıl etkilediği ile ilgilidir. Lütfen her soru için verilen açıklamaları okuyun ve sizi en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretleyin. Soruları cevaplandırırken, geçen hafta yaptıklarınızı düşünmek ve kendinizi sizinle aynı yaş ve cinsiyette olan fakat sağlık durumu iyi biriyle karşılaştırmak yardımcı olur.
Lütfen sadece bir kutuyu işaretleyin.

Gezip dolaşmak

Günlük yaşantınızda herhangi bir yardımcı destek ya da ulaşım aracı kullanarak, bir yerden başka bir yere nasıl gittiğinizi düşünün.

1. Sağlığınız gezip dolaşmanıza engel oluyor mu?

- Hiç** : Ne kadar uzak olursa olsun, istediğiniz her yere gidiyorsunuz.
- Çok az** : İsteddiğiniz çoğu yere gidiyorsunuz fakat her yere değil.
- Oldukça fazla** : Evin dışına çıkıyorsunuz fakat pek uzaklaşmıyorsunuz.
- Çok fazla** : Dışarı çıkamıyorsunuz fakat evin içinde odadan odaya dolaşabiliyorsunuz.
- Neredeyse tamamen** : Bir odaya bağımlısınız fakat bu oda içinde hareket edebilirsiniz.
- Tamamen** : Yatağa ya da sandalyeye bağımlısınız. Hiçbir şekilde hareket edemiyorsunuz. Sizi hareket ettirecek hiç kimse yok.

Kendine bakmak

Ev işi, alışveriş, para ile ilgili işler, yemek yapma, çamaşır yıkama, giyinme, yıkanma, traş olma ve tualeti kullanma gibi faaliyetleri düşünün.

2. Sağlığınız kendinize bakmanıza engel oluyor mu?

- Hiç** : Kendinize bakmak için her şeyi yapıyorsunuz.
- Çok az** : Ara sıra ufak yardımlara ihtiyacınız oluyor.
- Oldukça fazla** : Bazı işleri (ağır ev işi veya alışveriş) yaparken yardıma ihtiyacınız oluyor fakat günde bir kereden fazla değil..
- Çok fazla** : Kendiniz için bazı şeyleri yapıyorsunuz fakat günde bir kereden fazla yardıma ihtiyacınız oluyor. Birkaç saat için güvenli bir şekilde tek başınıza/yalnız kalabilirsiniz.
- Neredeyse tamamen** : Her zaman yardıma ihtiyacınız olabilir. Evde güvenli bir şekilde tek başınıza kalamazsınız.
- Tamamen** : Gece ve gündüz sürekli yardıma ve bakıma ihtiyacınız var.

Çalışma ve boş zaman

Ücretli ya da ücretsiz çalışma, ev işi, bahçe işleri, spor yapma, hobiler, arkadaşlarla dışarı çıkma, seyahat etme, okuma, çocuklara bakma, televizyon seyretme ve tatile çıkma gibi faaliyetleri düşünün.

3. Sağlığınız, işinizi ve boş zaman faaliyetlerinizi engelliyor mu?

- Hiç** : Yapmak istediğiniz her şeyi yapıyorsunuz.
- Çok az** : Yapmak istediğiniz çoğu şeyi yapıyorsunuz.
- Oldukça fazla** : Neredeyse her zaman yapacak bir şeyler buluyorsunuz fakat bazılarını istediğiniz kadar uzun süre yapamıyorsunuz.
- Çok fazla** : Çoğu zaman yapacak bir şeyler bulabiliyorsunuz fakat bir çok şeyi yapamıyorsunuz.
- Neredeyse tamamen** : Bazen yapacak bir şeyler bulabiliyorsunuz fakat pek çok şeyi yapamıyorsunuz.
- Tamamen** : Bütün gün hiçbir şey yapmadan oturuyorsunuz. Kendinizi oyalayamıyor ya da herhangi bir faaliyet yapamıyorsunuz.

İnsanlarla görüşmek/geçinmek

Ailenizi, arkadaşlarınızı ve normal bir günde karşılaşılabileceğiniz diğer kişileri düşünün.

4. Sağlığınız, insanlarla görüşmenize/geçinmenize engel oluyor mu?

<input type="checkbox"/>	Hiç	: İnsanlarla çok iyi geçinir, görmek istediğiniz herkesi görür, yeni insanlarla tanışırız.
<input type="checkbox"/>	Çok az	: İnsanlarla çok iyi görüşür/geçinirsiniz fakat sosyal hayatınız biraz kısıtlıdır/sınırlıdır.
<input type="checkbox"/>	Oldukça fazla	: Tanıdığımız kişilerle iyi görüşür/geçinirsiniz fakat yabancılarla kendinizi rahatsız hissedersiniz.
<input type="checkbox"/>	Çok fazla	: Tanıdığımız kişilerle iyi görüşür/geçinirsiniz fakat az sayıda arkadaşınız var ve komşularınızla az ilişki kurarsınız. Yabancılarla ilgilenmeniz çok zordur.
<input type="checkbox"/>	Neredeyse tamamen	: Size bakan kişiler dışında kimseyi görmüyorsunuz. Hiç arkadaşınız ve ziyaretçiniz yok.
<input type="checkbox"/>	Tamamen	: Kimseyle hatta size bakan kişilerle bile görüşmüyor/geçinmiyorsunuz.

Çevrenizin farkında olmak

Etrafınızdaki dünyaya dikkatli bakmayı, anlamayı ve içinde kendi yolunuzu bulmayı düşünün.

5. Sağlığınız, etrafınızdaki dünyayı anlamamanıza engel oluyor mu?

<input type="checkbox"/>	Hiç	: Etrafınızdaki dünyayı tamamen anlıyorsunuz. Açıkça görüyor, duyuyor, konuşuyor ve düşünüyorsunuz. Hafızanız da iyidir.
<input type="checkbox"/>	Çok az	: Duymanızda, konuşmanızda, görmenizde ya da hafızanızda sorunlar var fakat bunlar bir çok şeyi yapmanızı engellemiyor.
<input type="checkbox"/>	Oldukça fazla	: Duymanızda, konuşmanızda, görmenizde ya da hafızanızda çoğu zaman hayatınızı zorlaştıran sorunlar var. Fakat çevrenizde olup biteni anlıyorsunuz.
<input type="checkbox"/>	Çok fazla	: Çevrenizde olup bitenin ne olduğunu anlamakta zorlanıyorsunuz.
<input type="checkbox"/>	Neredeyse tamamen	: Nerede olduğunu ya da hangi gün olduğunu söyleyemiyor. Hiçbir şekilde kendine bakacak durumda değil.
<input type="checkbox"/>	Tamamen	: Bilinçsiz, etrafında olup bitenden tamamen habersiz.

İhtiyaçlarınızı karşılamak

Sağlık sorunlarınızın ek harcamalara yol açıp açmadığını ya da kazancınızın azalmasına neden olup olmadığını düşünün.

6. İhtiyacınız olan şeyleri karşılayabiliyor musunuz?

<input type="checkbox"/>	Evet, kolaylıkla	: İhtiyacınız olan her şeyi karşılayabiliyorsunuz. Sağlık sorunlarınızdan dolayı ihtiyaç duyabileceğiniz ve işinizi kolaylaştıran araç-gereçleri satın alabileceğiniz yeterli paranız var.
<input type="checkbox"/>	Oldukça kolay	: Sağlık sorunlarınızın neden olduğu harcamaları kolayca karşılayabilecek paranız var.
<input type="checkbox"/>	Hemen hemen	: Maddi durumunuz sizin gibi olan diğer insanlardan daha kötü, ancak fedakarlık yaparak yardım almadan idare edebiliyorsunuz.
<input type="checkbox"/>	Tam olarak değil	: Sadece temel ihtiyaçlarınızı karşılamaya yetecek kadar paranız var. Sağlık sorunlarınızdan kaynaklanan ek harcamalar için devlet yardımına bağımlısınız.
<input type="checkbox"/>	Hayır	: Devlet yardımlarına, diğer insanlardan ya da yardım kuruluşlarından gelen paraya bağımlısınız. İhtiyaçlarınızı karşılayamazsınız.
<input type="checkbox"/>	Kesinlikle hayır	: Hiç paranız yok ve devlet yardımı da almıyorsunuz. Temel ihtiyaçlarınızın çoğunu karşılamak için yardım kuruluşlarına tamamen bağımlısınız.

EK A.3: BARTHEL İNDEKSİ

Hasta Adı-Soyadı:
PARAMETRELER

HASTANİNDEĞERLENDİRİLMESİ

Tarih: ___/___/___

1. Beslenme (10)

10 puan: Tam bağımsız. Yemek yemek için gerekli aletleri kullanır.

5 puan: Bir miktar yardıma ihtiyaç duyar. Biftek kesme gibi bazı işlerde.

0 puan: Yapamaz

2. Tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersine geçiş (15)

15 puan: Tam bağımsız.

10 puan: Geçiş sırasında minimal yardım alır veya yapacağı işlerin sırası hatırlatılır.

5 puan: Tek başına yatakta oturma pozisyonuna geçebilir ama geçiş için yardım gereklidir.

0 puan: Tamamen yatağa bağımlı

3. Kendine bakım (5)

5 Puan: Elini yüzünü yıkayabilir, dişlerini fırçalayabilir, tıraş olabilir, makyaj yapabilir.

0 puan: Kişisel bakımda yardıma ihtiyaç duyar.

4. Tuvalet Kullanımı(10)

10 Puan: Bağımsız (oturup kalkma, giyinme, tuvalet kağıdını kullanma).

5 Puan: Yardıma ihtiyaç duyar, ancak bazı hareketleri kendi yapabilir.

0 puan: Bağımlı

5. Yıkama(5)

5 puan: Bağımsızdır

0 puan: Yardıma ihtiyacı vardır

6. Düzgün yüzeyde yürüme(15)

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

10 puan: Hasta yukardakileri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar. Fakat 45 metreyi yardımla yürütebilir.

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

5 Puan: Hasta yürüyemez ama tekerlekli sandalyeyi kullanabilir. Hasta köşeleri dönebilir. Yatağa, tuvalete yanaşabilir.

Tekerlekli sandalyeyi en az 45 metre kullanabilmelidir. Eğer hasta yürüme bölümünden puan alırsa, ayrıca bu bölümden puan verilmez.

0 puan: Tekerlekli sandalyede oturabilir ancak kullanamaz

7. Merdiven inip çıkma(10)

10 puan: Bağımsız inip çıkabilir, ancak destek kullanabilir (trabzan, baston, koltuk değneği...)

5 puan: Hasta yukardaki işleri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar.

0 puan: Yapamaz

8. Giyinip soyunma(10)

10 puan: Hasta giyinip soyunabilir. Ayakkabı bağlarını çözebilir, bağlayabilir. Korse veya breys takıp çıkarma bu maddeye dahil değildir. Hastaya kolaylık sağlayacak elbiseler giydirilmelidir.

5 puan: Hasta bu işler için yardıma gereksinim duyar. İşin en az yarısını kendisi yapabilmeli ve işlem uygun sürede tamamlanmalıdır. Sutyen takıp çıkarma puanlamaya dahil edilmez

0 puan: Tam bağımlıdır

9. Barsak bakımı (10)

10 puan: Kontinan (Suppozituar kullanılabilir veya gerekirse lavman yapılabilir. Örneğin, spinal kord yaralanmalı olgular)

5 puan: Hasta suppozituar koymak veya lavman yapmak için yardıma ihtiyaç duyar.

0 puan: İnkontinan

10. Mesane bakımı(10)

10 puan: Hasta gece ve gündüz mesanesini kontrol edebilmelidir. Spinal kord yaralanması olan kataterli hastalar, katater bakımını bağımsız olarak yapabilmeli, takıp çıkarabilmelidir.

5 puan: Bazen tuvalete yetişemez veya sürgüyü bekleyemez; altına kaçıtır.

0 puan:İnkontinan veya kateterli ve kontrol edemez

0-20 puan: Tam bağımlı

21-61 puan: İleri derecede bağımlı

62-90 puan: Orta derecede bağımlı

91-99 puan: Hafif derecede bağımlı

100 puan: Tam bağımsız

EK A.4: HASTA BİLGİLENDİRME FORMU

Çalışmanın İsmi: İnmeli Bireylerde Yaşam Kalitesi

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın amacı, inme(felç) geçirmiş hastaların yaşam kalitesinin düzeyini belirlemektir. Araştırmada sizi bilgilendirerek yaşam kalitenizi iyileştirmeyi ve sosyal destek sağlamayı hedefliyoruz. Bu çalışmada yüz yüze görüşme, anket(soru sorma) vb. yöntemler kullanılacaktır. Araştırmada yer almanız için ön görülen süre3 ay ,yer alacak gönüllü sayısı en az 202kişi olarak planlanmıştır.

Bu çalışmada, gönüllü, dürüst, samimi ve içten olmak aynı zamanda araştırmacının önerilerine uymak sizin sorumluluklarınız arasındadır. Vereceğiniz bilgilerin araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacağını ve saklı kalacağını belirtmek isterim.

Bu çalışma karşılığı sizden ücret talep edilmeyecektir, size de herhangi bir ücret verilmeyecektir ve araştırmaya katılım gönüllülük ilkesine bağlıdır. Bu araştırmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırma sadece araştırma ekibi tarafından okunup değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgiler bilimsel bir amaçla kullanılacağı için adınız soyadınız belirtilmeyecektir. Araştırmanın sonucunun doğru olması için soruları atlamadan samimi ve tarafsız olarak yanıtlamanız uygun olacaktır.

Yapılacak olan araştırmanın amacı, süresi, uygulanacak yöntemler, yararları, zararları konusunda bilgilendirildim. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın
Adı-Soyadı:

Tanık
Adı Soyadı:


Araştırma Sorumlusu
Adı Soyadı:

İmza :
Tarih:

İmza
Tarih:


İmza:
Tarih:

EK A.5: ETİK KURUL İZİNİ



BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU



BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İnneli Bireylerde Yaşam Kalitesi		
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	2015/254		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Hayat Yalın, Hem.Gamze Kürücü		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Bahçeşehir Üniversitesi		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bahçeşehir Üniversitesi		
	DESTEKLEYİCİ			
	DESTEKLEYİCİNİN YANAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Diğer işe belirtiniz:Tamamlayıcı			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	04.11.2015	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BELGELENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	04.11.2015	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ÖLÇÜ RAPOR FORMU	04.11.2015	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
ARAŞTIRMA BİYOÜRİ				Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama
	ARAŞTIRMA HÜÇESİ DEĞER	<input checked="" type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2016/01/06	Tarih:04.01.2016
	<p><small>Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın yapılmasını gerektirir, amaç, saklılar ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına ilişkin o katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar vermiştir.</small></p> <p><small>Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumundan izin alınması gerekmektedir.</small></p>	

BEAH KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyİ Klinik Uygulamaları Kılavuzu
HASTANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Uz. Dr. Gülsüm Oya HERGÜNSEL

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Uz. Dr. Gülsüm Oya HERGÜNSEL	Anesteziyoloji	BEAH	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Gülsüm</i>
Doç. Dr. Sadık Sami HATİPOĞLU	Çocuk Hastalıkları	BEAH	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Sadık</i>
Prof. Dr. Ayşe KAVAK	Dermatoloji	BEAH	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Ayşe</i>
Prof. Dr. Fatma Tülin KAYHAN	K.B.B.	BEAH	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Fatma</i>
Doç. Dr. Özlem KAPTANOĞULLARI	İç Hastalıkları	BEAH	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Özlem</i>
Prof. Dr. Osman KARAKAYA	Kardiyoloji	BEAH	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Osman</i>
Doç. Dr. Asuman GEDİKBAŞI	Biyokimya	BEAH	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Asuman</i>
Prof. Dr. Uluk EMEKLİ	Plastik Ve Estetik Cerrahi	I.Ü. İst. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Uluk</i>
Prof. Dr. Gülsüm Nurhan INCE	Halk Sağlığı	I.Ü. İst. Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Gülsüm</i>
Uz. Dr. Gülşay ÖZGÖN	Farmakolog	I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Gülşay</i>
Prof. Dr. Abdülbaki KUMBASAR	İç Hastalıkları	I.Ü. Sağ. Bil. Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Abdülbaki</i>
Can ÇELİK	Biyo-medikal	Dijimed Bil. Çöz.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Can</i>
Rana KONYALIOĞLU	Biyoistatistik	ARK İst. Danış.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Rana</i>
Avukat Özkan TÜM	Hukuk	İst. Sağ. Müd.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Özkan</i>
Selin ÖZDEMİR	Eğitim Görevlisi	Şukru Balcı MYO	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Selin</i>

EK A.6: KURUM İZİNİ



İSTANBUL İLİ BAKIRKÖY BÖLGESİ KAMU
HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ -
BAKIRKÖY İDARI HİZMETLER BAŞKANLIĞI
24.03.2016 15:27 - 95273397 - 772.02 - E 7429



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 95273397/772.02
Konu : Araştırma İzni Hk. (Gamze
KÜRÜCÜ)

BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi: 18/01/2016 tarihli ve 73 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınız ile, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Gamze KÜRÜCÜ'nün, "İnnemeli Bireylerde Yaşam Kalitesi" başlıklı çalışmasını, Genel Sekreterliğimize bağlı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulama talebi, başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, 21.03.2016 tarihinde gerçekleştirilen 2016/2 sayılı Bilimsel Araştırmalar Komisyonu Toplantısında araştırmanın; amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemleri, yürürlükte bulunan "İyi Klinik Uygulama Kılavuzu" dikkate alınarak incelenmiş olup araştırmanın yürütülmesinde sakınca olmadığına karar verilmiştir.

Gereğini arz ederim.

Doç. Dr. Kadriye KART YAŞAR
Genel Sekreter

Zuhuratbaba Mah. Dr. Tefik Sağlam Cad. 25/2 Bakırköy Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
A tılı bilgi için: 0212 4091600-4162

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c33e34ad-13ee-4c3c-a00c-656dc7eb6ee1 koda ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Gamze KÜRÜCÜ

Sürekli Adresi : Beyazıt cad . Zafer mah. No: 60/7 BAHÇELİEVLER/İSTANBUL

Doğum Yeri ve Yılı: ERZURUM/ 1991

İlköğretim: İnkılap İlköğretim Okulu

Orta Öğretim: Türkn Sait Yılmaz Anadolu Lisesi/2009

Lisans: Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu/ 2013

Yüksek Lisans: Bahçeşehir Üniversitesi/2014

Enstitü Adı: Sağlık Bilimler Enstitüsü

Program Adı: Hemşirelik Yüksek Lisans Programı

Yayımlar: Arkan , B, Kürücü, G , Yönerem ,Y , Hemşirelik Öğrencilerinin Genel Sağlık Durumunun İncelenmesi, 12. Ulusal Hemşirelik Kongresi, , 2013, Konya/Türkiye (Poster bildiri),

Arkan , B, Kürücü, G , Yönerem ,Y , Hemşirelik Öğrencilerinin GÜdülenme Kaynakları ve Sorunlarının İncelenmesi , 12. Ulusal Hemşirelik Kongresi, , 2013, Konya/Türkiye(Sözel bildiri)

Çalışma Hayatı:

Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Nöroloji Servis Hemşireliği 2014 – Halen

