



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**İNME Lİ BİREYLERDE ÖZ ETKİLİLİK VE YAŞAM KALİTESİ  
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

HAZIRLAYAN  
HİLALNUR DEMİR

TEZ DANIŞMANI  
Dr. Öğr. Üyesi Selma ATAY

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ÇANAKKALE- 2019





T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**İNME Lİ BİREYLERDE ÖZ ETKİLİLİK VE YAŞAM KALİTESİ  
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

HAZIRLAYAN  
HİLALNUR DEMİR

TEZ DANIŞMANI  
Dr. Öğr. Üyesi Selma ATAY

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Bu çalışma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri  
Koordinasyon Birimince Desteklenmiştir. Proje No: TYL-2018-2513

ÇANAKKALE- 2019

## TEZ ONAY FORMU

Kurum Adı : Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Program Adı : Hemşirelik

Programın Seviyesi : Yüksek Lisans ( × )                      Doktora ( )

Anabilim Dalı : Hemşirelik

Tez Sahibi Adı ve Soyadı: Hilalnur DEMİR

Tez Başlığı : İnmeli Bireylerde Öz Etkililik ve Yaşam Kalitesi Arasındaki  
İlişkinin Belirlenmesi

Sınav Yeri : Sağlık Yüksekokulu

Sınav Tarihi : 18.01.2019 / 11:00

- Yukarıda tanıtımı yapılan tez, Tez Sınav Jürisi tarafından okunmuş, kapsam ve kalite yönünden başarılı bulunarak Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

### Tez Sınav Jürisi

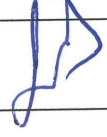

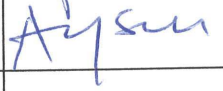
Danışman (Unvan ve Adı)	Kurumu	İmza
Dr. Öğr. Üyesi. Selma ATAY	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu	
<b>Sınav Jüri Üyeleri (Unvan ve Adları)</b>		
Doç.Dr. Yurdanur DİKMEN	Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	
Doç.Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu	
<b>Sınav Jüri Üyeleri (Unvan ve Adları)</b>		
Doç.Dr. Nurcan ÇALIŞKAN	Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	
Dr. Öğr. Üyesi Fatma YILMAZ KURT	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu	

Tez sınav jürisi tarafından başarılı olarak kabul edilen Yüksek Lisans/Doktora Tezi Enstitü Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun ...../...../..... tarih ve ..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

## THESIS APPROVAL FORM

Institute Name : Çanakkale Onsekiz Mart University Institute of Health Sciences  
Programme Name : Nursing  
Programme Level : Master of Science ( × ) Doctor of Philosophy ( )  
Department : Nursing  
Student Name and Surname: Hilalnur DEMİR  
Title of the Thesis : Determination of Self-Efficacy And Quality Of Life In Stroke Patients  
Examination Place : School of Health  
Examination Date : 18.01.2019 / 11:00

We have investigated the present thesis in regard to content and quality and have approved as a Master of Science / Doctor of Philosophy Thesis.

Supervisor (Title and Name)	Institution	Signature
Dr. Öğr. Üyesi. Selma ATAY	Çanakkale Onsekiz Mart University, School of Health	
<b>Members of Examination Jury (Titles and Names)</b>		
Doç.Dr. Yurdanur DİKMEN	Sakarya University, Faculty of Health Sciences	
Doç.Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ	Çanakkale Onsekiz Mart University, School of Health	
<b>Substitute Members of Examination Jury (Titles and Names)</b>		
Doç.Dr. Nurcan ÇALIŞKAN	Gazi University, Faculty of Health Sciences	
Dr. Öğr. Üyesi Fatma YILMAZ KURT	Çanakkale Onsekiz Mart University, School of Health	

The above examination jury decision has been approved by Administrative Board of Health Science Institute, Canakkale Onsekiz Mart University, with decision dated ..... and numbered .....

## BEYAN FORMU

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, Yükseköğretim Kurulu Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi, Madde 8’de belirtilen ve ayrıntılı olarak tanımlanan etiğe aykırı eylemleri (intihal, sahtecilik, çarpıtma, tekrar yayım, dilimleme, haksız yazarlık ve diğer etik ihlali türleri) yapmadığımı onurumla beyan ederim.

Tarih: 18.01.2019

Tez Sahibi Adı ve Soyadı: Hilalnur DEMİR

İmza:



## TEŞEKKÜR SAYFASI

Yüksek lisans tez çalışmamda rehberliği ile bana yol gösteren, çok değerli katkıları ve destekleri için değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi. Selma ATAY' a öncelikle teşekkürlerimi sunuyorum.

Veri toplama aşamasında beni destekleyen nöroloji polikliniği ekibine ve araştırmaya dahil olmayı kabul eden, değerli vakitlerini ayıran inmeli bireylere sabrı ve katkıları için en içtenlikle teşekkür ediyorum.

Hayatım boyunca her zaman yanımda olduklarını hissettiren, destek olan aileme, bana koşulsuz güç ve sevgi kaynağı olan Hasan Küçükakgün'e, çok değerli hocalarıma, mesai arkadaşlarıma, dostlarıma ve sevdiklerime sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Hilalnur DEMİR

Bu çalışma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimince Desteklenmiştir. Proje No: TYL-2018-2513

## İÇİNDEKİLER

İç Kapak.....	I
Tez Onay Formu.....	II
Thesis Approval Form.....	III
Beyan Formu.....	IV
Teşekkür Sayfası.....	V
İçindekiler.....	VI
Simgeler ve Kısaltmalar.....	IX
Tablo Listesi.....	X
Grafik Listesi.....	XI
Özet.....	XII
Abstract.....	XIII
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ.....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>3</b>
2.1. İnme.....	3
2.1.1. İnmenin epidemiyolojisi.....	3
2.1.2. İnmenin etyolojisi.....	4
2.1.3. İnmenin patofizyolojisi.....	6
2.1.4. İnmenin belirti ve bulguları.....	7
2.1.5. İnmenin tanılanması.....	8
2.1.6. İnme risk faktörleri.....	9
2.1.7. İnmenin komplikasyonları.....	15
2.1.8. İnme sonrası rehabilitasyon.....	16
2.1.9. İnmede hemşirelik bakımı.....	16
2.2. Yaşam Kalitesi.....	16



2.2.1. Yaşam kalitesinin tarihçesi .....	16
2.2.2. Yaşam kalitesi ilgili tanımlar.....	17
2.2.3. Yaşam kalitesini azaltan ve artıran faktörler .....	18
2.2.4. Yaşam kalitesini değerlendirme ölçütleri .....	19
2.2.5. Sağlıkta yaşam kalitesinin değerlendirilmesi.....	20
2.2.6. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesi .....	21
2.2.7. Yaşam kalitesi ve hemşirelik.....	21
2.2.8. İnme ve yaşam kalitesi .....	22
2.3. Öz Etkililik .....	24
2.3.1. Öz etkililik ile ilgili tanımlar.....	24
2.3.2. Öz etkililik kaynakları.....	24
2.3.3. Kronik hastalıklarda öz etkililiğin önemi ve etkileyen faktörler .....	26
2.3.4. İnme ve öz etkililik.....	27
2.4. İnmede yaşam kalitesi ve öz etkililik kavramlarının hemşirelik bakımındaki önemi.....	28
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>30</b>
3.1. Araştırmanın türü .....	30
3.2. Araştırmanın yapıldığı yer ve zamanı .....	30
3.3. Araştırmanın evreni ve örneklem seçimi .....	30
3.4. Veri toplama .....	31
3.4.1. Sosyo-demografik özelliklere ilişkin bilgi formu .....	31
3.4.2. İnmeye özgü yaşam kalitesi ölçeği .....	31
3.4.3. Kronik hastalıklarda öz etkililik ölçeği .....	33
3.5. Etik .....	33
3.6. Araştırmanın sınırlılıkları.....	34
3.7. Verilerin değerlendirilmesi.....	34

<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>35</b>
4.1. Bireylerin tanıttıcı özellikleri ve inmeye ilişkin bulgular .....	35
4.2. Bireylerin inmeye yönelik risk faktörlerine ilişkin bulgular .....	39
4.3. Bireylerde yaşam kalitesi düzeylerine ilişkin bulgular .....	41
4.4. Bireylerde öz etkililik düzeylerine ilişkin bulgular.....	43
4.5. Bireylerde öz etkililik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	45
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>47</b>
5.1. Bireylerin tanıttıcı özellikleri ve inmeye ilişkin bulguların tartışması.....	47
5.2. İnmeye yönelik risk faktörlerine ilişkin bulguların tartışılması.....	49
5.3. Bireylerde yaşam kalitesi düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması .....	52
5.4. Bireylerde öz etkililik düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması.....	53
5.5. Bireylerde öz etkililik ve yaşam kalitesi arasında ilişkiye yönelik bulguların tartışılması .....	54
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>58</b>
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>61</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>71</b>

## **SİMGELER VE KISALTMALAR**

**AF:** Atrial Fibrasyon

**BKİ:** Beden Kitle İndeksi

**CPSS:** Cincinnati Hastane Öncesi İnme Skalası

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**GYA:** Günlük Yaşam Aktiviteleri

**HbA1c:** Hemogloblin A1c

**İKK:** İntra Kranial Kanama

**İÖYKÖ:** İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği

**KHÖEÖ:** Kronik Hastalıklarda Öz Etkililik Ölçeği

**MI:** Miyokard İnfarktüsü

**NIH İnme Skalası:** National Institutes of Health İnme Skalası

**NIHSS:** National Institutes of Health Stroke Scale

**SAK:** Subaraknoid Kanama

**SKA:** Serebral Kan Akımı

**SVH:** Serebro Vasküler Hastalık

**SVO:** Serebro Vasküler Olay

**SYK:** Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

**TOAST:** Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment

**TÜİK:** Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı

**WHO:** World Health Organization

## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Araştırmaya dahil edilen inmeli bireylerin tanıtıcı özellikleri.....	36
<b>Tablo 2.</b> İnmeye yönelik tanımlayıcı özellikler.....	37
<b>Tablo 3.</b> İnme sonrası görülen yetersizlikler.....	38
<b>Tablo 4.</b> İnmeli bireylerde görülen kronik hastalıkların süreleri.....	39
<b>Tablo 5.</b> İnmeli bireylerin sigara ve alkol kullanma durumu.....	40
<b>Tablo 6.</b> İnmeye özgü yaşam kalitesi toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı.....	41
<b>Tablo 7.</b> İnmeye özgü yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamasının inme süresi ile karşılaştırılması.....	42
<b>Tablo 8.</b> İnmeye özgü yaşam kalitesi toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının cinsiyete göre karşılaştırılması.....	42
<b>Tablo 9.</b> Kronik hastalıklarda öz etkililik toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı.....	43
<b>Tablo 10.</b> Kronik hastalıklarda öz etkililik toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının cinsiyete göre karşılaştırılması.....	44
<b>Tablo 11.</b> İnmeye özgü yaşam kalitesi ölçeği (İÖYKÖ) ile kronik hastalıklarda öz etkililik ölçeği (KHÖEÖ) puan ortalamaları arasındaki ilişki.....	45
<b>Tablo 12.</b> İnmeye özgü yaşam kalitesi (İÖYKÖ) ve kronik hastalıklarda öz etkililik (KHÖEÖ) ölçek puan ortalamalarının bağımlılık düzeyine göre karşılaştırılması.....	45
<b>Tablo 13.</b> İnmeye özgü yaşam kalitesi (İÖYKÖ) ve kronik hastalıklarda öz etkililik (KHÖEÖ) ölçek puan ortalamalarının tanıtıcı özelliklerle karşılaştırması .....	46

## GRAFİK LİSTESİ

<b>Grafik 1.</b> İnmeli bireylerde görülen kronik hastalık sıklıkları.....	39
<b>Grafik 2.</b> İnmeli bireylerdeki obezite sınıflaması.....	40



## ÖZET

İnme yaşamının tüm alanlarını etkileyen, yüksek mortalite ve morbidite riski taşıması sebebiyle önemli bir sağlık problemidir. İnme, bireylerin nörolojik ve fiziksel işlevlerini etkilemenin yanında, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığa ve yaşam kalitesinin etkilenmesine sebep olmaktadır. İnmeli kişilerde yaşam kalitesini; ileri yaşın, kadın cinsiyetin, sosyal ve fiziksel çevrenin, emosyonel, kognitiv ve mental durumun, engellilik düzeyinin vb. etkilediği belirtilmektedir. Yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğu bilinen bir diğer önemli kavram, öz etkililiktir. Öz etkililik ve yaşam kalitesi düzeyleri birbirlerini olumlu ve olumsuz anlamda etkilemektedir. Bu nedenle inmeli bireylerde hastalık yönetiminde birlikte ele alınmasının önemi vurgulanmaktadır. Bu anlamda çalışma inmeli bireylerde öz etkililik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan kesitsel nitelikte araştırmadır. Araştırmanın evreni, bir devlet hastanesi polikliniklerinde hizmet alan inme tanısı olan bireyler örnekleme ise, 170 birey oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak: “Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bilgi Formu”, “İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği” ve “Kronik Hastalıklarda Öz Etkililik Ölçeği” kullanılmıştır. Bireylerin %60,6’ının erkek, %69,9’ünün bir kez atak geçirdiği, %48,8’inin kısmi bağımlı olduğu ve en sık yürüme güçlüğü (%75,9), yorgunluk (%69,4) şikayetlerinin olduğu bulunmuştur. Bireylerin inmeye özgü yaşam kalitesi ölçeği ile kronik hastalıklarda öz etkililik ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif yönlü çok güçlü ilişki olduğu saptanmıştır ( $r=0,782$ ,  $p<0,001$ ). Ayrıca tam bağımlı olanların iki ölçek puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Erkeklerin kadınlara, evli olanların olmayanlara göre yaşam kalitesi ve öz etkililik düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksektir. İnmeli bireylerde hastalık yönetiminde bu iki kavramın birlikte değerlendirilmesi önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik, İnme, Yaşam Kalitesi, Öz etkililik

## ABSTRACT

### **Determination of Self-Efficacy And Quality Of Life In Stroke Patients**

As stroke carries a high risk of mortality and morbidity it is an important health problem which affects all areas of life. Stroke causes to be dependent and affects quality of life in daily life activities besides of affecting the neurological and physical functions of individuals. It is stated that quality of life of people with stroke is affected by the advanced age, female gender, social and physical environment, emotional, cognitive and mental status, level of disability etc. Self-efficacy is another important concept known to have an effect on quality of life. Self-efficacy and quality of life levels are affecting each other positively and negatively. Therefore, the importance to contextualize both is emphasized in disease management in individuals with stroke. In this sense, the study is a cross-sectional study which determines the relationship between self-efficacy and quality of life in individuals with stroke. The population of the study is patients diagnosed with stroke in an outpatient clinic of a public hospital. The sample size was 170. The “Information Form for Socio-Demographic Characteristics”, “Stroke Specific Quality of Life Scale” and “Self-Efficacy Scale on the people with Chronic Diseases” were used as data collection tools. It is found that 60.6% of the individuals were men in whom 54.7% had one attack, 48.8% were medium level dependenced and the most common complaints were about gait disturbance (75.9%) and fatigue (69.4%). It is determined that there is a highly positive correlation on the means scores of the Stroke Specific Quality of Life Scale and Self-Efficacy Scale on the people with Chronic Diseases ( $r=0,782$ ,  $p<0,001$ ). Furthermore, it is found that the complete dependenced have low means scores in both scales. Both scale scores of males and married are significantly higher than females and non-married ones. It is suggested that these two concepts should be evaluated together in disease management in individuals with stroke.

**Key Words:** Nursing, Stroke, Quality of Life, Self-Efficacy

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnme, yaşamın tüm alanlarını etkilemesi, yüksek mortalite ve morbidite riski taşıması ve tedavisinin ciddi ekonomik yük oluşturması sebebiyle önemli bir sağlık problemidir (WHO 2017). İnme sonrasında özellikle yetişkin ve yaşlı bireylerde ciddi fonksiyonel problemler ortaya çıkmaktadır (Kamwesiga ve ark., 2016). İnme sonrası hayatta kalan bireyler psikolojik, sosyal ve fonksiyonel kayıpları ile orta düzeyde baş edebilmektedir ve uzun dönemde formal ve informal desteğe ihtiyacı olduğu için kurumlarda mali yüke sebep olmaktadır. Bu durumun bireylerin nörolojik ve fiziksel işlevlerini etkilemesinin yanında, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığa ve yaşam kalitesinin etkilenmesine sebep olduğu belirtilmektedir (Öztürk ve ark., 2018). İnme sonrası hayatta kalma ve fonksiyon kayıplarının değerlendirilmesinin yanı sıra fiziksel ve mental fonksiyonlardan etkilenen yaşam kalitesinin değerlendirilmeside önemlidir (Jo'nsson ve ark., 2005).

İnmeli kişilerde yaşam kalitesini; ileri yaşın, kadın cinsiyetin, sosyo ekonomik durumun, sosyal ve fiziksel çevrenin, emosyonel, kognitiv ve mental durumun, engellilik düzeyinin, motor iyileşmenin, inme şiddetinin, demans ve depresyon varlığının etkilediği belirtilmektedir (Kuzu 2015, Kamwesiga ve ark. 2016, Kürücü 2017, McIntosh 2017, Öztürk ve ark., 2018).

Yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğu bilinen diğer bir önemli kavram, öz etkililiktir. Öz etkililik: "Kişinin yaşamında karşısına çıkan olaylarda etkili olabilmesi için, ihtiyacı olan eylemleri başlatabileceğine ve sonuç alabileceğine olan inancı olarak tanımlanmaktadır" (Bandura 1977, Gözüm ve Aksayan, 1999).

Kronik hastalığı olan kişilerde başarılı bir öz etkililik ile yaşam kalitesinin arttığı vurgulanmaktadır (Coffman ve ark. 2009, Korpershoek ve ark. 2011, Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz 2014, Taylor ve ark., 2014). Ayrıca öz etkililik düzeyi yüksek olan kişilerin, hastalık yönetiminde öz etkililik düzeyi düşük olanlara göre daha uyumlu olduğu belirtilmektedir (Korpershoek ve ark., 2011).

İnme sonrasında yüksek öz etkililiğin, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme düzeyinin artışında, sakatlıkların azalmasında, yaşam kalitesinin yükselmesinde ve depresif semptomların azalmasında etkisinin olduğu bilinmektedir (Jones ve Riazi 2011, Korpershoek ve ark. 2011, Taylor ve ark., 2014).



Öz etkililik ve yaşam kalitesi düzeyleri birbirlerini olumlu ve olumsuz anlamda etkilemektedir. Bu nedenle inmeli bireylerin hastalık yönetiminde birlikte ele alınmaları önemle vurgulanmaktadır (Topçu ve Oğuz, 2017). Bu değerlendirmeler bireylerin; tedavi ve bakım ihtiyaçlarının belirlenmesinde, rehabilitasyon hedeflerinin doğru şekilde yönlendirilmesinde ve günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesinde önemli katkılar sağlamaktadır (Öztürk ve ark., 2018).

Taylor ve ark. (2014) yapmış olduğu meta-analiz çalışmasında, inme sonrası hayatta kalan bireylerin öz etkililik durumları ile ilgili araştırmaların yetersiz olduğunu belirtmektedir. Ülkemizde inmeli bireylerde yaşam kalitesini etkileyen faktörlere (Kuzu 2015, Kürücü 2017, Öztürk ve ark., 2018) ve diğer kronik hastalıklarda, öz etkililik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye yönelik yapılmış çalışmalar bulunurken (Korkmaz 2016, Ağdemir 2017, Eroğlu 2017, Tülüce ve Kutlutürkan, 2018) inmeli bireylerde öz etkililik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen tek çalışmaya rastlanmıştır (Topçu ve Oğuz, 2018). Bu çalışmada inmeli bireylerde öz etkililik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki belirlenerek bundan sonraki süreçte bireylere rehabilitasyon hizmetlerinin planlanmasında yol göstereceği düşünülmektedir.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. İnme**

Beyin damarlarındaki farklı patolojilerden kaynaklanan; daralma, tıkanma ya da kanaması sonucunda meydana gelen, geçici veya kalıcı olabilen, akut nörolojik olaya inme denir (Enç 2014). Dünya Sağlık Örgütü'nün açıklamasına göre, “inme, vasküler bir durum dışında, farklı bir etki ile açıklanamayan, hızlıca yerleşip beyinde fokal veya yaygın (global) fonksiyon kaybına sebep olan, 24 saat veya üzerinde sürebildiği gibi mortalite ile de sonlanabilen klinik tablodur” (WHO 2006). Kaynaklara bakıldığında inme; beyin damar hastalığı, serebrovasküler hastalık, serebrovasküler olay, SVH, SVO, stroke, CVA terimleri ile karşımıza çıkmaktadır (Kuzu 2015, Kürücü 2017, Öztürk ve ark., 2018).

#### **2.1.1. İnmenin epidemiyolojisi**

İnme, ciddi mortalite ve morbidite riski barındırması ve tedavisinin ekonomik yük oluşturması sebebiyle önemli bir kronik hastalıktır. WHO (World Health Organization)' nun istatistiklerine bakıldığında, dolaşım sistemi hastalıklarından sonra gelen dünyadaki ikinci önemli global ölüm nedenidir (WHO 2017, Benjamin ve ark., 2018). Her yıl 6,2 milyon bireyin ölümüne sebep olan inmenin, 2015 yılında dünyadaki toplam mortalitenin yaklaşık %11' ini oluşturduğu belirtilmektedir (WHO 2017, Benjamin ve ark., 2018).

Amerika' da mortalite nedenleri incelendiğinde, ilk sırada (%43,8) koroner kalp hastalığı, ikinci sırada ise (%16,8) inme geldiği söylenmektedir (Benjamin ve ark., 2018). Amerika' da her 40 saniyede bir bireyin inme geçirdiği ve her 19 ölümden 1' inin inme nedeniyle olduğu belirtilmektedir (Benjamin ve ark., 2017). Ülkemizde ise, TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı) 2017 istatistikleri incelendiğinde, ölüm oranları arasında ilk sırada dolaşım sistemi hastalıkları (%39,7) yer almaktadır. Bunların %22,9' undan serebrovasküler hastalıklar sorumludur (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27620>, Erişim tarihi: 24 Ekim 2018).

İnme özellikle, yaşlı bireylerde görülen bir hastalıktır. 55 yaşından sonra görülme sıklığı her on yılda iki katına çıkmaktadır. Yaş ilerledikçe inmeden kaynaklı ölüm oranlarının arttığı belirtilmektedir (Feigin ve ark. 2015, Johnson ve ark., 2016). 2016

yılında dünya popülasyonun %8,7' sini yaşlı nüfus oluşturmuştur. Türkiye' de yaşlı sayısı ise 2012' de beş milyon altı yüz seksen iki bin üç iken, son beş yılda %17,1 oranında artarak, 2017' de altı milyon sekiz yüz doksan beş bin üç yüz doksan beş kişiye ulaşmıştır. Yaşlı nüfusun toplam popülasyondaki oranı ise 2012' de %7,5 iken, 2017' de %8,5 olmuştur. (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27620>, Erişim tarihi: 24 Ekim 2018). 2018 TÜİK raporuna göre, doğuştan beklenen yaşam süresi, genel nüfusta 78, erkekte 75,3 ve kadında 80,8 yıldır. (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27620>, Erişim tarihi: 24 Ekim 2018). Bu verilere göre inmenin, ülkemiz için gelecekte de önemli bir sağlık sorunu olacağını söyleyebiliriz.

İnme, ciddi sakatlıkların önemli bir sebebidir ve kişilerin hayatını uzun süreli olarak etkilemektedir (Benjamin ve ark., 2018). Hem ülkemizde hem de dünyada inmeye bağlı sakatlıklar nedeniyle kaybedilen yaşam yılı bakımından inme, tüm hastalıklar arasında üçüncü sırayı almaktadır (Ulusal hastalık yükü çalışması 2017). 2013 yılında, dünyada yaklaşık 25,7 milyon kişinin inme geçirdiği, 6,5 milyon kişinin yaşamını kaybettiği ve 113 milyon kişinin inme nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede problem yaşadığı belirtilmiştir (Feing ve ark., 2015).

### **2.1.2. İnmenin Etiyolojisi**

İnme, genel olarak nörolojik bir defisit olarak ifade edilir. Enfarktüs, intraserebral hemoraji ve subaraknoid hemoraji kaynaklı merkezi sinirlerin akut fokal bir hasarıdır (Sacco ve ark., 2013).

Enfarktüsün vasküleri bloke etmesi ile serebral alanda kan akışı engellenmektedir. Bu inme tipine, iskemik inme denilmektedir. Yapılan bir çalışmada serebro vasküler hastalıkların %87' sinin iskemi kaynaklı olduğu belirtilmiştir (Benjamin ve ark., 2018). Başka bir çalışmada ise, inme etiyojisini %76,7' sinin serebral infarktüs, %15,9' unu ise hemorajik kanama ve geçici iskemik atak oluşturmuştur (Ihle-Hansen ve ark., 2012). Dünya genelinde gelişmiş ülkelerdeki ortalama inme oranlarına bakıldığında %75-80' ni iskemik, %10-15' i hemorajik ve %5-10' u subaraknoid kanama (SAK) nedeni ile olduğu söylenmektedir (WHO 2006).

*İnme türleri genel olarak ikiye ayrılmaktadır;*

*1-İskemik İnme:* Enfarktüs kökenli olarak meydana gelen, fokal serebral, retinal ve spinal infarkt kaynaklı oluşan ve nörolojik işlev bozukluğuna yol açan inme türüdür. Geçici iskemik atak ise, bulguların geçici olduğu (< 24 saat), iskeminin patoloji veya görüntülemeye bir kanıtının bulunmadığı biçimdir (Sacco ve ark., 2013). İskemik inme etyolojisi, serebral alanda kan akışında bozulmaya sebep olan trombotik veya embolik durum nedenlidir. Trombotik vakalarda, vaskülerdeki fonksiyon bozukluğu genellikle; aterosklerotik hastalık, arteriyel diseksiyon ve fibromusküler displazi ile ilişkilidir. Embolik durumda ise, vücudun herhangi bir bölgesinden gelen pıhtı, tıkanan damarda kan akışını bozmaktadır. Etiyolojinin bilinmesi prognozu ve dolayısı ile hasta yaşam kalitesini etkileyen önemli bir ögedir (Adams ve ark. 1993, Hui ve Patti, 2018).

İskemik inme etiyolojisini tanılamak için günümüzde en çok uygulanan yöntem, TOAST (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment) sınıflamasıdır (Chen ve ark., 2012). Ayrıca nedensel sınıflandırma sistemi (CCS), Çin iskemik inme alt sınıflandırma (CISS) sistemi, fenotipik sınıflandırma sistemi (ASCO), gibi metotlar da kullanılabilmektedir (Chen ve ark., 2012).

---

#### **TOAST sınıflaması 5 kategoriye sahiptir:**

1. Büyük arter ateroskleroza
2. Kardiyoembolizm
3. Küçük arter oklüzyonu
4. Bilinen bir başka sebepten kaynaklanan inme
5. Sebebi bilinmeyen inme

---

(Adams ve ark. 1993, Kısabay ve Selçuki 2017, Hui ve Patti, 2018).

Serebral infarkt vakalarının %31,4' ü kardiyak emboli, %11,4' ü büyük arter ve %31,4' ü küçük arter hastalığı kökenlidir. Bireylerin %25,7' sinde ise kesin bir etiyoloji tanımlanamamıştır (Ihle-Hansen ve ark. 2012, Chung ve ark., 2014).

*2- Hemorajik İnme:* Damarsal bir nedenden kaynaklanan, merkezi sinir sisteminde zarara sebep olan intrakraniyal kanamalar hemorajik inme olarak isimlendirilir (Sacco ve ark., 2013). Hemorajik inme, iskemik inme ve geçici iskemik atağa göre daha az görülmektedir. Fakat ciddi ölüm oranlarına sahip bir olaydır. İntrakranial kanama (İKK)' nin bir ay içindeki mortalite oranının, ortalama %30-50 arası değiştii

belirtilmektedir (Manno 2012). İKK, inme vakalarının %10-15' ini oluşturmaktadır. Doğuşta beklenen yaşam sürelerinin artması ile bu yüzdelerin de artması öngörülmektedir (Manno 2012). Hemorajik inmeye sebep olan olaylar; intraserebral kanamalar, subaraknoid kanamalar ve intraventriküler kanamalardır (Sacco ve ark., 2013). Hemorajinin en yaygın etyolojisi hipertansiyondur. İkincisi serebral amiloid anjiyopatidir. Ayrıca antikoagülan tedavisi de hemorajik inmeye sebep olabilmektedir (Manno 2012). Kronik hipertansiyonun, vaskülerde oluşturduğu dejeneratif farklılıklar damarın yırtılmasına ve hemorajiye sebebiyet verir. Serebral dokudaki kanama kitle etkisi oluşturarak kafa içi basıncı artırır ve beyinde deformiteye zemin hazırlar (Durna 2012). Kanamanın olduğu alana göre hemorajik inme alt grupları; epidural, subdural, subaraknoid, intraserebral olarak isimlendirilmektedir. Epidural ve subdural kanamalar altta yatan patofizyolojisi ve klinik semptomların farklılığı sebebiyle inme etyolojisi olarak kabul edilmemektedir. SAK, genellikle hemorajik inme alt grubu olarak sınıflandırılır. Fakat ayrı olarak da değerlendirilebilmektedir. Subaraknoid kanamalarda, kanama subaraknoid boşluk ve ventrikül içine lokalizedir. En yaygın sebebi anevrizma yırtığıdır. İntraserebral kanama ise derin gri madde, truncus serebri ve serebelluma lokalize olan inme türüdür (Durna 2012).

### **2.1.3. İnmenin patofizyolojisi**

Beyin metabolik ihtiyacı fazla olan bir organdır. Vücut kitlesinin %3' ünden azını oluşturmaya rağmen bazal durumda dahi, ortalama kardiyak debinin %15' ini, vücuttaki oksijenin %20' sini, glukozun da %25' ini harcamaktadır. Diğer organlardan ayrı olarak oksijen ve glikozu bünyesinde saklayamadığı için, bu maddelerin erişimindeki birkaç dakikalık aksaklık dahi, fonksiyonların geri dönüşümsüz olarak hasar almasına sebep olmaktadır (Durna 2012, Kısabay ve Selçuki, 2017). Normal şartlarda, beyne gelen kan akımı (serebral kan akımı) yaklaşık olarak 50-60 ml/100 gr/dk' dir. Yani beyin işlevini devam ettirebilmesi için her 100 gramlık beyin dokusunun dakikada 50-60 ml kana gereksinimi vardır. Serebral kan akımı (SKA) 20-25 ml/100 g/dak değerine inene kadar iskemi belirtileri ortaya çıkmaz. Kan akımı 20 ml/100 g/dk' nin altına indiğinde laktik asit toplanması ile ilişkili asidoz oluşur. 15 ml/100 g/dk' nin altına indiğinde etkilenen beyin bölgesi elektriksel faaliyet kesilir. SKA 10 ml/100 g/dk' nin altına düştüğünde ise enerji yoksunluğu oluşur. Hücre membran yetmezliği sınırını aşmış durumdadır ve geri dönüşümsüz hücre harabiyeti

ortaya çıkmaya başlar. Bu sürecin prognozunda iskeminin şiddeti ve süresi oldukça önemlidir. İskemik merkezindeki ölü hücrelerin çevresinde, elektriksel anlamda sessiz fakat yaşamsallığını sürdüren bir bölge vardır. Bu bölge penumbra olarak isimlendirilir. Tekrardan kan akışı düzeltilmez ise bu nöronlar da yaşamını kaybeder. İskemi ile birlikte serebral ödem de yaygın olan bir durumdur (Kırsabay ve Selçuki, 2017). Serebral ödeme bağlı olarak kafa içi basıncında artış olur. İyileşme periyodu haftalarca devam eder ve sonucunda doku rezorbe skar dokusu ile kaplı nekrotik kavite şeklini alır. Bu beyin alanının yönettiği bedensel fonksiyonlarda bozulmalar ortaya çıkar (Durna 2012).

#### 2.1.4. İnmenin belirti ve bulguları

Kan akışı bozulan damar ve bu damar aracılığıyla dolaşımının sağlandığı beyin alanında, çeşitli nörolojik problemler ortaya çıkmaktadır. İnmede karşılaşılan bulgular fokal ve fokal olmayan olarak sınıflanmaktadır. (<http://www.itfnoroloji.org/svh/bdhtanimlar.htm>, Erişim tarihi: 24 Ekim 2018)

Fokal Nörolojik Semptomlar
<u>Motor Semptomlar:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Hemiparezi, monoparazi, paraparezi, kuadriparazi</li><li>✓ Disfaji</li><li>✓ Ataksi</li></ul>
<u>Konuşma/ Lisan Bozuklukları:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Disfazi</li><li>✓ Disleksi</li><li>✓ Disgrafi</li><li>✓ Dizatri</li></ul>
<u>Duyusal Semptomlar:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Hemisensoriyel Bozukluk</li></ul>
<u>Vizüel Semptomlar:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Geçici Körlükler veya “Amaurosis Fugax”</li><li>✓ Hemianopsi</li><li>✓ Kuadrantanopsi</li><li>✓ Diplopi</li></ul>
<u>Vestibüler Semptomlar:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Vertigo</li></ul>
<u>Davranışsal ve Bilişsel Semptomlar:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Giyinme, saç tarama, diş fırçalama vb. aktivitelerde zorlanma, kişi, yer, zaman oryantasyonunda bozulma,</li><li>✓ Amnezi</li></ul>

### Fokal Olmayan Nörolojik Semptomlar

- ✓ Jeneralize zaafiyet veya duyuşsal bozukluk
- ✓ Baygınlık hissi
- ✓ Bilinç kaybı veya değişmesi ile birlikte göz kararması
- ✓ İdrar veya gaita inkontinansı
- ✓ Konfüzyon

İnme belirti bulgularına benzeyen klinik olayların, karıştırılmaması adına tanılamada iyi ayırt edilmesi gerekmektedir. Örneğin; hipoglisemi, wernicke ve hipertansif ensefalopati, delirium, epileptik nöbet vb. ( <http://www.itfnoroloji.org/svh/bdhtanimlar.htm>, Erişim tarihi: 24 Ekim 2018).

Yapılan bir çalışmada inme tanısı alan kişilerin acil servise başvuru nedenleri değerlendirilmiştir. En sık rastlanan şikâyetlerin sırası ile %63,3 tek taraflı kas güçsüzlüğü, %24,5 konuşma güçlüğü ve %23,1 oranlarında bilinç değişikliklerinin olduğu belirtilmiştir. Hastaların fiziksel muayene sonuçlarına bakıldığında; %58,1' inde hemipleji veya hemiparezi, %24,5' inde afazi ya da dizartri, %23,1' inde bilinç kaybı bulguları vardır (Altun ve ark., 2018).

#### 2.1.5. İnmenin tanılanması

İnme, hızlı bir şekilde müdahale edilmesi gereken akut bir hastalıktır (Durna 2012, Uzuner ve ark., 2015). Semptomların ortaya çıkışından itibaren bireyin kısa bir süre sonra sağlık kuruluşuna transferi sağlanabilirse, 3 saat içinde fibrinolitik tedavi oranı 7 katına (%4,3' den %28,6' ya) kadar çıktığı belirtilmektedir (Jauch ve ark., 2013). Dolayısı ile tedavi görme şansı artan bireyin, yapılan müdahaleler sonucunda mortalite oranı ve fonksiyon kaybı şiddeti azalmaktadır.

Tanılama yapılırken; anamnez alma, sistem değerlendirme, nörolojik muayene ve çeşitli skalalar uygulanabilir. Görüntüleme işlemleri olarak; BT, MRG Anjiyografi, Perfüzyon BT, Beyin MRG, Doppler USG, konvansiyonel anjiyografi kullanılabilir (Uzuner ve ark., 2015).

İnme şüphesi olan acil birim hastaları, nörolojik sekellerinin durumuna bakılmadan, miyokard infarktüsü (MI) veya ciddi travma vakalarıyla eş değer olarak incelenmelidir (Uzuner ve ark., 2015). Hızlı bir triaj için; Face-Arm-Speech Test-FAST (yüz-kol-konuşma testi), Recognition of Stroke in the Emergency Room-ROSIER(acilde inme tanısı), Cincinnati Prehospital Stroke Scale- CPSS(Cincinnati

hastane öncesi inme skalası), Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Skalası' nın (NIHSS) veya Kanada Nöroloji Skalası (Canadian Neurological Scale) uygulanabilir. Bu testler standardize edilmiş bir inceleme yaparak nörolojik defisitini boyutunu tespit etmede, iskemik vaskül bölgesinin tahmininde, uygulanabilecek alternatifli girişimlerin ve komplikasyonun durumunu belirlemede destekçidir. Örneğin; NIH İnme Skalası (NIHSS); bilinç düzeyi değişikliklerini, görsel problemlerini, yüzde ve motor (kol/bacak) zaafiyetini, ekstremite ataksisini, duyu problemlerini, dizartriye, ihmal semptomlarının varlığını puanlandırma yaparak değerlendirmektedir (Durna 2012, Uzuner ve ark., 2015).

### 2.1.6. İnme risk faktörleri

İNME risk faktörleri; değiştirilebilen ve değiştirilemeyen faktörler olarak sınıflanmaktadır. Değiştirilebilen risk faktörleri de kendi içerisinde, kesinleşmiş ve olası risk faktörleri olarak ayrılmaktadır (Durna 2012, Topcuoğlu ve ark. 2014, Ovayolu ve Ovayolu, 2017).

<b>Değiştirilemeyen Risk Faktörleri</b>	
✓ Yaş	İrk
✓ Cinsiyet	Aile Öyküsü
<b>Değiştirilebilen Risk Faktörleri</b>	
<i>Kesinleşmiş Risk Faktörleri</i>	
✓ Hipertansiyon	
✓ Diyabet	
✓ Dislipidemi	
✓ Sigara Kullanımı	
✓ Atrial Fibrasyon (AF)	
✓ Asemptomatik Karotis Darlıkları	
✓ Orak Hücreli Anemi	
<i>Olası Risk Faktörleri</i>	
✓ Alkol Tüketimi ve Madde Kullanımı	
✓ Fiziksel Aktivite:	
✓ Beslenme Alışkanlıkları	
✓ Obezite	
✓ Migren	
✓ Hormon Kullanımı	



## **Değiştirilemeyen Risk Faktörleri**

*Yaş:* İnme insidansında yaş ile birlikte artış olmaktadır. 8 Avrupa ülkesinde yapılan bir analizde inme görülme oranında, yaştaki artış ile birlikte erkeklerde yılda %9 / y, kadınlarda %10 / y oranında yükselme olduğu görülmüştür (Meschia ve ark., 2014). Bunun yanında genç yaşlarda görülen inme oranlarında da bir artış olmaktadır. İnme yaşı ortalamaları 1993/1994' te 71,2 iken 2005 yılında 69,2' ye düşmüştür. 55 yaşın altındaki tüm inmelerin oranı, 1993/1994' te %12,9 iken, 2005' te %18,6' ya çıkmıştır. Bu değişimler, halk sağlığı açısından ciddi bir durumdur çünkü genç bireylerde görülen inme, yaşam boyu engellilik süresi bakımından daha fazla yük oluşturduğu belirtilmektedir (Kissela ve ark., 2005).

*Cinsiyet:* İnmenin genel olarak erkeklerde, kadınlara oranla daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Meschia ve ark., 2014).

*İrk:* Siyahilerin, İspanyol ve Latin beyazlara göre tüm inme tipleri içinde daha yüksek bir insidans ve mortalite oranına sahip olduğu belirtilmektedir (Meschia ve ark., 2014).

*Aile öyküsü/ genetik:* Yapılan meta analiz çalışmalarında, 65 yaşından önce tanı almış pozitif aile öyküsü olan kişilerde, inme riskini yaklaşık %30 oranında arttırdığı bildirilmektedir (Seshadri ve ark. 2010, Meschia ve ark., 2014).

*Düşük doğum ağırlığı:* Farklı popülasyonlarda yapılan bazı çalışmalarda düşük doğum ağırlığına sahip olan bireyin, ileriki yaşamında inme riski taşıdığı belirtilmektedir (Barker ve Lackland 2003). Bu bebeklerin doğum ağırlıkları 2500 g 4000 g ağırlığında olanlara göre inme riskleri iki kattan fazla olduğu bildirilmektedir (Meschia ve ark., 2014).

## **Değiştirilebilir risk faktörleri ikiye ayrılmaktadır;**

### **1. Kesinleşmiş olan risk faktörleri**

*Hipertansiyon:* Kan basıncı ile inme riski arasında paralel bir bağlantı söz konusudur. Değer yükseldikçe, hipertansif aralıkta olmasa dahi, inme riski artmaktadır (Lewington ve ark., 2002). İnmenin önlenmesinde en etkin yöntem hipertansiyon tedavisidir (Mancia ve ark., 2013). Artan yaşla birlikte risk, hemorajik ve iskemik inme için erkek ve kadınlarda benzerdir (Lewington ve ark., 2002). 60- 74 yaş aralığındaki kişilerde yapılan bir kohort araştırmasında (1960 - 1991) sistolik kan basıncının tedavi ve denetim ile yaklaşık 16 mmHg düşmesi sonrasında, hipertansiyon ile ilişkili

morbidite ve mortalite oranlarında düşüş yaşandığı ve mortalite oranının %60 azaldığı bildirilmektedir (Chobanian ve ark., 2003). Popülasyonda sistolik kan basıncını 5 mmHg düşürülmesi ile inme kaynaklı mortalite oranında %14' lük genel bir azalma olacağı öngörülmektedir (Chobanian ve ark., 2003). 26 araştırmanın değerlendirildiği bir çalışmada, sistolik kan basıncının 140 mmHg üzeri olması subaraknoid kanama riskini %19 oranında artırmıştır (Feigin ve ark., 2005).

Hipertansiyon tedavisinin temeldeki hedefi, planlanan kan basıncına erişmek ve bu değerleri koruyabilmektir (Meschia ve ark., 2014). Kişinin öz denetimine sunulan düzenli kan basıncı ölçümü, tedavisinin yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları hedefler arasındadır. Bireylerde kan basıncı hedefi; 60 yaş üzeri kişilerde 150/90 mmHg, 60 yaş altı kişilerde 140/90 mmHg altında olmasıdır (Uzuner ve ark., 2015). Eğer kişinin beraberinde komorbidite hastalıkları da var ise (diyabet, kronik böbrek yetmezliği vb.) kan basıncının 140/90 mmHg değerleri altında olması önerilmektedir (Uzuner ve ark., 2015).

*Diyabet:* Diyabetik vakalarda ateroskleroza bir yatkınlık vardır ve özellikle proaterojenik risk etkenleri (hipertansiyon ve hiperlipidemi vb.) genellikle artmıştır (Meschia ve ark., 2014). Bu faktörler inme riskine zemin hazırlamaktadır. Diyabetin süresi ile iskemik inme arasında ilişki olduğu bildirilmektedir (Banerjee ve ark., 2012). Diyabeti olmayan kişilere göre kıyaslandığında risk, 5 yıl ve altında 1,72 kat iken, 10 yıl ve üzeri diyabeti olan kişilerde 3,23 kat daha fazladır (Banerjee ve ark., 2012). Ayrıca genç bireylerde artmakta olan diyabet ve obezite oranlarının, genç yaştaki inme vakalarının artmasına sebep olduğu bildirilmektedir (Kissela ve ark., 2005). Amerikan Diyabet Birliği, hemoglobin A1c (HbA1c) düzeyinin %7, kan glikozunun <130 mmHg altında olmasını önermektedir. Bu öneriler ile inme mortalitesinde %10' luk bir düşüş olacağı öngörülmektedir (American Diabetes Association, 2014).

*Dislipidemi:* Kolesterol düzeyleri ile inme tipleri arasında farklı şekilde bir ilişkiden söz edilmektedir. Yüksek kolesterol değerleri ile iskemik inme riski arasında paralel bir ilişkinin olduğu, fakat düşük değerlerin de hemorajik kanama riskini artırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Kernan ve ark. 2014, Meschia ve ark. 2014, Uzuner ve ark., 2015). Yapılan bir kohort çalışmasında yüksek kolesterol düzeyi ile iskemik inme riski %20 artarken, hemorajik inme riskinin azaldığı bulunmuştur (Zhang ve ark., 2003).

7 milyon kişi ile yapılan 7 yıllık bir kohort çalışmasında, kan basıncı, kan glikozu, total kolesterol değerleri, beden kitle indeksi (BKİ) gibi parametrelerin inme mortalitesi üzerindeki etkisi araştırılmıştır (Kim ve ark., 2018). Bu çalışmada kan glukozunun %13, kan basıncının %14, total kolesterolün %6, beden kitle indeksinin (25 ve üzeri) %14 oranında inme riskini artırdığı bulunmuştur (Kim ve ark., 2018).

*Sigara:* Sigara kullanımı, damar yapısında yapmış olduğu değişikler nedeniyle inme için bir risk faktörüdür. İskemik inme riskini yaklaşık 2 kat artırdığı bildirilmektedir (Meschia ve ark., 2014). Sigara tüketimi subaraknoid kanama riskini de %29 oranında artırmaktadır (Feigin ve ark., 2005). Amerika Birleşik Devletleri'nde sigara tüketiminin tüm inme tipleri içerisinde %12-14' lük bir risk artışına sebep olduğu bildirilmektedir (Meschia ve ark., 2014). Özellikle 35 yaş üzeri kadınlarda, sigara tüketiminin yanarında oral kontraseptiflerin kullanımıyla risk daha da artmaktadır (WHO 1996, Uzuner ve ark., 2015). Sigara içen kadınlarda, hiç içmeyenlere göre iskemik inme oranı 1,3 katından daha fazladır (Meschia ve ark., 2014).

*Atriyal fibrilasyon (AF):* Atriyal fibrilasyon varlığı, bireyin başka bir kardiyak kökenli hastalığı olmasa dahi iskemik inme riskini yaklaşık 4-5 kat artırmaktadır (Kannel ve Benjamin, 2008). Bunun nedeni, sol atriyal apendikte staz kaynaklı oluşan trombüsten kopan embolinin yarattığı problemlerdir (İltuş ve Karadakovan, 2017). AF tüm embolik inmelerin ortalama %45' ini oluşturur (Kannel ve Benjamin, 2008). AF' si olan kişilerde; geçirilmiş geçici iskemik atak (GİA) öyküsü, ileri yaşta olma, hipertansiyon ve diyabet öyküsünün bulunması inme insidansını daha da artırmaktadır (Stroke Risk in Atrial Fibrillation Working Group 2008, Ihle-Hansen ve ark. 2012, İltuş ve Karadakovan, 2017).

*Asemptomatik Karotis Darlıkları:* Karotis stenozlarının varlığı inme için bir risk faktörüdür. Ancak her karotis stenozu inme için aynı riski taşımamaktadır. Özellikle ekstrakraniyal internal karotis arterde veya bulbus karotisteki bir aterosklerotik lezyon, inme riskinde artış ile ilişkilendirilmiştir. Stenozlardaki darlığın oranı önemlidir ve ona göre tedavi protokolleri önerilmektedir (Meschia ve ark., 2014). Ayrıca kolesterol değerlerindeki yükselmeler bu stenozların oluşumuna zemin hazırlamaktadır (Meschia ve ark., 2014).

*Orak Hücreli Anemi:* Erken ocukluk döneminde, en fazla inme risk faktörü oluşturan oto-resesif geçişli hastalıktır. Bu nedenle inme için koruyucu girişimlerin

uygulanması oldukça önemlidir (Uzuner ve ark., 2015). Hemoglobin S değerinin %30' un altına indirebilmek için uygulanan kan naklinin inme riskini azalttığı bildirilmektedir (Uzuner ve ark., 2015). Bu hastalık için 20 yaşındaki inme prevalansı yaklaşık %11 olduğu belirtilmektedir (Meschia ve ark., 2014).

## 2. Olası risk faktörleri

*Alkol tüketimi ve madde kullanımı:* Ağır alkol kullanımının tüm inme türleri için risk etmeni olduğuna ilişkin kanıtlar mevcuttur (Mazzaglia ve ark. 2001, Meschia ve ark., 2014). Araştırmalarda alkol kullanımı ile serabral infarktüs arasında “J” harfi biçiminde bir ilişkinin varlığından söz edilmektedir (Mazzaglia ve ark. 2001, Elkind ve ark. 2006, Meschia ve ark., 2014). Hafif ve orta düzeyde tüketimi olan kişilerde MI ve inme mortalitesinde koruyucu bir etki gösterirken, aşırı alkol tüketenlerde ise risk artmaktadır (Mazzaglia ve ark. 2001, Elkind ve ark., 2006). Bunun yanında, alkol kullanımıyla hemorajik inme riski arasında paralel ilişki vardır. Kadın ve erkeklerde durum benzerdir. Ayrıca inme risk faktörlerinde içecek seçiminin (şarap, bira ve likör) bağımsız olarak ilişkili olmadığı belirtilmektedir (Klatsky ve ark., 2002).

Bazı istisamar ilaçların ve madde kullanımının iskemik ve hemorajik inmede risk faktörü olduğu bilinmektedir. Ancak inme riskinde yoksunluk ile azalmayı gösteren deneysel çalışma bulunamamıştır (Meschia ve ark., 2014).

*Fiziksel Aktivite:* Aktif yaşam tarzına sahip bireylerin daha az inme riski ve mortalite oranı taşıdıkları bilinmektedir. Kılavuzlar, yetişkinler için haftada en az 150 dakika orta şiddette veya 75 dakika yüksek şiddette aerobik fiziksel aktivite yapılmasını önermektedir ([https://health.gov/paguidelines/second-edition/report/pdf/PAG\\_Advisory\\_Committee\\_Report.pdf](https://health.gov/paguidelines/second-edition/report/pdf/PAG_Advisory_Committee_Report.pdf), Erişim tarihi: 01 Aralık 2018). Yani bireye, sağlıklı bir yaşam tarzı için haftada 3-4 kez, en az 40 dakika orta ile yüksek şiddette aerobik fiziksel hareket yapılması ( Sınıf I; Kanıt B Düzeyi ) tavsiye edilmektedir (Meschia ve ark. 2014, Uzuner ve ark., 2015).

Fiziksel hareketlilik; sistolik kan basıncının 120 mmHg' nin altına düşürülmesi, diabetes mellitus hastalığının yönetimi, fazla kilo kontrolünün sağlanması gibi inme için risk oluşturan etmenlerinin kontrol edilmesinde oldukça önemlidir. Ayrıca aktif bir yaşam sürdürmek plazma fibrinojen ve trombosit aktivitesini düşürürken, HDL kolesterol konsantrasyonunu artırarak inme için koruyucu bir etki yapmaktadır (Uzuner ve ark., 2015).

*Beslenme Alışkanlıkları:* Beslenme biçiminin inme için majör, fakat kontrol edilebilen risk etmeni olan yüksek kan basıncının patogeneğinde yer alır. Özellikle fazla tuz tüketiminin, düşük potasyum alımının, aşırı alkol kullanımının ve idealin dışında beslenme alışkanlıklarına sahip olmanın kan basıncında artışa sebep olduğu bildirilmektedir (Appel ve ark., 2006). Hipertansiyon kontrolü için; akdeniz diyeti, doymuş yağ kullanımı, potasyumdan zengin beslenme, tuz tüketimini kısıtlama (günlük tuz kullanımı 5 g'den az), sebze ve meyveden zengin besleme önerilmektedir. Ayrıca magnezyum ve lifli besinlerin tüketimi de tavsiye edilmektedir (Bazzano ve ark., 2013, [https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenmehareket-anasayfacontent/files/Tuz/t\\_rkiye\\_a\\_r\\_tuz\\_t\\_ketiminin\\_azalt\\_lmas\\_program\\_2017-2021.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenmehareket-anasayfacontent/files/Tuz/t_rkiye_a_r_tuz_t_ketiminin_azalt_lmas_program_2017-2021.pdf), Erişim tarihi: 01 Aralık 2018).

*Obezite:* Beden kitle indeksi (body mass indeks; BMI), kilogram cinsinden vücut ağırlığının, metre cinsinden boyun karesine bölünmesi ile bulunur. Aralığı, 25-30 olanlar fazla kilolu olarak ifade edilirken, 30-40 arasına obezite ve 40 üzerine morbit obez terimleri kullanılmaktadır (National Institutes of Health 1998).

Kilo verilmesi ile serebrovasküler veya kardiyovasküler hastalıklarda azalma olmaktadır (Meschia ve ark., 2014). Obezite ile ilişkili metabolik sendromun iskemik inme riskini yaklaşık 2,5 kat artırdığı belirtilmektedir (Meschia ve ark., 2014).

*Migren:* İskemik inme için risk faktörü olarak hem aurasız hem de auralı migrenin ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Özellikle auralı migrenin, 55 yaş üstü kadınlarda inme ile bağlantısı bildirilmektedir (Spector ve ark., 2010). İskemik inme riski, oral kontraseptif kullanan veya ağır sigara tüketen migrenli kadınlar için daha da artmaktadır (Meschia ve ark., 2014). Ancak risk net bir şekilde açıklanamamıştır ve migren profilaksisinin inme riskini düşürdüğüne dair net kanıtlar yer almamaktadır (Meschia ve ark., 2014).

*Hormon kullanımı:* Oral kontraseptif kullanımı ve menopoz sonrası hormon replasman tedavisi alma, olası risk faktörleri arasında yer almaktadır. Bu faktörlerin iskemik inme riskini artırdığı bildirilmektedir (Spector ve ark., 2010). Artan östrojen seviyesiyle; endotel işlevi ve koagülasyon mekanizmalarının enflamasyon üzerindeki etkileri değişmektedir. Bu durumun iskemik inme riskini artırabildiği belirtilmektedir (Spector ve ark., 2010).

İnmede değiştirilebilen risk etkenlerinin kontrolü oldukça önemlidir. Amerikan Kalp Birliği ve Amerikan İnme Birliği' nin (Amerikan heart asosiation and Amerikan stroke asosiation) 2020 hedefinde, yaşamın yedi anahtarı olarak tanımladığı; sigara kullanmama, aktif yaşam biçimine sahip olma, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazanılması, ideal vücut kilosuna erişim, kolesterol düzeylerinin, kan basıncının ve kan glikozunun düzenlenmesi gibi sağlık faktörleri ve davranışlarının denetim altına alınması yer almaktadır. Bu hedefler doğrultusunda, kardiyovasküler sağlığın %20 oranında iyileşeceği ve ayrıca kardiyovasküler hastalık ve inmeden kaynaklı mortalite oranlarının %20 azalacağı öngörülmektedir (Benjamin ve ark., 2018).

### **2.1.7. İnmenin komplikasyonları**

İnmenin ortaya çıkardığı ana problem, hücrelerin oksijenlenmesinin bozulmasıdır. Bu problemin meydana getireceği sistemik hipoksemi ve hipotansiyon olayından kaçınılması gereklidir. Aksi takdirde, hücre hasarı daha da kötü bir hal almış olacaktır (Jauch ve ark., 2013). Vakaların %25' inde tanılama sonrası kötüleşme görülür. Bu kötüleşmenin kaynağı inme alanının ilerlemesidir. Bu kötüleşmenin, üçte birinde sebep serebral ödem, %10' unda hemoraji ve %11' inde yineleyen iskemidir. Hayati önem taşıyan bu kötüleşmelerde bireyin sık izlemi ve değerlendirilmesi önerilmektedir (Uzuner ve ark., 2015).

Düşük ve orta ekonomik düzeye sahip ülkelerde inme vakalarının yaklaşık %34' ünü hemorajik inme oluşturmaktadır. Bu vakaların da ortalama %84' ünün tanı sonrası üç sene içerisinde hayatını kaybettiği bildirilmektedir (Johnson ve ark., 2016).

Serobro vasküler olay sonrası hayatta kalan kişide, yaşamını ciddi anlamda etkileyecek fonksiyonel bozukluklar oluşabilmektedir. En yaygın olarak karşılaşılanı hemiplejidir. Bunun yanında; görme, duyu, tonüs, lisan, denge, yutma, sfinkter ve bilişsel işlevlerle alakalı bozukluklar görülür (Kısabay ve ark., 2014). Ayrıca inme sonrası vakaların %40' ında iletişim problemleri oluşmaktadır. En sık karşılaşılanı afazi ve dizartri olduğu bildirilmektedir (Armağan 2011).

İnmede en yaygın görülen diğer komplikasyonlar düşmeler ve deri/ doku bütünlüğünde bozulmalar olup, üçüncü olarak enfeksiyonlar takip etmektedir. Enfeksiyonların en sık üriner sistemde (%13) ve akciğerlerde (%10) ortaya çıktığı belirtilmektedir (Aslanyan ve ark. 2004, Uzuner ve ark., 2015).

### **2.1.8. İnme sonrası rehabilitasyon**

İnmede rehabilitasyon, bireyin sağlık kuruluşuna başvurması ile başlar, hastanede yatış süresi boyunca sürer. Eğer hastada sekeller mevcut ise günlük hayatına döndükten sonra da devam eder. Rehabilitasyon, bireyde oluşan problemlerin azaltılması ve bireyin günlük yaşamına uyum sağlamasında destek olmaktadır (Topçu ve Oğuz, 2017). Rehabilitasyonun hedefi, bireyin yaşamındaki olaylar karşısında gerekli eylemleri gerçekleştirebilme inancını destekleyerek, yaşam kalitesini artırmaktır.

### **2.1.9. İnmede hemşirelik bakımı**

İnmede hemşirelik bakımı, bireyin bir bütün olarak ele alındığı ve bireyin fizyolojik, psikolojik, sosyal, duyuşsal, kognitif ve spritüel ihtiyaçlarına yönelik karşılanan bakımı kapsar. Hemşire, birey merkezli bir yaklaşım sergileyerek aileyi de bakıma dâhil etmeli ve onlarla işbirliği kurarak çalışmalıdır (Sıgn 2010). Ayrıca diğer disiplinlerle de ekip olarak çalışmak önemlidir. Bakımın hedefine ulaşabilmesi için hemşirenin, iyi bir iletişim becerisinin yanında, güven ilişkisini kurması, ilgili olması, mesleki bilgisi ve klinik beceri yetilerini kullanması gereklidir.

İnmede iyi bir hemşirelik bakımın anahtar elemanları özeti; sıkı bir izlem yapılması, serebral perfüzyon basıncı (CPP) ve hemodinamik fonksiyonların kontrolü, hava yolu açıklığının sağlanması ve sürdürülmesi, gerekli yerde mekanik ventilasyon kullanımı, enfeksiyon yönetimi, kan şekeri takibi, bası yarası riski ve disfajinin taramasının yapılması, immobilitate kaynaklı komplikasyonlarının önlenmesi, cilt bütünlüğünün korunması, beslenme durumunun yönetimi gibi esas niteliklerin periyodik olarak uygulamasını içerir. Bu bilgiler kapsamlı bir inme merkezinde yapılması gereken hemşirelik bakımı ve komplikasyonları önlemeye yönelik uygulanması gereken standart girişimler olarak önerilmektedir (Sıgn 2010, Morgenstern ve ark., 2010).

## **2.2. Yaşam Kalitesi**

### **2.2.1. Yaşam kalitesinin tarihçesi**

Yaşam kalitesi uzun yıllardır filozofların tartışma konusu olan bir kavramdır. Günümüzden 2000 yıl önce mutluluğun bir parçası olarak düşünölmüştür (Torlak ve Yavuzçehre, 2008). Sosyologlar tarafından bu kavram daha çok iyilik hali anlamında kullanılmıştır.

Yaşam kalitesi 1960' lı yıllarda politik ve ekonomik olaylardan etkilenmiştir. Günlük yaşama da bu yıllarda ekonomi ve sosyolojinin aracılığıyla girmiştir. Sonraları ise, hızla sağlık sistemi içinde de yer almaya başlamıştır (Torlak ve Yavuzçehre 2008, Ekelik Gülgün, 2014). Tıp kaynaklarında yaşam kalitesine ilişkin yayınlar 1960' lı yıllarda başlamaktadır. 1980' lerden sonra da yaşam kalitesi hemşirelik alanına girmiştir (Perim 2007).

İnsanlar yaşam kalitesini önceleri temel, ekonomik ve sosyal ihtiyaçları olarak tanımlamışlardır. 1970' lerde ise psikologlar yaşamdan doyum alabilme kavramını gündeme getirmiştir. Psikologlar yaşam kalitesini barınma, gelir gibi objektif olayların yanında, kişinin yaşamdan aldığı doyumuyla da ilişkilendirmektedir (Perim 2007).

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez bilimsel anlamda Long' un 1960' da yayınlamış olduğu "On the Quantity and Quality of Life" isimli çalışmasında yer almaktadır (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). Daha sonraları yayınlar hızlı gelişme göstererek 1990' lı yıllarda ivme kazanmıştır. 1992 yılında yalnızca sağlıkla ilgili yaşam kalitesi çalışmalarına yer veren, "International Society of Quality of Life" bilimsel dergi yayınlanmaya başlamıştır (Kaplan Gezerer 2018).

### **2.2.2. Yaşam kalitesi ilgili tanımlar**

Yaşam kalitesi; bireyin sağlıklı bir ortamda yaşayabilmesi, beslenme, güvenlik, barınma gereksinimlerini karşılayabilmesi, bedensel, ruhsal gelişimine yönelik imkanların sunulması, yaşadığı çevreye ve topluma olumlu katkılarda bulunabilmesi ve bunların kendi içinde dengeli bir şekilde uyumlu olmasıdır (Torlak ve Yavuzçehre, 2008).

DSÖ'ne göre: "Kişinin yaşadığı kültür ve değerler düzeninde yaşamını nasıl algıladığı olarak tanımlanmaktadır". Yaşam kalitesi, kişinin hedefleri, ümitleri, yaşam standartları ve kaygıları ile ilgilidir (WHOQOL Group 1995, Eser ve ark., 2018). Farklı tanımları olsa da "sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (SYK)", kişinin kendisinden memnun kalabilmek için hayattan beklentileri ile başarabildikleri arasındaki fark olarak tanımlanmaktadır (Eser 2014). Kısaca kavram; temel gereksinimlerin karşılanması ve kişisel değerlerin gerçekleştirilmesi olarak açıklanmaktadır (Torlak ve Yavuzçehre, 2008).



### 2.2.3. Yaşam kalitesini azaltan ve artıran faktörler

Yaşam kalitesi, etkilendiği bazı faktörlerden kaynaklı azalmakta veya artabilmektedir. Bireyin yaşam kalitesi algılaması bu faktörlerle göre değişiklik göstermektedir (Ekelik Gülgün 2014). DSÖ' nün tanımında belirttiği gibi yaşam kalitesi; fiziksel sağlık, ruhsal durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler ve yaşanılan çevre gibi faktörlerden etkilenmektedir (WHOQOL Group 1995, Oktik 2004, Taylor ve ark., 2014). Bu alanların kapsadığı maddeler şu şekilde açıklanmaktadır:

*Fiziksel Sağlık:* Bireyin ağrı durumu, halsizliği, yorgunluğu, enerji düzeyi, uykusuzluğu, dinlenebilmesi gibi durumlardan etkilenebilmektedir (Ekelik Gülgün 2014).

*Ruhsal Durum;* Bireyin depresyon, anksiyete ve kızgınlık durumu, pozitif ve negatif düşünceleri, konsantrasyonu, kendine güveni, beden imajı ve sağlık algıları yaşam kalitesini etkileyebilmektedir.

*Bağımsızlık Düzeyi:* Hareket yeteneği, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme düzeyi, hastalığının getirdiği bazı sorumlulukları gerçekleştirmek zorunda olma (ilaç saatleri vb.) durumlarından etkilenebilmektedir (Ekelik Gülgün 2014).

*Sosyal İlişkiler:* Bireyin kişisel ilişkileri, sosyal çevresi, seksüel aktivitesi bu alanın içerisindedir (Ekelik Gülgün 2014).

*Çevresel Özellikler:* Korunma, barınma, ekonomik kaynakların durumu, sağlık sistemlerine erişilebilirlik, fiziksel çevre (hava, gürültü vb.) etkenlerini içermektedir (Ekelik Gülgün 2014).

*Maneviyat ile İlgili Özellikler:* Ruhsal, dinsel, kişisel inançlardır. Bireyler rahatlamak için bir şekilde manevi desteğe ihtiyaç duymaktadır (Ekelik Gülgün 2014).

Yapılan bir çalışmada yaşam kalitesi etkileyen faktörler değerlendirilmiş ilk sırada sağlık etkeninin geldiği ve sırasıyla evlilik hayatı, aile, dostluk, ev (barınma), iş şeklinde takip ettiği söylenmektedir (Oktik 2004). Genel anlamda yaşam kalitesini artıran ve azaltan faktörler özetlenecek olur ise;

- ✓ Temel gereksinim ihtiyaçları
- ✓ Beden imajı algısı
- ✓ Öz bakımını ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede yetersizlik

- ✓ Akut sağlık sorunları
- ✓ Kronik sağlık sorunları
- ✓ Fonksiyonel olarak yeterli olması
- ✓ Kronik yorgunluk
- ✓ Seksüel fonksiyonlarda bozulma
- ✓ Aktif bir yaşantı içinde olma
- ✓ Otonomisinin sahibi olma ve kendini ifade edebilme
- ✓ Değer görme
- ✓ Mahremiyetine özen gösterilmesi
- ✓ Eğlence ve zevk aldığı aktivitelerinin olması
- ✓ Maddi problemler yaşamaması
- ✓ Destek sistemlerindeki yetersizlik
- ✓ Yakın çevresi ile olumlu ilişkiler içinde olma şeklinde ifade edilmektedir (Oktik 2004, Perim 2007, Ekelik Gülgün, 2014).

#### **2.2.4. Yaşam kalitesi değerlendirme ölçütleri**

Yaşam kalitesi, insan haklarına verilen önemin gelişmesiyle, politik kararların şekillenmesinde etkisi olmuştur. Toplumların ulaşmayı amaçladığı evrensel bir hedef olarak görülmektedir (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). Dolayısı ile yaşamın tüm alanlarını kapsamakta ve her alanından etkilendiği söylenmektedir.

Yaşam kalitesiyle ilgili tanımlar genellikle “kişinin yaşamındaki sübjektif algısı” olarak ifade edilse de objektif ve sübjektif olmak üzere iki şekilde değerlendirilmelidir. Objektif göstergeler; fiziksel aktiviteleri yapmada güçlük, fonksiyonel yetersizlik, gelir, eğitim, meslek, gibi etkenler olarak düşünülürken; kişinin yaşamındaki bu göstergelerden duyduğu tatminse yaşam kalitesinin sübjektif göstergeleridir (Perim 2007). Bazı araştırmacılara göre objektif göstergelerin (Kaya ve ark., 2011), bazı araştırmacılara göre ise sübjektif göstergelerin daha önemli olduğu vurgulanmaktadır (Karahan 2016). Ancak yapılan araştırmalar incelendiğinde yaşam kalitesi göstergeleri; cinsiyet, yaş, medeni durum, sosyal destek, yaşanılan konut ve özellikleri, sağlık, fiziksel aktiviteleri yapmada güçlük, fonksiyonel yetersizlik, eğitim, gelir, iş yaşamı, sosyal aktiviteleri olarak iki alanı da içine aldığı belirtilmektedir (Torlak ve Yavuzçehre 2008, Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

### 2.2.5. Sağlıkta yaşam kalitesinin değerlendirilmesi

SYK, hastalık yönetiminin izleminde, sağ kalımdan sonra gelen ikinci önemli değerlendirilme ölçütüdür. Sağ kalım bakımından bir farklılığın olmadığı durumlarda, SYK' nin karar verme sürecini doğrudan etkilediği söylenmektedir. Bu sebeple SYK günlük rutin uygulamalarda, bireyin bir bütün olarak değerlendirilmesinde destekleyici olarak düşünülmektedir ve hastalıkların biyo-medikal ölçütleri yanında SYK ölçütlerinin de kesinlikle ortaya konulması gerektiği önerilmektedir (Aydemir 2014).

Sağlık sistemlerinin başarısı için, hastalığın yol açtığı ağrının, halsizliğin ve yeti yitimi gibi parametrelerin yanında, daha kapsamlı olarak bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halinin de değerlendirilmesi gerekmektedir (Eser 2014). Sağlıkla ilgili bireysel ve toplumsal müdahalelerin, yaşam kalitesi üzerinde başarısının ölçümünde, iki farklı grup tamamlayıcı ölçütten yararlanılmaktadır. Bunlar, öznel (subjektif) ve nesnel (objektif) ölçütlerdir. Subjektif değerlendirme; hastadan alınan geri bildirim sonuçlarıdır. Bunlar genel olarak dışarda yer alan gözlemcinin değerlendirmelerine dayanır ve üç farklı şekilde değerlendirilir; klinisyen aracılığı ile alınan sonuçlar, profesyonel olmayan gözlemci tarafından alınan sonuçlar ve performans göstergeleridir (Eser 2014).

Objektif klinik göstergeleri denildiğinde ilk olarak, yaşam süresi ve işlevsellik durumu akla gelmektedir. Bunların değerlendirilmesinde belirli standartları içeren ölçekler kullanılmaktadır. Genel amaçlı ve özel amaçlı ölçekler olarak iki başlıkta değerlendirilir (Eser 2014).

Genel amaçlı ölçekler, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ilgilendiren işlev kayıpları ve genel anlamda rahatsızlık kavramlarını içermeleri nedenleriyle toplumun her kesiminde; tüm hastalıklar ve çeşitli tıbbi uygulamalarda kullanılmaktadırlar. Yaygın olarak kullanılan SF-36, Dünya Sağlık Örgütü SYK ölçeği (WHOQOL), Nottingham Sağlık Profili bu alana örnek oluşturmaktadır (Eser 2014).

Spesifik (özel) amaçlı ölçütler ise, belirli bir olaya, hastalığa özel ya da belirli bir işleve özel ölçekler olarak farklılaşmaktadır. Örneğin, WHOQOL-OLD yaşlılara özgü kullanılan ölçektir. Ayrıca hemen hemen her hastalığa (Örn: hipertansiyon, diyabet), duruma (yorgunluk) ve işleve (cinsel işlev, uyku) özel ölçekler de bu grupta yer almaktadır. Nöroloji bölümüne yönelik 100' e yakın fonksiyonel veya yaşam kalitesi

ölçeği vardır. Ancak Türkçe geçerlilik- güvenilirlik çalışması yapılan ölçek sayısı 10'dur (Eser 2014, Eser ve Aydemir, 2014).

### **2.2.6. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesi**

SYK' si ölçümü özellikle 1970' li yıllardan itibaren bugüne, sağlık teknolojisindeki gelişmeler ile yaşam süresinin yanında kalitesine de önem verilmesi (Öksüz ve Malhan 2005, Perim 2007), kronik hastalıktaki artış ve insan yaşamı üzerindeki uzun süreli etkisi, tanı tedavi yöntemlerinin gelişmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin öneminin artması gibi nedenler ile klinik araştırmalarda çalışılan önemli konulardan biri haline gelmiştir (Öksüz ve Malhan 2005, Perim 2007).

Kronik hastalıklar yavaş seyir gösteren, periyodik ve sürekli tedavi, bakım ve takip isteyen uzun süreli sağlık problemleridir. Bu kişilerin tedavisi akut evrede hastanede yürütülürken, asıl olan kısmı evde yönetilmektedir. Kronik hastalıklar oluşturduğu komplikasyonlar ile bireyin fonksiyonel kapasitesinin azalmasına, işlevselliğin düşmesine neden olurken (Akdemir ve Akkuş 2006, Akdemir ve ark., 2011), bunun yanında sosyal rolleri ve ilişkileri gibi sosyal yaşam kalitesini de etkilemektedir (Öksüz ve Malhan 2005, Perim 2007, Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011).

Kronik hastalıkların yönetiminde esas hedef, bireyi merkeze alarak kişinin yaşam kalitesini daha iyi duruma getirmektir. Kronik hastalık yönetiminde sağlık profesyonellerinin temel rolü hasta, ailesi ve bakım vericilere eğitim ve danışmanlık hizmeti sağlamaktır. Sağlık profesyonellerinin vereceği bu hizmet, hasta birey ve ailesinin bilinçlenmelerinde, hastalığın getirdiği problemlerle baş edebilmelerinde ve beraberinde öz etkililiklerinin yükseltilmesinde önemli bir görevdir. Hasta bireyin öz etkililik inancının yükseltilmesi, tedaviye uyumu artırarak; komplikasyonların önlenmesine destek sağlamakta ayrıca fonksiyonel yeterliliğini ve yaşam kalitesini artırmaktadır. Bu anlamda sağlık ekibinin eğitici, vaka yöneticisi, araştırmacı, danışman, bakım verici gibi rollerini aktif bir şekilde uygulamasının önemli olduğu belirtilmektedir (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2014).

### **2.2.7. Yaşam kalitesi ve hemşirelik**

Toplumun mutluluğu ve refahı, bireylerin refahı ve doyurucu bir yaşam sürdürebilmeleri ile ilişkilidir. Doyurucu yaşam, bireyin öz bakımını üstlenerek temel

gereksinimlerini bağımsız olarak yerine getirebilmesi ve yaşam kalitesinin yüksek olması şeklinde ifade edilmektedir (Akdemir ve Akkuş, 2006).

Bireylerin hastalık algısı kişiye özgü olarak değişkenlik gösterebilmektedir. Bazen bir ceza gibi görülmekte, bazen çok ürkütücü geldiği için yokmuş gibi düşünerek reddedilmeye çalışılmakta, bazen de mucize beklenmektedir. Hastanın korkularını ve beklentilerini anlamak, varsa yanlış inançlarını değiştirmeye çalışmak, hastalığa uyumunu kolaylaştırmak ve yaşam kalitesini desteklemek gerekmektedir (Mete 2008).

Bireyin hastalığına yüklediği anlam, uyum ve tedavi sürecinde oldukça önemlidir. Hastalığa uyum sürecinin; bireyin yaşı, ruhsal durumu, hastalığı reddetmesi, kişisel inancı, fiziksel yetersizlikleri, kısıtlama yaşaması gibi faktörlerden etkilendiği belirtilmektedir (Mete 2008). Bu nedenle tedavi ve bakım planlaması yapılırken kronik hastalıkların birey üzerindeki etkilerinin yanında yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin de değerlendirilmesi gerektiği önerilmektedir (Ucan ve Ovayolu, 2010). Kronik hastalıklarda hemşirelik bakımının temel amacının, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini artırmak ve aynı zamanda kronik hastalığı olan bireylerin hastalığa uyumlarını desteklemek olduğu belirtilmektedir (Akdemir ve Akkuş 2006, Ucan ve Ovayolu 2010).

Ekip üyeleri içerisinde hemşireler hasta ile en çok vakit geçiren sağlık personelidir. Dolayısı ile hemşireler meydana gelebilecek problemlerin önlenmesi, risklerin düşürülmesi, bireyin kendi öz bakımını üstlenmesi ve yaşam kalitesini artırılabilmesinde, kişinin ve ailesinin bu plan içerisinde aktif şekilde yer almalarını sağlamalıdır. Bu anlamda rolleri oldukça önemlidir (Fesci 2006).

### **2.2.8. İnme ve yaşam kalitesi**

İNME ciddi fonksiyonel problemler ortaya çıkaran bir sağlık sorunudur. Bu nedenle bireylerin, ailelerin ve sağlık hizmetlerinin üzerinde fiziksel, duygusal ve sosyo-ekonomik açıdan ciddi yük oluşturduğu belirtilmektedir (WHO 2006). İnme, dünya genelinde engelliliğin üçüncü (%19) nedenidir (Murray ve ark. 2012, [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/), Erişim tarihi: 17 Kasım 2017). 2016 yılında dünya genelinde 137 milyon kişide inme görüldüğü ( [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html), Erişim tarihi: 02 Kasım 2018 ) ve 49 milyon bireyde fonksiyon kaybına sebep olduğu

belirtilmektedir. İnmeden üç ay sonrasında yaşama devam eden kişilerin ortalama %50' sinin 5 yıl ve %33,3' ünün 10 yıl hayatta kalacağı ön görülmektedir (WHO 2006). Yaşayan bireylerin yaklaşık % 60' ının öz bakımında bağımsızlığını kazanması ve % 75' inin bağımsız mobilizasyonun sağlayabilmesi beklenmektedir. %20' sinin ise kurumsal bir bakıma gereksinimi olacağı düşünülmektedir (WHO 2006). Geri kalan bireylerin ailesi, yakın bir arkadaşı ya da ücretli görevli aracılığıyla desteğe ihtiyacı olmaktadır (WHO 2006).

İnme sonrası bireyler, yaşam kalitesini etkileyebilecek bir dizi problemle karşılaşmaktadır. Yapılan bir meta analiz çalışmasında, inme sonrası kişinin hayatında ortaya çıkan ve yaşam kalitesini etkileyen değişimler şu şekilde özetlenmişlerdir; şok hissi, negatif değişimler (fiziksel, psikolojik, sosyal vb.), anlam karmaşaları (belirsizlik), yeni benliğe uyum, dış veya bilinmeyen çevrelerdekilere karşı hassaslaşma/ kırılabilirlik (Taylor ve ark., 2014). İnmeli bireylerde yaşam kalitesi ve etki eden faktörlerin belirlenmesi, inme sonrası alınması gereken önlemler adına önem arz etmektedir.

İnmeli bireylerde yüz, kol ve bacaklarda paralizisi, fiziksel fonksiyonlarda etkilenme, konuşma ve görme bozukluklarına bağlı olarak bireysel bakımda isteksizlik, anksiyete ve depresyon oluşabilmektedir. Nörolojik bozukluklar sebebiyle yatağa bağımlı hale gelebilen hastaların fiziksel, ruhsal ve sosyal işlevleri kısıtlanabilmektedir. Sonuç olarak kendilerine yetemeyen ve günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlı olan bireylerin yaşam kaliteleri etkilenmektedir (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2014).

Yapılan araştırmalarda inme tanısı almış bireylerin yaşam kalitesinin; kadın olma, düşük eğitim seviyesi, düşük ekonomik gelir gibi sosyo-demografik özellikler ile birden fazla inme geçirme, inme sonrası oluşabilen plejiler ve bu durumun uzun süre devam etmesi gibi hastalık kaynaklı nedenlerin etkilediği belirtilmektedir (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz 2014, Kuzu 2015, Kürücü 2017, Öztürk ve ark., 2018).

Yukarıda bahsedildiği gibi inme sonrası bireylerin yaşam kalitesi, oluşan yetersizliklere bağlı olarak etkilenecektir. Yaşam kalitesini etkileyen birçok etkenin varlığı düşünüldüğünde vakaların bağımlılık düzeyleri, günlük yaşam aktiviteleri ve sosyal yaşamları dikkate alınarak çok boyutlu olarak ayrıntılı değerlendirilmesi ve araştırılması önem taşımaktadır (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2014).

SYK ölçüm sonuçları; hastanın problemlerinin ve tedavi önceliklerinin belirlenmesinde, hastalık sürecinin takip edilmesinde önemlidir. İnme sonrası dönemde hedef; iyi bir ekip yaklaşımıyla uygun tıbbi tedavi, bakım ve rehabilitasyon programları uygulanarak hastaya maksimum fonksiyonel bağımsızlığı kazandırmak ve sonuç olarak yaşam kalitesini artırmaktır.

### **2.3.Öz Etkililik**

#### **2.3.1. Öz etkililik ile ilgili tanımlar**

Öz etkililik; kişinin hayatındaki karşılaştığı olaylarda etkili olabilmesi için, ihtiyacı olan eylemleri başlatabileceğine ve netice alabileceğine olan inancı olarak tanımlanmaktadır (Bandura 1982, Gözüm ve Aksayan, 1999).

“Self-efficacy” kavramı Türkçe literatürde “öz etkililik ve öz yeterlik” olarak kullanılmaktadır. Öz etkililik terimi ilk defa 1977 yılında Albert Bandura tarafından “Bilişsel Davranış Değişimi” kuramı kapsamında ortaya atılmıştır (Bandura 1982). Öz etkililik; kişinin olaylara karşı nasıl davranış sergileyeceği, düşüneceğini ve hissedeceğini yönlendiren önemli bir özelliğidir. Kişinin öz etkililik düzeyleri eyleme geçebilme dürtüsünü artırabilir veya azaltabilir. Ayrıca güçlü bir öz etkililik; inanma duygusunu, başarı ve iyilik halini yükseltir. Bandura (1997), öz etkililiği yüksek kişilerin, başarısızlık yaşadıklarında usanmadıklarını ve hızlı bir şekilde toparlanıp eylemlerini devam ettirebildiklerini ifade etmektedir.

Başarılı öz etkililik duygusu, insanın kendine olan inancını ve kişisel iyi oluşunu birçok açıdan geliştirir. Yüksek öz etkililik inancına sahip insanlar, zorluklar karşısında, onları kaçınılması gereken tehditler olmak yerine, üstlenilecek zorlu görevler olarak görürler (Bandura 1994). Tam tersi şekilde, yeteneklerinden şüpheli kişiler, kişisel tehdit olarak algıladıkları zor görevlerden uzaklaşırlar. Hayattaki hedeflerine karşı zayıf bağlılıkları vardır. Zorluklar karşısında hızla pes etme eğilimindedirler (Bandura 1994).

#### **2.3.2. Öz etkililik kaynakları**

Güçlü bir algı olan öz etkililik kavramı, bireyin yapmayı planladığı işlerden kaçınmak yerine, ne kadar zor olsa da bu zorlukların üstesinden gelebilecek güçte olmayı ve sonucunda başarıya ulaşmayı güdüleyen bir motivasyon kaynağıdır (Ceyhan ve Ünsal, 2017).

Öz etkililik, dört ana etki kaynağı tarafından geliştirilebilir. Bunlar;

- ✓ Bireyin gerçek performansı, olumlu/olumsuz deneyimleri,
- ✓ Kendisiyle benzer özellikleri taşıyan diğer insanların deneyimleri,
- ✓ Sosyal ikna, çevreden gelen geribildirimler,
- ✓ Fiziksel durumuna ilişkin algısı ve duygu durumudur (Bandura 1994, Korkmaz 2016).

Güçlü bir öz etkililik inancı yaratmanın en etkili yolu, başarı ile sonuçlanan deneyimlerdir. Başarılar, bireyin kişisel öz etkililiğine güçlü bir inanç inşa etmekte ve ödül etkisi yaratarak, bireyi gelecekte benzer davranışlara karşı güdülenmesini sağlamaktadır (Yılmaz ve ark., 2004). İnsan hayatındaki bazı aksaklıklar ve zorluklar, başarının bir çaba sonucunda geleceğini öğretmede oldukça yararlıdır. İnsanlar bu durumun farkındalığını kazandıktan sonra başarılı olmak için gereken inanca sahip olurlar, sıkıntı karşısında azim gösterirler ve kolay vazgeçmezler. Sonucunda zor zamanlar geçirseler de güçlükler karşısında daha güçlü olarak var olurlar. Bunun aksine eğer bireyin, öz etkililik duygusunun sağlam bir şekilde kurulmasından önce başarısızlıklarla karşılaşırsa kendine olan inancı zayıflayabilir (Bandura 1994).

Öz etkililiği güçlendirmenin ikinci yolu, sosyal modellerin kişiye kattığı deneyimlerdir. Kendine benzer insanların çaba göstererek başardığını gözlemliyor olmak, kişinin de başarılı olmak için benzer faaliyetleri yürütme yeteneklerine sahip olabileceği inancını artırmaktadır (Yılmaz ve ark., 2004). Aksi şekilde, yüksek çabalara rağmen başkalarının başarısız olmasını gözlemlemiş olmak, bireyin kendi etkinliklerine olan inancını zayıflatabilmektedir. Varsayılan bu benzerlik ne kadar birbirine yakın olursa, modellerin başarıları ve başarısızlıkları daha ikna edici olmaktadır (Bandura 1994).

Sosyal ikna, bireyin başarılı olmak için gereken etkinlikleri yapabileceği inancına etkisi olan üçüncü yoldur. Çevreden gelen geri bildirimleri fazlasıyla önemseyen yapıdaki bireyler, bir problemle karşılaştıklarında kişisel eksiklikleri üzerinde durduklarından daha çok karşısındakinin ne düşündüğüyle ilgilenirler. Bu bireyler ikna edici güçlenme yöntemi ile başarılı olmak için çabalamaya yönlendirildiğinde, becerileri ve kişisel etkinlik duyguları geliştirilir. Bir davranışın başarıyla yapılabilmesine ilişkin teşvik ve öğütlerle bireyin cesaretlendirilmesi, öz etkililik



beklentilerinin gelişmesine sebep olur (Yılmaz ve ark., 2004). Aksiyle karşılaştıklarında ise yani yeteneklerinden yoksun olduklarına ikna olduklarında, zorluklar karşısında hızlı bir şekilde vazgeçme eğilimindedirler (Bandura 1994). Bunun yanında yüksek öz etkililiğe sahip bireyler, olumlu ve olumsuz geri bildirimlerin kendilerine olan etkisinden daha fazlasını yapmaktadır. Başarıyı, başkalarına karşı zaferden ziyade, kendi kendini geliştirme olarak görmektedirler (Bandura 1994).

Kendine olan inancı geliştirmede dördüncü yol olarak, insanların strese verdikleri tepkileri azaltmak, olumsuz ruhsal durumlarını ve onların fiziksel durumlarına olan negatif algılarını değiştirmektir (Bandura 1994). Ruh hali, insanların kişisel etkinliklerine ilişkin kararlarını etkiler. Bireyin davranışa başlayacağı esnada fiziksel ve ruhsal olarak iyi durumda olması başarılı bir eylem gerçekleştirme olasılığını artırmaktadır (Yılmaz ve ark., 2004). Önemli olan duygusal ve fiziksel durumun yoğunluğu değil, nasıl algılandığı ve yorumlandığıdır (Bandura 1994).

### **2.3.3. Kronik hastalıklarda öz etkililiğin önemi ve etkileyen faktörler**

Kronik hastalıkların başarılı bir şekilde yönetilmesinde, ihtiyaç duyulan çabayı sürdürmek için bireyin güçlü bir kişisel öz etkililik inancına sahip olması gereklidir. Kronik hastalıkları olan kişilerde başarılı bir öz etkililiğin, yaşam kalitesini ve günlük yaşam aktivitelerinde yapabilirlik düzeyini artırdığı, bunun yanında hastalık uyumunu kolaylaştırarak kronik hastalıkların yönetiminde önemli bir yerinin olduğunu belirten araştırmalar yer almaktadır (Coffman ve ark. 2009, Korpershoek ve ark. 2011, Taylor ve ark., 2014). Ayrıca bireye kazandırılan iyileştirilmiş sağlık davranışlarıyla başarılı bir öz bakım sergilemesinde de yararlı olmakla birlikte hastanede kalma sürelerinin azalmasında da etkili olduğu belirtilmektedir (Lorig ve ark., 1996).

Dünya Sağlık Örgütü (2003) bireyin hastalığına uyumunu etkileyen; hastayla ilişkili, durumla ilişkili, tedavi ile ilişkili, sosyo ekonomik durum ve sağlık ekibi/sistemi ile ilişkili beş faktör belirtmektedir (Korkmaz 2016).

A. Hastaya ilişkin faktörler;

- ✓ Tedavi hakkında yetersiz bilgi
- ✓ Tedaviye ilişkin kültürel ve etnik inançlar ve tutumlar
- ✓ Hasta-sağlık personeli iletişim engelleri

- ✓ Motivasyon eksikliği
- ✓ Benlik saygısının azalması

#### B. Tedaviye ilişkin faktörler

- ✓ Tedavi süresinin uzun ve karmaşık olması
- ✓ Hastanın yaşam tarzı ve ihtiyaçlarındaki değişim
- ✓ Bireyin tedaviye uyum yeteneği
- ✓ Tedavi sürecinin bireyin yaşam konforu ile ilişkisi
- ✓ Sağlık personeliyle birey arasında görüş farklılıklarının varlığı

#### C. Yaşam tarzına ilişkin faktörler

- ✓ Yerleşim yeri
- ✓ Tedavi merkezine ulaşımın kısıtlı olması
- ✓ Bilgi eksikliği ve uyum problemleri

#### D. Sosyodemografik faktörler

- ✓ Yaş, eğitim düzeyi, sigara, alkol ve madde kullanımı
- ✓ Sosyoekonomik durumunun kötü olması

#### E. Psikososyal faktörler

- ✓ Tedavinin yan etkilerine bağlı korku ve endişe yaşanması
- ✓ Anksiyete, depresyon yaşamaması
- ✓ Bireysel inançlar ve değerler
- ✓ Önceden yaşanmış olunan kötü deneyimler
- ✓ Başkalarına bağımlı olma durumu
- ✓ Güvende hissetmeme, şüphe duyma (Korkmaz 2016)

Tüm bu faktörler, bireyin öz etkililik düzeyini etkileyerek kendisi için gerçekleştirmesi gereken eylemleri başlatmasında ve sürdürmesinde önemlidir.

#### **2.3.4. İnme ve öz etkililik**

Serobro vasküler hastalık geçirmiş birey için olay sonrasında başarılı öz etkililiğin; engelliliğin etkisinin azaltılması, yapabilirlik düzeyinin artırılması ve yaşam kalitesinin yükselmesiyle bağlantılı olduğu, bunun yanında depresif semptomların azaltılmasında etkisinin olduğu ifade edilmektedir (Jones ve Riazi, 2011). Öz etkililik düzeyi yüksek olan kişilerin, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken düşük

olanlara göre daha iyi iş görme yetisine sahip oldukları belirtilmektedir (Korpershoek ve ark., 2011).

Öz etkililik algısı, değiştirilebilir ve geliştirilebilir özelliği olan bir kavramdır. Özellikle bireylerin tecrübeleri ile bu kavram geliştirilebilmekte ve planlanan aktiviteler başarıyla sonuçlanabilmektedir (Bandura 1994). Birey kendi kapasitesinin ve yeteneklerinin farkında olmalıdır. Bazen bu yetenekler kendiliğinden ortaya çıkarken bazen de dışarıdan destek ya da yönlendirmelerle farkındalık yaratılabilmektedir (Bandura 1994).

İnme sonrası hasta sorunlarının tanımlanması, soruna yönelik çözüm bulunması, uygulanması ve değerlendirilmesi hemşirenin sorumluluğundadır. Hemşire ayrıca, günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesi, başarıma performansının artırılması, değişikliğe uyumun sağlanması, aile/sosyal destek mekanizmalarının sürece dâhil edilmesi, cesaretlendirme ve bilgi eksikliğinin giderilmesi gibi pek çok değişkeni de yönetmektedir. Bu sorumlulukları nedeniyle hemşire, inme sonrası hastaların, öz etkililik ve dolayısıyla yaşam kalitesi düzeylerinin yükseltilmesinde önemli bir yere sahiptir (Topçu ve Oğuz, 2017).

#### **2.4. İnmede yaşam kalitesi ve öz etkililik kavramlarının hemşirelik bakımındaki önemi**

Hemşireler, her kronik hastalığın nasıl yönetileceğini bilen ve bu konuda hastaya en doğru yaklaşımı gösteren sağlık ekibi üyelerindedir (Ceyhan ve Ünsal, 2017). İnmeli bireye bakım veren hemşirenin amacı, bireyin iş görme yetisini ve yapabilirlik inancını en üst kademeye getirebilmektir. Bu durum kişinin yaşam kalitesi de olumlu etkileyecektir (Kirkevold 2010). Ayrıca hasta bireylerle kurduğu iletişim, bireyin kendi başarısına ilişkin algısını güçlendirmede destek olmaktadır (Ceyhan ve Ünsal, 2017). Öz bakım sorumluluğunu üstlenebilen ve hemşiresi tarafından olumlu dönütler alan bireyin başarıma performansının yükseldiği, öz etkililik seviyesinin de paralel olarak pozitif yönde etkilendiği gözlenmektedir (Topçu ve Oğuz, 2017). Öz etkililik düzeyinin yükseltilmesi, bireyin hastalığa uyumunu artırarak günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme düzeyinde artmaya ve depresyonda azalmaya sebep olmaktadır. Ayrıca bireyin karşılaştığı problemlerin üstesinden gelmesini de kolaylaştırmaktadır (Korpershoek ve ark. 2011, Jones ve Riazi, 2011).

Bireyin, yaşam kalitesinin öğrenilmesi bakımın ve tedavinin planlanması açısından gereklidir. Son dönemlerde inme sonrası yaşam kalitesini etkileyen faktörlere ve artırılmasına ilişkin araştırmalara daha önem verilmektedir. Öz etkililik de yaşam kalitesine etkisi olan önemli bir kavramdır ve birbirlerini olumlu ya da olumsuz anlamda etkilemektedirler. Bu nedenle planlama yapılırken bir arada incelenmesi gerekliliğine vurgu yapılmaktadır (Topçu ve Oğuz, 2017).

Öz etkililik ve yaşam kalitesini en iyi değerlendirecek ve yükseltilmesinde katkısı olacak üyesi, hastalar ile en çok zaman geçiren hemşirelerdir (Topçu ve Oğuz, 2017). Bu konuda ülkemizde yapılmış olan bazı çalışmalar, ÖE algısının değiştirilip geliştirilebilen bir kavram olduğunu açıkça göstermektedir (Korkmaz 2016, Ceyhan ve Ünsal 2017, Ağdemir 2017, Eroğlu 2017, Tülüce ve Kutlutürkan, 2018).

Taylor ve ark. (2014) yapmış olduğu meta analiz araştırmasında, inme sonrası sağ kalan bireylerin öz etkililik durumları ile ilgili çalışmaların yetersiz olduğunu belirtmektedir.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın türü

Bu çalışma, inmeli bireylerde öz etkililik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan kesitsel nitelikte bir araştırmadır.

Çalışmada yanıtları aranan araştırma soruları şunlardır:

- ✓ İnmeli bireylerde yaşam kalitesi düzeyi nedir?
- ✓ İnmeli bireylerde öz etkililik düzeyi nedir?
- ✓ İnmeli bireylerde öz etkililik ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler nelerdir?
- ✓ İnmeli bireylerde öz etkililik ve yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?

#### 3.2. Araştırmanın yapıldığı yer ve zamanı

Bu çalışma, Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi nöroloji polikliniklerinde, Mart-Eylül 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Poliklinikler, hastanenin 3. katında bulunmaktadır. Hafta içi her gün 7 nöroloji polikliniği hizmet vermektedir. Günlere göre değişiklik göstermekle birlikte günde 2 ya da 3 hekim tarafından yaklaşık 100-120 arasında hasta takip edilmekte ve gerektiğinde hastaların ihtiyaçları göz önüne alınarak bu sayı artırılmaktadır.

#### 3.3. Araştırmanın evreni ve örneklem seçimi

Araştırmanın evrenini; Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi nöroloji polikliniklerinde Mart-Eylül 2018 tarihlerde hizmet alan inme tanısı olan hastalar oluşturmuştur.

Örneklemin belirlenmesinde evreni bilinmeyen örneklem formülü kullanılmıştır (Formülde:  $Z^2_{\alpha/2}$ : yanılma düzeyine göre tablo değeri= 0.05,  $\sigma^2$ : evren varyansı, d: ortalamaya göre yapılmak istenen  $\pm$ sapma, değerleri yer almaktadır). Formüle göre, yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır. Benzer çalışmalardaki inmeye özgü yaşam kalitesi ölçeği ortalaması 3,2 alınmış olup ortalamaya göre  $\pm$  0,5 sapma ile hesaplanmıştır. Bu formüle göre örneklem sayısı 157 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın yürütüldüğü süre içerisinde nöroloji polikliniğinde inme tanısı olan 170 bireye ulaşılarak veriler toplanmıştır.

İnme geçiren bireyler için araştırmaya dahil edilme kriterleri olarak; inme tanısı almış olması, ciddi görme ve işitme probleminin olmaması, iletişim kurabilmesi, ileri

derecede bilişsel yeti yitiminin olmaması olarak belirlenmiştir. Kriterleri sağlayan ve onamı olan bireyler örnekleme dâhil edilmiştir.

### **3.4. Veri toplama**

Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi nöroloji polikliniklerinde Mart-Eylül 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Nöroloji polikliniklerinde formlar, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile bireylerin kendisinden ve yakınından toplanmıştır.

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak: “Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bilgi Formu (Ek 1)”, “İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 2)” ve “Kronik Hastalıklarda Öz Etkililik Ölçeği (Ek 3)” kullanılmıştır.

#### **3.4.1. Sosyo-demografik özelliklere ilişkin bilgi formu:**

Araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucunda hazırlanmıştır (Küçükdeveci ve ark. 2001, Hakverdioğlu Yönt ve Khorshid 2012, Kuzu 2015, Kamwesiga ve ark. 2016, Kürücü 2017, McIntosh 2017, Öztürk ve ark., 2018). Bu form; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir durumu değerlendirmesi, yaşadığı yer, birlikte yaşadığı bireyler, kronik hastalıkları, mevcut kronik hastalıklarının süresi, inme tanı konma tarihi, atak sayısı, inme sonrası gelişen yetersizlikler, etkilenen taraf, fizik tedavi görme, sigara ve alkol kullanımı, bağımsızlık düzeyini içeren 19 sorudan oluşmaktadır.

#### **3.4.2. İnmeye özgü yaşam kalitesi ölçeği:**

İnme tanısı alan bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla oluşturulan ölçek, Williams ve arkadaşları tarafından 1999 yılında geliştirilmiştir (Williams ve ark., 1999). Türkçe geçerlik-güvenirliliği 2009 yılında Hakverdioğlu Yönt ve Khorshid tarafından yapılmıştır. Ölçek 48 maddeli, 8 faktörden oluşan likert tipi bir ölçektir. Bu alt faktörler; aktiviteler (19 madde), enerji (4 madde), mizaç (4 madde), aile ve sosyal roller (8 madde), vizyon (3 madde), dil (5 madde), düşünme (2 madde) ve kişilik özellikleri (3 madde) şeklindedir. Ölçeğin cronbach alpha değeri  $\alpha = 0,97$  dir.

#### **Alanların İçeriği:**

- 1. Aktiviteler:** Bireyin yürürken, merdiven çıkarken, ayakta dururken, sandalyeden kalkarken, yerden eğilip bir şey alırken, yazı yazarken, düğme iliklerken, fermuar

çekerken, çorap giyerken ve kavanoz kapağı açarken, evle ilgili günlük işleri yaparken, alışkın olduğu işleri yaparken, bir işe başlayıp bitirme sırasındayken, yemek yerken, giyinirken, banyo yaparken ve tuvaleti kullanırken yaşadığı zorluğu içermektedir.

2. **Enerji:** Bireyin yaşadığı yorgunlukla ilgili düşüncelerini içermektedir.
3. **Mizaç:** Geleceği hakkındaki düşünceleri, başkalarına karşı davranışları ve kendine olan güveni ile ilgili düşüncelerini içermektedir.
4. **Aile ve Sosyal roller:** Ailesi ile birlikte eğlence amaçlı aktivitelere katılma durumu, bedensel durumunun aile yaşantısını etkilemesi ile ilgili düşünceleri, istediği sıklıkta dışarı çıkmada, arkadaşlarını görmede, hoşlandığı işleri yapmada ve cinsel ilişkide yaşadığı zorluğu içermektedir.
5. **Vizyon-Görme:** Televizyon seyredirken ve etkilenen taraftaki eşyaları görmede yaşanan zorluğu içermektedir.
6. **Dil:** İnsanlarla konuşmada ve telefonda konuşma sırasında zorlanma, istediği kelimeyi bulmakta zorlanma gibi yaşanan zorluğu içermektedir.
7. **Düşünme:** Bireyin herhangi bir şeye dikkatini yoğunlaştırmada ve hatırlama ile ilgili düşüncelerini içermektedir.
8. **Kişilik:** Sinirlilik durumu ve başkalarına karşı sabırsız davranışlarda bulunma ile ilgili düşüncelerini içermektedir.

İnmeye özgü yaşam kalitesi ölçeğinin maddeleri 1'den 5'e kadar değişen likert tipi puanlama ile derecelendirilmektedir. Derecelendirmede; kesinlikle katılıyorum (1), kısmen katılıyorum (2), kararsızım (3), kısmen (4), kesinlikle katılmıyorum (5) şeklinde puanlandırılmaktadır. Bazı maddelerde (Çoraplarınızı giyerken zorlandınız mı?, Düğme iliklerken zorlandınız mı? gibi) ise yukarıdaki derecelendirmeler uymadığından, "Hiç yapamadım (1), Çok zorlandım (2), Biraz zorlandım (3), Çok az

zorlandım (4), Hiç zorlanmadım (5)” şeklinde derecelendirilmektedir. Ölçeğe ait her bir alanın puan ortalamasının hesaplanmasında, alana ait bütün maddelerden alınan puanlar toplanarak, alana ait madde sayısına bölünmektedir. Her bir alandan alınan ortalama puanların toplamının 8’e bölünmesi ile de ölçeğin toplam puanı hesaplanmaktadır. Ölçek puanının yüksek olması, yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, ölçek puanının düşük olması yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir.

### **3.4.3. Kronik hastalıklarda öz-etkililik ölçeği:**

Bu ölçek, Lorig ve arkadaşları tarafından (1996) kronik hastalığı olan bireylerin öz etkililik algılarını ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirliği Ceyhan ve Ünsal (2017) tarafından yapılmış olup, 30 soru ve 10 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; düzenli spor yapmak (3 soru), hastalığı hakkında bilgi almak (1 soru), toplum, aile ve arkadaşlardan yardım almak (3 soru), hekim ile iletişim kurmak (3 soru), genel olarak hastalığı yönetmek (4 soru), gündelik işleri yapmak (2 soru), sosyal/eğlence etkinliklerine katılmak (2 soru), semptomlarla başa çıkmak (5 soru), nefes darlığı ile başa çıkmak (1 soru) ve depresyon ile başa çıkmaktır (1 soru). Ölçeğin cronbach alpha değeri  $\alpha = 0,95$ ’ dir.

Ölçek 1’den 10’a kadar artan skala ile öz etkililik algısını belirleyecek şekilde oluşturulmuştur. Ölçekteki 1 rakamı “hiç güvenim yok” ifadesini, 10 rakamı ise “tamamen güvenim var” ifadesini temsil etmektedir. Bireyin ölçekten aldığı toplam puanı, madde sayısına bölünerek ortalama bir öz etkililik skoru bulunur. Eğer bu skor 7’nin altında ise, başarısızlığı önlemek için stratejilerin ve problem çözmenin yeniden değerlendirmesi gerektiği, 7 ve üzerinde ise bireyin hastalığına ilişkin öz etkililiğinin yüksek olduğu ve kendisi için ihtiyacı olan eylemleri başarabileceği inancının yeterli olduğu anlamına gelmektedir.

### **3.5. Etik**

Çalışmaya başlamadan önce Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Klinik Araştırma ve Uygulama Hastanesi Etik Kurul’undan (Ek 4), İl Sağlık Müdürlüğü’nden (Ek 5), ölçek sahiplerinden (Ek 6) ve çalışmaya dâhil edilen bireylerden (Ek 7) gerekli izinler alınmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere çalışmanın amacı, verilerin ne amaçla kullanılacağı anlatılmış, araştırma hakkında bilgi verilmiş, sözlü ve yazılı onamları



alınmıştır. Aydınlatılmış onam okutularak/okunarak imzalatılmıştır. Çalışmaya dâhil edilen bireylere ait bilgiler araştırmacı tarafından saklı tutulmuştur.

### **3.6. Araştırmanın sınırlılıkları**

Çalışmanın sadece Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi nöroloji polikliniklerinde yapılmış olması sonuçların genellenmesi açısından sınırlılığı olarak değerlendirilebilir. Bu çalışmada diğer bir sınırlılık ise; bireylerin İÖYKÖ ve KHÖEÖ sorularına verdikleri yanıtlar öz bildirimlerine dayanmaktadır.

### **3.7. Verilerin değerlendirilmesi**

Verilerin analizi SPSS versiyon 19.0 yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Tanımlayıcı verilerin sunumunda ortalama, standart sapma, ortanca, minimum, maksimum, frekans ve yüzde değerleri kullanılmıştır. İkili gruplar arası karşılaştırmalarda normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İki'den fazla grubun karşılaştırılmasında normal dağılım göstermediği için Kruskal Wallis varyans analizi kullanılmıştır. Bağımlı, bağımsız değişkenlerin yüzde ortalamalarının incelenmesinde tek değişkenli analizinde Ki-Kare testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki normal dağılım göstermeyen değişkenler için Spearman's korelasyon testi ile incelenmiştir. p değerinin 0,05' in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

#### 4. BULGULAR

İnmeli bireylerde öz etkililik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile yapılan araştırmanın bulguları aşağıda yer alan başlıklar altında ele alınmıştır.

- ✓ Bireylerin tanıtıcı özellikleri ve inmeye ilişkin bulgular
- ✓ Bireylerin inmeye yönelik risk faktörlerine ilişkin bulgular
- ✓ Bireylerde yaşam kalitesi düzeylerine ilişkin bulgular
- ✓ Bireylerde öz etkililik düzeylerine ilişkin bulgular
- ✓ Bireylerde öz etkililik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

##### 4.1. Bireylerin tanıtıcı özellikleri ve inmeye ilişkin bulgular

Araştırmaya dâhil edilen inmeli bireylerin tanıtıcı özellikleri Tablo 1' de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, bireylerin %60,6' sı erkek, %39,4' ü kadındır. %70' i evli, %23,5' i dul, %4,7' si boşanmış, %1,8' i bekindir. Eğitim durumuna bakıldığında, %64,7' si ilköğretim, %10' u lise, %4,1' i üniversite, %3,5' i ortaöğretim mezunudur. Okuryazar olmayanlar %11,2 ve okuryazar olduğu halde bir okul bitirmeyenler %6,5' dir. Bireylerin %47,1' i emekli, %33,5' i ev hanımı, %11,2' si serbest meslek, %4,1' i işsiz, %2,4' ü işçi, %1,8' i memurdur. Geliri giderine eşit olanların oranı %67,6, geliri giderinden az olanların oranı %24,1, geliri giderinden fazla olanların oranı %8,2' dir. Yaşadıkları yer sorgulandığında %37,1' i ilde, %35,3' ü köyde, %27,6' sı ilçede yaşamaktadır. Bunun yanında bireylerin, %68,2' si ailesiyle, %23,5' i çocuklarıyla yaşarken %5,3' ü yalnız, %2,4' ü huzurevi, %0,6' sı bakıcısı ile yaşamaktadır (Tablo 1). Bireylerin yaş ortalaması  $69,1 \pm 11,1$  (min: 26, maks: 90) bulunmuştur.

**Tablo 1.** Araştırmaya dahil edilen inmeli bireylerin tanıtıcı özellikleri (n=170)

<b>Tanıtıcı Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	67	39,4
Erkek	103	60,6
<b>Medeni durum</b>		
Evli	119	70,0
Bekar	3	1,8
Boşanmış	8	4,7
Dul	40	23,5
<b>Eğitim durumu</b>		
Okur yazar değil	19	11,2
Okur yazar	11	6,5
İlköğretim	110	64,7
Ortaöğretim	6	3,5
Lise	17	10,0
Üniversite	7	4,1
<b>Meslek</b>		
Ev hanımı	57	33,5
Memur	3	1,8
İşçi	4	2,4
Emekli	80	47,1
Serbest meslek	19	11,2
İşsiz	7	4,1
<b>Gelir durumu</b>		
Gelir giderinden fazla	14	8,2
Gelir giderine eşit	115	67,6
Gelir giderinden az	41	24,1
<b>Yaşadığı yer</b>		
İl	63	37,1
İlçe	47	27,6
Köy	60	35,3
<b>Kiminle yaşıyor</b>		
Yalnız	9	5,3
Ailesiyle	116	68,2
Çocuklarıyla	40	23,5
Huzurevi	4	2,4
Bakıcı ile	1	0,6
<b>TOPLAM</b>	<b>170</b>	<b>100</b>
<hr/>		
	<b>Ortalama</b>	<b>± SS (min-maks)</b>
<b>Yaş</b>	69,1	±11,1 (26-90)

Çalışmada bireylerin inmeye yönelik tanımlayıcı özellikleri Tablo 2’ de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, bireylerin %69,9’ u bir kez, %21,8’ i iki kez, %8,3’ ü üç kez atak geçirmiştir. İnmeli bireylerin %48,8’ i kısmi, %25,9’ u tam bağımlı ve %25,3’ ü bağımsızdır. %46,5’ inin sağ, %45,3’ ünün sol, %8,2’ sininde her iki tarafı etkilenmiştir. Bireylerin %25,3’ ü fizik tedavi aldığını, %74,7’ si ise fizik tedavi almadığını belirtmiştir. Bireylerin inme tanı süresi  $46,8 \pm 74,4$  (min:1, maks: 456) ay bulunmuştur (Tablo 2).

**Tablo 2.** İnmeye yönelik tanımlayıcı özellikler (n=170)

<b>Tanımlayıcı Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Atak sayısı</b>		
Bir kez atak geçirenler	93	69,9
İki kez atak geçirenler	29	21,8
Üç kez atak geçirenler	11	8,3
<b>Bağımlılık düzeyi</b>		
Bağımsız	43	25,3
Kısmi bağımlı	83	48,8
Tam bağımlı	44	25,9
<b>Etkilenen taraf</b>		
Sağ	79	46,5
Sol	77	45,3
İki taraf	14	8,2
<b>Fizik tedavi alma</b>		
Evet	43	25,3
Hayır	127	74,7
<b>TOPLAM</b>	<b>170</b>	<b>100</b>
	<b>Ortalama</b>	<b>± ss (min-maks)</b>
<b>İnme tanı süresi (ay)</b>	46,8	± 74,4 (1-456)

Çalışmada inme sonrası görülen yetersizlikler Tablo 3' te verilmiştir. Tablo incelendiğinde, bireylerde inme sonrası görülen yetersizliklerin sırasıyla; %75,9' unda yürüme güçlüğü, %69,4' ünde yorgunluk, %68,8' inde yüz, kol veya bacakta özellikle vücudun bir tarafında güçsüzlük uyuşma veya karıncalanma, %68,8' inde kolları ve bacakları hareket ettirmede güçlük, %67,1' inde denge kaybı, %46' sında konuşamama ya da konuşma güçlüğü, %43,5' inde unutkanlık gibi bilinç durumunda yetersizlikler, %41,2' sinde içine kapanıklık, depresyon, sinirlilik gibi kişilik değişiklikleri, %31,8' inde görme sorunları, %25,3' ünde yutma güçlüğü, %24,1' inde inkontinans problemlerinin olduğu bulunmuştur (Tablo 3).

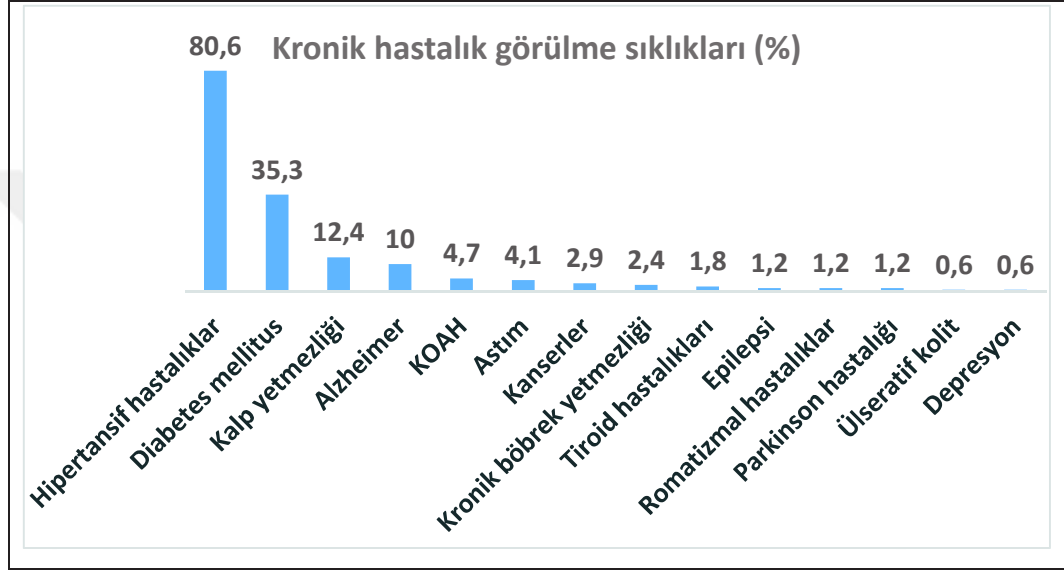
**Tablo 3.** İnme sonrası görülen yetersizlikler (n=170)

<b>İnme sonrası görülen yetersizlikler (*)</b>	<b>Sayı*</b>	<b>%*</b>
Yüz, kol veya bacakta özellikle vücudun bir tarafında güçsüzlük uyuşma veya karıncalanma	117	68,8
Yürüme güçlüğü	129	75,9
Denge kaybı	114	67,1
Kolları ve bacakları hareket ettirmede güçlük	117	68,8
Yutma güçlüğü	43	25,3
Konuşamama	6	3,6
Konuşma güçlüğü	72	42,4
Anlama güçlüğü	30	17,6
Yorgunluk	118	69,4
Bir veya iki gözde görme sorunu	54	31,8
Bilinç bulanıklığı	74	43,5
Kişilik değişiklikleri	70	41,2
İnkontinans	41	24,1

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

#### 4.2. Bireylerin inmeye yönelik risk faktörlerine ilişkin bulgular

Çalışmada inmeli bireylerde görülen kronik hastalık sıklıkları Grafik 1’ de verilmiştir. Grafik incelendiğinde, bireylere eşlik eden kronik hastalıkları sırasıyla; hipertansiyon (%80,6), diabetes mellitus (%35,3), kalp yetmezliği (%12,4), alzheimer (%10), KOAH (%4,7), astım (% 4,1), kanserler (%2,9), kronik böbrek yetmezliği (% 2,4), tiroit hastalıkları (%1,8), epilepsi (%1,2), romatizmal hastalıklar (%1,2), parkinson (%1,2), ülseratif kolit (%0,6), depresyon (%0,6)’ dur (Grafik 1).



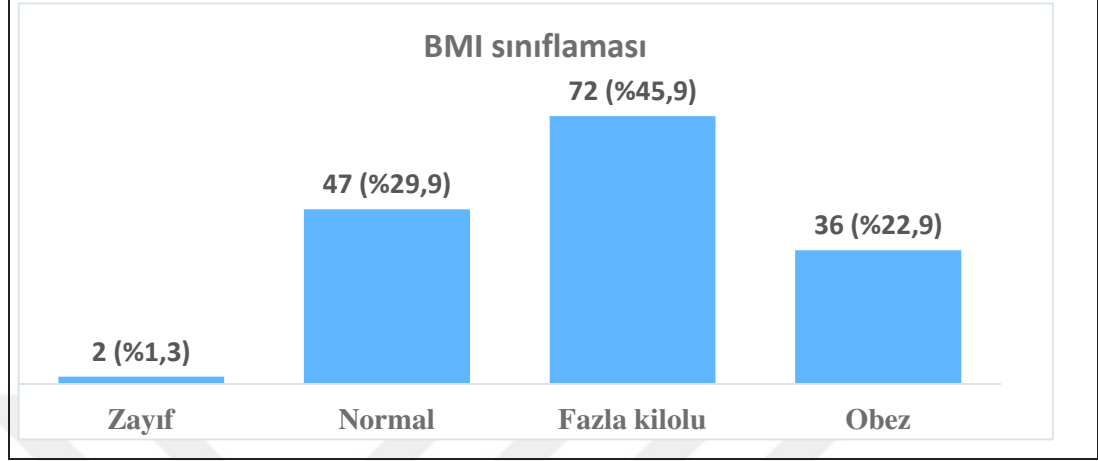
**Grafik 1.** İnmeli bireylerde görülen kronik hastalık sıklıkları

Çalışmada inmeli bireylerde görülen kronik hastalıkların süreleri Tablo 4’ te verilmiştir. Tablo incelendiğinde bireylerde en uzun süreli görülen hastalıklar, hipertansiyon ve diyabet bulunmuştur (Tablo 4).

**Tablo 4.** İnmeli bireylerde görülen kronik hastalıkların süreleri (n=170)

	Hastalık süresi							
	<1 yıl		1-5 yıl		6-9 yıl		>10 yıl	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hipertansiyon	17	12,4	29	21,2	27	19,7	64	46,7
Diabetes Mellitus	1	1,7	12	20,0	4	6,7	43	71,6
Kalp Yetmezliği	2	9,5	7	33,3	2	9,5	10	47,7
Alzheimer	2	11,8	11	64,7	3	17,6	1	5,9
KOAH	1	12,5	1	12,5	2	25,0	4	50,0

Çalışmada inmeli bireylerdeki BKİ sınıflaması Grafik 2’ de verilmiştir. Grafik incelendiğinde, bireylerin %45,9’ u fazla kilolu, %29,9’ u normal, %22,9’ u obez, %1,3’ ü zayıf olduğu bulunmuştur (Grafik 2).



**Grafik 2.** İnmeli bireylerdeki obezite sınıflaması

Çalışmada inmeli bireylerin risk faktörü olan, sigara ve alkol kullanma durumunun değerlendirilmesi Tablo 5’ te verilmiştir. Tablo incelendiğinde, bireylerin sigara kullanım sıklığı %20,6, alkol kullanım sıklığı %3,5 olarak bulunmuştur (Tablo 5)

**Tablo 5.** İnmeli bireylerin sigara ve alkol kullanma durumu (n=170)

	Sayı	%
<b>Sigara kullanma</b>		
Evet	35	20,6
Hayır	135	79,4
<b>Alkol kullanma</b>		
Evet	6	3,5
Hayır	164	96,5
<b>TOPLAM</b>	<b>170</b>	<b>100</b>

### 4.3. Bireylerde yaşam kalitesi düzeylerine ilişkin bulgular

Çalışmada inmeye özgü yaşam kalitesi toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı Tablo 6’ da verilmiştir. Tablo incelendiğinde bireylerin yaşam kalitesi düzeyi toplam puan ortalaması  $2,9 \pm 0,9$  olarak bulunmuştur (Tablo 6). Ölçeğin alt boyutlarından alınan puan ortalamaları sırasıyla;  $(2,4 \pm 1,4)$  kişilik alt boyutu,  $(2,5 \pm 1,3)$  aile ve sosyal roller alt boyutu,  $(2,6 \pm 1,5)$  düşünme alt boyutu,  $(2,6 \pm 1,1)$  enerji alt boyutu,  $(2,9 \pm 0,9)$  aktiviteler alt boyutu,  $(3,1 \pm 1,4)$  mizaç alt boyutu,  $(3,6 \pm 1,1)$  dil alt boyutu,  $(3,9 \pm 1,1)$  vizyon- görme alt boyutu olarak bulunmuştur. İnmeli bireylerin en yüksek puan ortalaması “Vizyon ”alt boyutunda, en düşük puan ortalaması ise “Kişilik” alt boyutunda bulunmuştur.

**Tablo 6.** İnmeye özgü yaşam kalitesi toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n=170)

Alt boyutlar	Ort $\pm$ ss	Min / Max
1.Aktiviteler	$2,9 \pm 0,9$	1,0-5,0
2.Enerji	$2,6 \pm 1,1$	1,0-5,0
3.Mizaç	$3,1 \pm 1,4$	1,0-5,0
4.Aile ve sosyal roller	$2,5 \pm 1,3$	1,0-5,0
5.Vizyon-Görme	$3,9 \pm 1,1$	1,0-5,0
6.Dil	$3,6 \pm 1,1$	1,0-5,0
7.Düşünme	$2,6 \pm 1,5$	1,0-5,0
8.Kişilik	$2,4 \pm 1,4$	1,0-5,0
<b>Toplam</b>	<b><math>2,9 \pm 0,9</math></b>	<b>1,1-4,9</b>



Çalışmada inmeye özgü yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamasının (İÖYKÖ) inme süresi ile karşılaştırılması Tablo 7’ de verilmiştir. Tablo incelendiğinde bireylerin inme geçirme süresine göre verdikleri yanıtların toplam puan ortalaması, <1 yıl olan (%40) bireylerde  $2,7 \pm 0,9$ , 1-3 yıl olan (%22,95) bireylerde  $2,9 \pm 0,9$  , >3 yıl (%37,05) olan bireylerde ise  $3,1 \pm 0,9$  olarak bulunmuştur. Yıllara göre yaşam kalitesi puanı artmıştır ancak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,07$ ) (Tablo 7).

**Tablo 7.** İnme özgü yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamasının (İÖYKÖ) inme süresi ile karşılaştırılması

İnme Süresi	İÖYKÖ Toplam Puan Ort. $\pm$ ss	KW	p
<1 yıl (% 40)	$2,7 \pm 0,9$		
1-3 yıl (% 22,95)	$2,9 \pm 0,9$	5,269	0,07
>3 yıl (% 37,05)	$3,1 \pm 0,9$		

KW: Kruskal wallis testi

Çalışmada inmeye özgü yaşam kalitesi toplam ve alt ölçek puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması Tablo 8’ de verilmiştir. Tablo incelendiğinde kadınların yaşam kalitesi puan ortalaması kişilik alt boyutu puan ortalaması hariç diğer alt boyutlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 8). Kişilik alt boyutu incelendiğinde ise istatistiksel olarak her iki cinsiyet arasında fark bulunmamıştır ( $p=0,170$ ) (Tablo 8).

**Tablo 8.** İnme özgü yaşam kalitesi toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının cinsiyete göre karşılaştırılması (n=170)

Alt boyutlar	Kadın ort $\pm$ ss	Erkek ort $\pm$ ss	Z	p
1. Aktiviteler	$2,7 \pm 0,9$	$3,1 \pm 0,9$	-2,420	<b>0,016</b>
2.Enerji	$2,3 \pm 1,0$	$2,8 \pm 1,1$	-2,576	<b>0,010</b>
3.Mizaç	$2,7 \pm 1,4$	$3,4 \pm 1,3$	-3,046	<b>0,002</b>
4.Aile ve sosyal roller	$2,2 \pm 1,2$	$2,7 \pm 1,3$	-2,458	<b>0,014</b>
5.Vizyon-Görme	$3,7 \pm 1,1$	$4,0 \pm 1,0$	-2,221	<b>0,026</b>
6.Dil	$3,3 \pm 1,1$	$3,8 \pm 1,1$	-3,001	<b>0,003</b>
7.Düşünme	$2,2 \pm 1,5$	$2,9 \pm 1,5$	-3,521	<b>&lt;0,001</b>
8.Kişilik	$2,2 \pm 1,4$	$2,5 \pm 1,4$	-1,372	0,170
<b>Toplam</b>	<b><math>2,6 \pm 1,0</math></b>	<b><math>3,1 \pm 0,9</math></b>	<b>-3,540</b>	<b>&lt;0,001</b>

Z: Mann Whitney U testi

#### 4.4. Bireylerde öz etkililik düzeylerine ilişkin bulgular

Çalışmamızda kronik hastalıklarda öz etkililik toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı Tablo 9’ da verilmiştir. Tablo incelendiğinde toplam puan ortalaması  $5,7 \pm 2,3$  bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarından alınan puan ortalamaları sırasıyla;  $(4,8 \pm 3,2)$  ev işlerini yapma,  $(5,1 \pm 3,0)$  düzenli bir şekilde spor yapma,  $(5,1 \pm 2,5)$  semptomlarla başa çıkma,  $(5,3 \pm 2,7)$  genel hastalık yönetimi,  $(5,5 \pm 2,7)$  depresyonu yönetme/kontrol,  $(5,8 \pm 2,9)$  doktorla iletişim ve sosyal/eğlence aktiviteleri,  $(6,0 \pm 3,0)$  hastalık hakkında bilgi alma,  $(7,0 \pm 2,7)$  toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma,  $(8,4 \pm 2,4)$  nefes darlığı ile başa çıkma olarak bulunmuştur. İnmeli bireylerin en başarılı öz etkililik düzeyi “Nefes Darlığı İle Başa Çıkma ( $8,4 \pm 2,4$ )” alt boyutu, en düşük öz etkililik düzeyi ise “Ev İşlerini Yapma ( $4,8 \pm 3,2$ )” alt boyutu olmuştur (Tablo 9). Bireylerin %63,5’ i “7” puanın altında, %36,5’ i “7 ve üzeri” puan almıştır (Tablo 9). Ölçeğin yorumlanmasında, eğer skor 7’ nin altında ise, bireyde başarısızlığı önlemek için stratejilerin ve problem çözmenin yeniden değerlendirilmesi gerektiği, 7 ve üzerinde ise bireyin hastalığına ilişkin öz etkililiğinin yüksek olduğu ve kendisi için ihtiyacı olan eylemleri başarabileceği anlamına geldiği belirtilmektedir (Tablo 9).

**Tablo 9.** Kronik hastalıklarda öz etkililik toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n=170)

Alt boyutlar	Ort. $\pm$ ss	Min / Max
1.Düzenli Bir Şekilde Spor Yapma	$5,1 \pm 3,0$	1,0-10,0
2. Hastalık Hakkında Bilgi Alma	$6,0 \pm 3,0$	1,0-10,0
3.Toplum, Aile ve Arkadaşlardan Yardım Alma	$7,0 \pm 2,7$	1,0-10,0
4. Doktorla İletişim	$5,8 \pm 2,9$	1,0-10,0
5. Genel Hastalık Yönetimi	$5,3 \pm 2,7$	1,0-10,0
6. Ev İşlerini Yapma	$4,8 \pm 3,2$	1,0-10,0
7.Sosyal/Eğlence Aktiviteleri	$5,8 \pm 2,9$	1,0-10,0
8.Semptomlarla Başa Çıkma	$5,1 \pm 2,5$	1,0-10,0
9.Nefes Darlığı ile Başa Çıkma	$8,4 \pm 2,4$	1,0-10,0
10.Depresyonu Yönetme/Kontrol	$5,5 \pm 2,7$	1,0-10,0
<b>Toplam puan</b>	<b><math>5,7 \pm 2,3</math></b>	<b>1,0-9,7</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>
<7	62	63,5
7 ve üzeri	108	36,5

Çalışmada kronik hastalıklarda öz etkililik toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının cinsiyete göre karşılaştırılması Tablo 10’ da verilmiştir. Tablo incelendiğinde tüm alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması erkeklerin kadınlara göre yüksek bulunmuştur ve “Hastalık Hakkında Bilgi Alma” alt boyutu hariç istatistiksel olarak anlamlıdır. Kadınların %74,6’ sı, erkeklerin %56,3’ ü ölçekten aldığı puan ortalaması 7’ nin altında kalarak öz etkililiği düşük bulunmuştur (Tablo 10).

**Tablo 10.** Kronik hastalıklarda öz etkililik toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının cinsiyete göre karşılaştırılması (n=170)

Alt boyutlar	Kadın		Erkek		Z	p
	ort ± ss		ort ± ss			
1. Düzenli Bir Şekilde Spor Yapma	4,3 ±3,0		5,7 ±2,9		-3,029	<b>0,002</b>
2. Hastalık Hakkında Bilgi Alma	5,7 ±2,8		6,3 ±3,0		-1,465	0,143
3.Toplum, Aile ve Arkadaşlardan Yardım Alma	6,3 ±2,9		7,4 ±2,6		-2,338	<b>0,019</b>
4. Doktorla İletişim	4,9 ±3,1		6,3 ±2,6		-2,799	<b>0,004</b>
5. Genel Hastalık Yönetimi	4,5 ±2,8		5,9 ±2,5		-3,064	<b>0,002</b>
6. Ev İşlerini Yapma	3,6 ±3,1		5,6 ±3,1		-2,866	<b>&lt;0,001</b>
7. Sosyal/Eğlence Aktiviteleri	4,9 ±3,1		6,3 ±2,6		-2,799	<b>0,004</b>
8. Semptomlarla Başa Çıkma	4,4 ±2,6		5,5 ±2,4		-2,505	<b>0,012</b>
9. Nefes Darlığı ile Başa Çıkma	7,8 ±2,7		8,7 ±2,2		-2,142	<b>0,032</b>
10.Depresyonu Yönetme/Kontrol	4,4 ±2,9		6,1 ±2,4		-3,716	<b>&lt;0,001</b>
<b>Toplam puan</b>	<b>4,9 ±2,4</b>		<b>6,2 ±2,0</b>		<b>-3,619</b>	<b>&lt;0,001</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>x<sup>2</sup></b>	<b>p*</b>
<7	50	74,6	58	56,3	<b>5,878</b>	<b>0,015</b>
7 ve üzeri	17	25,4	45	43,7		

Z: Mann Whitney U testi, x<sup>2</sup>: Ki- kare testi

#### 4.5. Bireylerde öz etkililik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Çalışmada inmeye özgü yaşam kalitesi ölçeği (İÖYKÖ) ile kronik hastalıklarda öz etkililik ölçeği (KHÖEÖ) puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 11’ de verilmiştir. Tablo incelendiğinde inmeye özgü yaşam kalitesi ölçeği ile kronik hastalıklarda öz etkililik ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif yönlü çok güçlü ilişki olduğu görülmektedir ( $r=0,782$ ,  $p<0,001$ ) (Tablo 11).

**Tablo 11.** İnmeye özgü yaşam kalitesi ölçeği (İÖYKÖ) ile kronik hastalıklarda öz etkililik ölçeği (KHÖEÖ) puan ortalamaları arasındaki ilişki (n=170)

İÖYKÖ		
	r	p
<b>KHÖEÖ</b>	0,782	<b>&lt;0,001</b>

r: Spearman Kolerasyon kat sayısı

Çalışmada inmeye özgü yaşam kalitesi (İÖYKÖ) ve kronik hastalıklarda öz etkililik (KHÖEÖ) ölçek puan ortalamalarının bağımlılık düzeyine göre karşılaştırılması Tablo 12’ de verilmiştir. Tablo incelendiğinde tam bağımlı olan bireylerin hem İÖYKÖ hem de KHÖEÖ puan ortalaması düşük bulunmuştur. İstatistiksel değerlendirmede ise bağımlılık düzeyine göre anlamlı bir fark bulunmuştur (sırasıyla  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ) (Tablo 12).

**Tablo 12.** İnmeye özgü yaşam kalitesi (İÖYKÖ) ve kronik hastalıklarda öz etkililik (KHÖEÖ) ölçek puan ortalamalarının bağımlılık düzeyine göre karşılaştırılması (n=170)

Bağımlılık düzeyi	İÖYKÖ ort± ss	KW	p	KHÖEÖ ort± ss	KW	p
Bağımsız	4,0±0,4			7,7±1,4		
Kısmi bağımlı	2,9±0,6	78,270	<b>&lt;0,001</b>	5,9±1,7	113,063	<b>&lt;0,001</b>
Tam bağımlı	1,8±0,4			3,2±1,8		

KW: Kruskall Wallis testi

Çalışmada inmeye özgü yaşam kalitesi (İÖYKÖ) ve kronik hastalıklarda öz etkililik (KHÖEÖ) ölçek puan ortalamalarının tanıtıcı özelliklerle karşılaştırılması Tablo 13’ te verilmiştir. Tablo incelendiğinde; erkeklerin hem İÖYKÖ hem de KHÖEÖ puan

ortalaması kadınlardan yüksek bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlıdır (İÖYKÖ  $p<0,001$ , KHÖEÖ  $p<0,001$ ). Çalışmamızda evli olan bireylerde evli olmayan kişilere göre yaşam kalitesi ve öz etkililik ölçek toplam puan ortalamaları daha yüksektir. Ayrıca bu durum istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir (İÖYKÖ  $p:0,018$ , KHÖEÖ  $p: 0,018$ ). Çalışmamızda eğitim düzeyiyle karşılaştırma yapıldığında bireylerin yaşam kalitesi ve öz etkililik düzeylerinde bir artış olduğu fakat istatistiksel olarak herhangi bir anlamlılık olmadığı bulunmuştur (İÖYKÖ  $p: 0,166$ , KHÖEÖ  $p:0,095$ ) (Tablo 13). Yapılan kolerasyon analizine göre; yaş ile inmeye özgü yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönlü zayıf ilişki varken kronik hastalıklarda öz etkililik ölçeği puan ortalamasında ise negatif yönlü orta derecede ilişki bulunmuştur (sırasıyla;  $r=-0,210$ ,  $p=0,006$ ,  $r=-0,266$ ,  $p<0,001$ ). Sonuç olarak erkeklerin kadınlara, evli olanların olmayanlara göre her iki ölçek puanı anlamlı olarak yüksektir. Eğitim durumuna göre karşılaştırma yapıldığında herhangi bir anlamlılık bulunmamıştır (Tablo 13).

**Tablo 13.** İnmeye özgü yaşam kalitesi (İÖYKÖ) ve kronik hastalıklarda öz etkililik (KHÖEÖ) ölçek puan ortalamalarının tanıtıcı özelliklerle karşılaştırması (n=170)

Tanıtıcı Özellikler	İÖYKÖ ort ± ss	Z	p	KHÖEÖ ort ± ss	Z	p
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	2,6 ±1,0			4,9±2,4		
Erkek	3,1 ±0,9	-3,540	<0,001	6,2±2,0	-3,619	<0,001
<b>Medeni durum</b>						
Evli	3,0±0,9			6,0±2,2		
Evli değil	2,6±1,0	-2,374	0,018	5,0±2,4	-2,363	0,018
<b>Eğitim durumu</b>						
İlköğretim ve altı	2,8±0,9			5,6±2,3		
Ortaöğretim ve üzeri	3,1±1,0	-1,384	0,166	6,3±2,3	-1,670	0,095
Z: Mann Whitney U testi						
	İÖYKÖ*			KHÖEÖ*		
Yaş	r	-0,210		r	-0,266	
	p	0,006		p	<0,001	

\*r: Spearmen Korelasyon kat sayısı

## 5. TARTIŞMA

İnmeli bireylerde öz etkililik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla planlanan bu çalışma sonucunda elde edilen bulgular bu bölümde beş başlık şeklinde tartışılmıştır.

- ✓ Bireylerin tanıtıcı özellikleri ve inmeye ilişkin bulguların tartışması,
- ✓ İnmeye yönelik risk faktörlerine ilişkin bulguların tartışması,
- ✓ Bireylerin yaşam kalitesi düzeylerine ilişkin bulguların tartışması,
- ✓ Bireylerin öz etkililik düzeylerine ilişkin bulguların tartışması,
- ✓ Bireylerin öz etkililik ve yaşam kalitesi arasında ilişkiye yönelik bulguların tartışması yapılmıştır.

### 5.1. Bireylerin tanıtıcı özellikleri ve inmeye ilişkin bulguların tartışması

Çalışma sonuçlarına göre araştırmaya dahil edilen inmeli bireylerin yaş ortalaması  $69,1 \pm 11,1$  olarak bulunmuştur ve bireylerin yaşları 26 ile 90 arasında değişmektedir (Tablo 1). Yapılan diğer çalışmalara bakıldığında yaş ortalamaları 70,5 (Kwok ve ark., 2006), 63,1 (Hakverdioğlu Yönt ve Khorshid, 2012), 65,9 (Kuzu 2015), 56,4 (Acaroz Candan ve Livanelioglu 2017), 58,9 (Öztürk ve ark., 2018) arasında değişmektedir. İnme özellikle, yaşlı bireylerde görülen bir hastalıktır. 55 yaşından sonra görülme sıklığı her on yılda iki katına çıkmaktadır. Yaş ilerledikçe inmeden kaynaklı ölüm oranlarının arttığı belirtilmektedir (Feigin ve ark. 2015, Johnson ve ark., 2016). 8 Avrupa ülkesinde yapılan bir analizde inme görülme oranında, yaştaki artış ile birlikte erkeklerde yılda %9 / y, kadınlarda %10 / y oranında yükselme olduğu görülmüştür (Meschia ve ark., 2014). Çalışmamızda inme görülen bireylerin yaş ortalaması yüksektir.

Çalışmamızda bireylerin %60,6' sı erkek, %39,4' ü kadındır (Tablo 1). Diğer çalışmalara bakıldığında hastaların %66 erkek %34 kadın (Kuzu 2015), %61,1' i erkek %38,9' u kadın (Topçu ve Oğuz, 2018), %61' i erkek %39 kadın (Öztürk ve ark., 2018), %50,7 erkek %49,3 kadın (Altun ve ark., 2018) olduğu görülmüştür. Dünyada inme genel olarak erkeklerde kadınlara göre daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Meschia

ve ark., 2014). Çalışmamızda dünya ve ülkemiz verilerine benzer şekilde inme geçiren bireylerin çoğunluğunun erkek cinsiyet (%60,6) olduğu görülmektedir.

Çalışmamızdaki inmeli bireylerin %25,3' ünün bağımsız, % 48,8' inin kısmi ve %25,9' unun tam bağımlı olduğu bulunmuştur (Tablo 2). Kwok ve ark. (2006)' larının çalışmasında, bireylerin %46' sının GYA' da yardıma ihtiyaç duyduğu ve %24' ünün bağımsız, %30' unun tamamen bağımlı olduğu, Haghgoo (2013)' nun çalışmasında, %65,5' i tam bağımlı ya da GYA' da yardıma ihtiyaç duyduğu, Topçu ve Oğuz (2018)' un çalışmasında, bireylerin %87,5' inin orta derecede bağımlı olduğu görülmüştür. Uzun süreli sakatlığın ana sebeplerinden biri olan inme, dünya genelinde %19 oranla engelliliğin üçüncü nedenini oluşturmaktadır (Murray ve ark. 2012, [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/), Erişim tarihi: 17 Kasım 2017). Bu durumun fiziksel, duygusal ve sosyo-ekonomik açıdan bireylerin, ailelerin ve sağlık hizmetlerinin üstünde ciddi problem oluşturacağı öngörülmektedir.

Bireylerde inme sonrası görülen yetersizliklere bakıldığında sırasıyla; %75,9' unda yürüme güçlüğü, %69,4' ünde yorgunluk, %68,8' inde yüz, kol veya bacakta özellikle vücudun bir tarafında güçsüzlük uyuşma veya karıncalanma, %68,8' inde kolları ve bacakları hareket ettirmede güçlük, %67,1' inde denge kaybı, %46' sında konuşamama ya da konuşma güçlüğü, %43,5' inde unutkanlık gibi bilinç durumunda yetersizlikler, %41,2' sinde depresyon, içine kapanıklık, sinirlilik gibi kişilik değişiklikleri, % 31,8' inde görme sorunları %25,3' nde yutma güçlüğü, %24,1' inde inkontinans problemlerinin olduğu bulunmuştur (Tablo 3). Bu yetersizlikler bireylerin hem yaşam kalitesini, hem de öz etkililik düzeyini etkilemesi bakımından önemlidir. Serobro vasküler olay sonrası hayatta kalan kişide, yaşamını ciddi anlamda etkileyecek fonksiyonel bozukluklar oluşabilmektedir. En sık hemipleji ile karşılaşıldığı belirtilmektedir. Diğer nörolojik problemlere bakıldığında ise görme, duyu, tonüs, lisan, koordinasyon-denge, yutma, sfinkter ve kognitif işlevlerle alakalıdır (Kısabay ve ark., 2014). Öztürk ve ark. (2018)' larının çalışmasında, hastaların %44' ünde afazik veya dizartrik konuşma problemi, %12' sinde görme problemi ve %12' sinde inkontinans görülmüştür. Acil birimde yapılan bir çalışmada, inme vakalarının başvuru yakınmaları değerlendirilmiş, en sık rastlanan şikayetlerin sırasıyla; %63,3' ünde tek taraflı kas güçsüzlüğü, %24,5 'inde konuşma güçlüğü ve %23,1' inde bilinç değişiklikleri olduğu bulunmuştur (Altun ve ark., 2018). Fiziksel muayene çıktılarına

bakıldığında; hastaların %58,1' inde hemipleji veya hemiparezi, %24,5' inde afazi ya da dizartri, %23,1' inde bilinç kaybı bulguları görülmüştür (Altun ve ark., 2018). Ayrıca inme sonrası vakaların %40' ında iletişim problemleri görüldüğü, en sık karşılaşılanları afazi ve dizartri olduğu belirtilmektedir (Armağan 2011). American Heart Association raporuna göre, inmeden 6 ay sonra bireylerin %35' inde depresyon, %30' unda mobilizasyon problemlerinin olduğu ve %26' sında günlük aktivitelerinde desteğe gereksinimi olduğu belirtilmektedir (Roger ve ark. 2011, Benjamin ve ark., 2017). Yapılan başka bir çalışmada ise, kişilerin %72.5' inin hafif ile ağır depresyon belirtisi gösterdiği belirtilmiştir (Haghgoo ve ark., 2013). McIntosh (2017) çalışmasında, inmeli bireylerin %48' inde depresyon görülmüştür. Oosterveer ve ark. (2017)' larının çalışmasında, hastaların %20,3' ünün yüksek depresyon puanına sahip olduğu ve erkeklerde oranın %19, kadınlarda %21,5 olduğu bulunmuştur. Görüldüğü üzere inme sonucu oluşan nörolojik yetersizlikler hastalarda ciddi fonksiyonel problemlere yol açmaktadır (Öztürk ve ark., 2018). İnme dünya genelinde her yıl 49 milyon bireyde, fonksiyon kaybına sebep olduğu belirtilmektedir (WHO 2006). Ayrıca inmenin yol açtığı hastalık yükünün (engellilik, hastalık ve erken ölümler) 2030' da dünya genelinde iki katına çıkacağı öngörülmektedir (Feigin ve ark., 2014).

## **5.2. İnmeye yönelik risk faktörlerine ilişkin bulguların tartışılması**

Çalışmamızda inmeli bireylerde görülen kronik hastalıklar sırasıyla; hipertansiyon (%80,6), diabetes mellitus (%35,3), kalp yetmezliği (%12,4), alzheimer (%10), KOAH (%4,7), astım (%4,1) olarak bulunmuştur (Grafik 1). Benzer çalışmalarda inmeye eşlik eden komorbidite hastalıklar incelendiğinde; bireylerin %72,2' sinde, inme tanısı dışında, başka bir kronik hastalığa sahip olduğu (Topçu ve Oğuz, 2018) ve en sık görülen hastalıkların sırasıyla; hipertansiyon ve diyabet olduğu bulunmuştur. Kuzu (2015) çalışmasında, inmeli bireylerde hipertansiyon (%68), diyabetes mellitus (%44) görüldüğünü bildirmektedir. Diğer çalışmalara benzer şekilde çalışmamızda da eşlik eden kronik hastalıklar hipertansiyon ve diyabetir. İncelendiğinde hipertansiyon inme için değiştirilebilen en ciddi risk faktörlerinden biridir. İnme ataklarının önlenmesinde en etkin yöntem hipertansiyon tedavisidir (Mancia ve ark., 2013). Kan basıncı ile inme riski arasında paralel bir bağlantı söz konusudur. Kan basıncı yükseldikçe, hipertansif aralıkta olmasa dahi, inme riskinin arttığı belirtilmektedir (Lewington ve ark., 2002). 60- 74 yaş arasındaki kişilerde yapılan bir kohort araştırmasında (1960 - 1991) sistolik



kan basıncının tedavi ve denetim ile yaklaşık 16 mmHg düşmesiyle, hipertansiyon ile ilişkili morbidite oranının düştüğü ve mortalite oranının %60 azaldığı bildirilmektedir (Chobanian ve ark., 2003). Popülasyonda sistolik kan basıncının 5 mmHg düşürülmesiyle inme kaynaklı mortalite oranında %14' lük genel bir azalma olacağı öngörülmektedir (Chobanian ve ark., 2003). 26 araştırmanın değerlendirildiği bir çalışmada, sistolik kan basıncının 140 mmHg üzeri olmasının subaraknoid kanama riskini %19 oranında artırdığı bildirilmiştir (Feigin ve ark., 2005). Bireylerde kan basıncı hedefi; 60 yaş üzeri kişilerde 150/90 mmHg, 60 yaş altı kişilerde 140/90 mmHg altında olması istenmektedir (Uzuner ve ark., 2015). Eğer kişinin beraberinde komorbidite hastalıkları varsa (diyabet, kronik böbrek yetmezliği vb.) kan basıncının 140/90 mmHg değerlerinin altında olması önerilmektedir (Uzuner ve ark., 2015). Bunun yanında bir diğer önemli risk faktörü olan diyabet, zemininde eşlik eden proaterojenik etmenler ile inme için önemli bir sağlık sorunudur. Diyabetin süresi ile iskemik inme arasında ilişki olduğu bildirilmektedir (Banerjee ve ark., 2012). Diyabeti olmayan kişilerle kıyaslandığında risk, 5 yıl ve altında 1,72 kat iken 10 yıl ve üzeri diyabeti olan kişilerde 3,23 kat daha fazladır (Banerjee ve ark., 2012). Ayrıca genç bireylerde artmakta olan diyabet ve obezite oranları, genç yaştaki inme vakalarının artmasına sebep olmaktadır (Kissela ve ark., 2005). Amerikan Diyabet Birliği, hemoglobin A1c (HbA1c) düzeyinin %7, kan glikozunun < 130 mmHg altında olmasını önermektedir. Bu öneriler ile inme mortalitesinde %10' luk bir düşüş olacağı öngörülmektedir (American Diabetes Association, 2014). İnmede önemli olan bu risk faktörlerinin kontrol altına alınması, bireylerde görülebilecek olan atakların tekrarlanmaması ve mevcut durumun kötüleşmemesi adına önemlidir.

İnmeli bireylerin %68,8' i obez ya da fazla kilolu olarak bulunmuştur (Grafik 2). Obezitenin oluşmasına zemin hazırlayan beslenme biçimi, inme için majör, fakat kontrol edilebilen bir risk etmeni olan yüksek kan basıncının patogenezinde yer alır. Özellikle fazla tuz tüketiminin, düşük potasyum alımının, aşırı alkol kullanımının ve idealin dışında beslenme alışkanlıklarına sahip olmanın kan basıncında artışa sebep olduğu bildirilmektedir (Appel ve ark., 2006). Hipertansiyon kontrolü için; akdeniz diyeti, doymuş yağ kullanımı, potasyumdan zengin beslenme, tuz tüketimini kısıtlama (günlük tuz tüketimi 5 g'den az), sebze ve meyveden zengin besleme önerilmektedir. Ayrıca magnezyum ve lifli besinlerin tüketimi de tavsiye edilmektedir (Bazzano ve ark.

2013,[https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenmehareketanasayfacontent/files/Tuz/t\\_rkiye\\_a\\_r\\_tuz\\_t\\_ketiminin\\_azalt\\_lmas\\_program\\_2017-2021.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenmehareketanasayfacontent/files/Tuz/t_rkiye_a_r_tuz_t_ketiminin_azalt_lmas_program_2017-2021.pdf), Erişim tarihi: 01 Aralık 2018). Bunun yanında kilo verilmesi ile serebrovasküler hastalıklarda azalma olduğu bildirilmektedir (Meschia ve ark., 2014). Obezite ile ilişkili metabolik sendrom iskemik inme riskini yaklaşık 2,5 kat artırmaktadır (Meschia ve ark., 2014). Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda bireylerin büyük çoğunluğu obez ya da fazla kiloludur. İnmede görülebilecek atakların tekrar oluşmaması ve diğer kronik hastalıklarının kötüleşmemesi adına bu risk faktörü için önlemler alınmalıdır.

Çalışmamızda inmeli bireyler için diğer bir risk faktörleri olan sigara kullanım sıklığı %20,6, alkol kullanım sıklığı %3,5 olarak bulunmuştur (Tablo 5). Kuzu (2015)'nin çalışmasında, hastaların yarısının (%50) şu an sigara içtiğini ya da eskiden kullanma öyküsünün olduğu belirtilmektedir. Öztürk ve ark. (2018)'nin çalışmasında, hastalarının %30'unun sigara, %11'inin alkol kullanım öyküsü mevcuttur. Sigara kullanımı, damar yapısında yapmış olduğu değişiklikler yüzünden inme için risk faktörüdür. İskemik inme riskini yaklaşık 2 kat artırdığı bildirilmektedir (Meschia ve ark., 2014). Sigara tüketimi subaraknoid kanama riskini %29 oranında artırmaktadır (Feigin ve ark., 2005). Amerika Birleşik Devletleri'nde sigara tüketiminin tüm inme tipleri içerisinde %12-14'lük risk artışına sebep olduğu bildirilmektedir (Meschia ve ark., 2014). Sigara içen kadınlarda, hiç içmeyenlere göre iskemik inme oranı 1,3 katından daha fazladır (Meschia ve ark., 2014). Bunun yanında ağır alkol kullanımının tüm inme türleri için risk etmeni olduğuna ilişkin kanıtlar mevcuttur (Mazzaglia ve ark. 2001, Meschia ve ark., 2014). Araştırmalarda alkol kullanımı ile serabral infarktüs arasında "J" harfi biçiminde bir ilişkinin varlığından söz edilmiştir (Mazzaglia ve ark. 2001, Elkind ve ark. 2006, Meschia ve ark., 2014). Hafif ve orta düzeyde tüketimi olan kişilerde MI ve inme mortalitesinde koruyucu bir etki gösterirken, aşırı alkol tüketenlerde ise risk artmaktadır (Mazzaglia ve ark. 2001, Elkind ve ark., 2006). Bunun yanında, alkol kullanımıyla hemorajik inme riski arasında paralel ilişki vardır. Kadın ve erkeklerde durum benzerdir. Ayrıca inme risk faktörlerinde içecek seçiminin (şarap, bira ve likör) bağımsız olarak ilişkili olmadığı belirtilmektedir (Klatsky ve ark., 2002). Bu nedenle inmeli bireylerde bu risk faktörlerinin varlığı ortadan kaldırılmalıdır.

### 5.3. Bireylerde yaşam kalitesi düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması

Çalışmamızda inmeye özgü yaşam kalitesi toplam ve alt ölçek puan ortalamaları bireylerin yaşam kalitesi düzeyi toplam puan ortalaması  $2,9 \pm 0,9$  olarak bulunmuştur (Tablo 6). Ölçeğin alt boyutlarının puan ortalamalarının  $2,4 \pm 1,4 - 3,9 \pm 1,1$  arasında değiştiği görülmektedir. İnmeli bireyler en yüksek ortalamayı “Vizyon ( $3,9 \pm 1,1$ )” alt boyutunda, en düşük ortalamayı ise “Kişilik ( $2,4 \pm 1,4$ )” alt boyutunda aldığı bulunmuştur. Hakverdioğlu Yönt ve Khorshid (2012)’ in çalışmasında, bireylerin ölçek alt boyutları puan ortalaması 2,38 ile 4,32 arasında değişmiştir. İnmeli bireyler en düşük ortalamayı “Kişilik ( $2,38 \pm 1,41$ )” alt boyutunda ve en yüksek ortalamayı “Vizyon ( $4,32 \pm 0,99$ )” alt boyutunda almıştır. Ölçeğin toplam puan ortalaması ise  $3,22 \pm 0,90$  bulunmuştur. Topçu ve Oğuz (2018)’ un deneysel olarak yaptıkları çalışmalarında, inmeli bireyler ile ilk görüşmede değerlendirilen yaşam kalitesi toplam puanı, deney grubunda ve kontrol grubunda orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Bireyler inmeye özgü yaşam kalitesi ölçeğine göre değerlendirildiğinde “Vizyon-Görme” alt boyutunda daha az problem yaşadığı ve bunu yanında sinirlilik durumu, başkalarına karşı sabırsız davranışlarda bulunma, içine kapanıklık gibi durumlardan etkilenen “Kişilik” alt boyutundan ise en fazla problem yaşadığı görülmektedir.

Bireylerin inmeye özgü yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması (İÖYKÖ) inme süresi ile karşılaştırıldığında; inme süresi, <1 yıl olan (% 40) bireylerde  $2,7 \pm 0,9$ , 1-3 yıl olan (% 22,95) bireylerde  $2,9 \pm 0,9$ , >3 yıl (% 37,05) olan bireylerde ise  $3,1 \pm 0,9$  olarak bulunmuştur. Yıllara göre yaşam kalitesi puanı artmıştır ancak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 7). Literatürde inme süresi ile yaşam kalitesi ilişkisine yönelik farklı sonuçlar bulunmaktadır (Hakverdioğlu Yönt ve Khorshid 2012, Jeon ve ark., 2017). Hakverdioğlu Yönt ve Khorshid (2012)’ in çalışmasında, bireylerin inmeye özgü yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları, inme süresi 6-12 ay olanların  $3.12 \pm 0.92$ , 13-36 ay olanların  $3.22 \pm 0.88$  ve 37 ay ve üstü olanların  $3.40 \pm 0.87$  olarak bulunmuş ve yapılan analizde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirtilmiştir (F: 3.72, p=0.025). Buna karşın, inme süresinin yaşam kalitesi üzerinde etkisinin bakıldığı başka bir çalışmada ise, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p> 0.05) (Jeon ve ark., 2017). Bu çalışma bulgularını ve bizim çalışmamızın bulgularını düşünerek inmeye özgü yaşam kalitesi puan ortalamalarının yıllara göre artıyor olması; bireylerin zaman içerisinde hastalığa

uyumlarının arttığı, yaşadıkları travmayla ve inmenin komplikasyonlarıyla baş edebilmek için çaba gösterdikleri şeklinde yorumlanabilir.

Çalışma sonuçlarına göre, inmeye özgü yaşam kalitesi toplam ve alt ölçek puanlarıyla cinsiyet değişkeni karşılaştırıldığında; kadınların yaşam kalitesi puan ortalaması “Kişilik” alt boyutu hariç diğer alt boyutlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 8). Erkekler en yüksek “Vizyon-Görme ( $4,0 \pm 1,0$ )” alt boyutunda, en düşük “Kişilik ( $2,5 \pm 1,4$ )” alt boyutunda puan ortalamasına sahip bulunmuştur (Tablo 8). Kadınlar ise en yüksek “Vizyon-Görme ( $3,7 \pm 1,1$ )” alt boyutunda, en düşük “Aile ve sosyal roller, ( $2,2 \pm 1,2$ ), Düşünme ( $2,2 \pm 1,5$ ), Kişilik ( $2,2 \pm 1,4$ )” alt boyutlarından puan almıştır (Tablo 8). Kuzu (2015)’ nun çalışmasında, kadınların toplam puan ortalamasının erkeklere göre daha düşük olduğu, alt boyutlar karşılaştırıldığında ise kadınların; aktiviteler, mizaç ve enerji alt boyutu puan ortalamalarının erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu ifade edilmiştir. Bir başka çalışmada toplam puan ortalamasının, kadın hastalarda erkeklere göre daha düşük olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu bildirilmiştir (t: 4.025,  $p < 0.01$ ) (Hakverdioğlu Yönt ve Khorshid, 2012). Diğer çalışma bulguları ve bizim çalışma sonuçlarımıza dayanarak, kadınların yaşam kalitesinin erkeklere göre daha düşük olduğunu söyleyebiliriz. Bu sonucun, inme geçiren kadınlara eşlerinin bakım vermede zorlanmalarıyla ve toplumda kadından beklenen annelik, eşlik, ev hanımlığı vb. rollerini yerine getiremiyor olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

#### **5.4. Bireylerde öz etkililik düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması**

Çalışmamızda kronik hastalıklarda öz etkililik ölçeğine göre bireylerin öz etkililik toplam puan ortalaması  $5,7 \pm 2,3$  bulunmuştur. İnmeli bireyler en yüksek ortalamayı “Nefes Darlığı İle Başa Çıkma ( $8,4 \pm 2,4$ )” alt boyutunda, en düşük ortalamayı ise “Ev İşlerini Yapma ( $4,8 \pm 3,2$ )” alt boyutunda aldığı bulunmuştur (Tablo 9). Bireylerin %63,5’ i “7” puanın altında, %36,5’ i “7 ve üzeri” puan almıştır (Tablo 9). Ölçeğin yorumlanmasında, eğer skor 7’ nin altında ise, bireyde başarısızlığı önlemek için stratejilerin ve problem çözmenin yeniden değerlendirilmesi gerektiği, 7 ve üzerinde ise bireyin hastalığına ilişkin öz etkililiğinin yüksek olduğu ve kendisi için ihtiyacı olan eylemleri başarabileceği anlamına gelmektedir. Çalışma sonuçlarımıza göre öz etkililik

toplam puan ortalamasının, 7 puanın altında olması “bireylerin öz etkililik düzeylerinin düşük” olduğunu gösteren önemli bir bulgudur. İnme sonrası hasta sorunlarının tanımlanması, soruna yönelik çözüm bulunması ve girişimlerin başlatılabilmesinde değerlendirme yapmak oldukça önemlidir. Değerlendirme yapılırken spesifik ölçeklerin kullanılması önerilmektedir.

Çalışmamızda “Kronik Hastalıklarda Öz Etkililik Ölçeği” nin toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının cinsiyete göre karşılaştırılması yapıldığında, tüm alt boyutlarda ve toplam puan ortalamasında, erkeklerin kadınlara göre yüksek puan aldığı görülmüştür (Tablo 10). Erkekler en yüksek puan ortalamasını “Nefes Darlığı ile Başa Çıkma ( $8,7 \pm 2,2$ )” alt boyutunda, en düşük “Semptomlarla Başa Çıkma ( $5,5 \pm 2,4$ )” alt boyutunda almıştır (Tablo 10). Kadınlar ise en yüksek puan ortalamasını “Nefes Darlığı ile Başa Çıkma ( $7,8 \pm 2,7$ )” alt boyutunda, en düşük “Ev İşlerini Yapma ( $3,6 \pm 3,1$ )” alt boyutunda almıştır (Tablo 10). Kronik hastalıklarda öz etkililik ölçeği toplam puan ortalamalarına bakıldığında, kadınların %74,6’ sının, erkeklerin %56,3’ ünün ölçekten aldığı puan ortalaması 7’ nin altında kalarak öz etkililiği düşük bulunmuştur (Tablo 10). Topçu ve Oğuz (2018)’ un çalışmasında, toplam puan ortalamasına göre kadınlarda öz etkililiğin daha yüksek olduğu ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı, Vincent-Onabajo ve ark. (2012)’ larının çalışmasında ise, erkeklerde öz etkililik düzeyinin kadınlardan daha yüksek olduğu ( $p < 0,11$ ) fakat istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur. Bu konuyla ilgili sonuçların farklı olmasının nedeni, örneklem gruplarındaki farklılıklardan kaynaklanmış olabilir.

### **5.5. Bireylerde öz etkililik ve yaşam kalitesi arasında ilişkiye yönelik bulguların tartışılması**

Çalışmamızda inmeye özgü yaşam kalitesi ölçeği (İÖYKÖ) ile kronik hastalıklarda öz etkililik ölçeği (KHÖEÖ) puan ortalamaları arasında; pozitif yönlü çok güçlü ilişki bulunmuştur (Tablo 11). Bu sonuca bakarak yaşam kalitesi ile öz etkililik arasında doğrudan ilişki olduğunu, dolayısıyla bireyin öz etkililiği arttıkça yaşam kalitesinin de artacağını söyleyebiliriz. Literatürde öz etkililik ve yaşam kalitesi düzeylerinin birbirini pozitif veya negatif yönde etkilemesi nedeniyle inmeli bireylerin hastalık yönetiminin planlanmasında, birlikte değerlendirilmesi gerektiğine vurgu yapılmaktadır (Topçu ve Oğuz, 2017). Bu değerlendirmeler bireylerin; tedavi ve bakım

ihtiyacının belirlenmesi, rehabilitasyon hedeflerinin doğru şekilde yönlendirilmesi ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürülmesinde önemli katkı sağlamaktadır (Öztürk ve ark., 2018). Bu konuda ülkemizde yapılmış olan bazı çalışmalar, ÖE algısının değiştirilip geliştirilebilen bir kavram olduğunu açıkça göstermektedir (Korkmaz 2016, Ceyhan ve Ünsal 2017, Ağdemir 2017, Eroğlu 2017, Tülüce ve Kutlutürkan, 2018). Ülkemizde inmeli bireylerde yaşam kalitesini etkileyen faktörlere (Kuzu 2015, Kürücü 2017, Öztürk ve ark., 2018) ve diğer kronik hastalıklarda, öz etkililik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye yönelik yapılmış çalışmalar bulunurken (Korkmaz 2016, Ağdemir 2017, Eroğlu 2017, Tülüce ve Kutlutürkan, 2018) inmeli bireylerde öz etkililik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen tek çalışmaya rastlanmıştır (Topçu ve Oğuz, 2018).

İnmeye özgü yaşam kalitesi (İÖYKÖ) ve kronik hastalıklarda öz etkililik (KHÖEÖ) ölçek puan ortalamalarının bağımlılık düzeyine göre karşılaştırılmasında; tam bağımlı olan bireylerin her iki ölçek puan ortalaması düşük ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 12). Tam bağımlılık; günlük öz bakımında (yeme, içme, banyo, mobilizasyon, vb.) birilerine bağımlı olmaktır. Birine bağımlı olması kişinin yeterlilik düzeyini azaltarak (öz etkililik) yaşam kalitesinin de azalmasına sebep olacağı şeklinde yorumlanabilir. Topçu ve Oğuz (2018)' un çalışmasında, bağımsızlık düzeyi arttıkça bireylerin yaşam kalitesi ve öz etkililik puanlarında artış bulunmuştur. Kwok ve ark. (2006)' larının çalışmasında, bireylerin %24' ü bağımsız, %30' u tamamen bağımlı durumdadır ve bağımlılık düzeyleri yaşam kalitesi arasında ters ilişki bulunmuştur, Kuzu (2015)' nun çalışmasında, inmede sakatlık durumu değerlendirildiğinde, sakatlığın artması ile yaşam kalitesinde anlamlı düşme bulunmuştur. Bu düşme özellikle inmeye özgü yaşam kalitesi ölçeğinin; aktiviteler, enerji, mizaç, aile ve sosyal roller alanlarında daha belirgin bulunmuştur. Öztürk ve ark. (2018) çalışmasında, inmeli hastaların yaşam kalitesini; özürülük düzeyinin etkilediğini belirtmiştir. Kürücü (2017) çalışmasında, inmeli bireylerin yaşam kalitesini; engellilik durumu, sosyoekonomik düzeyi gibi değişkenlerden etkilendiğini belirtmiştir. Bulgularımız literatür ile uyumludur. İnmeli bireylerde; fonksiyonel bağımsızlıklarının artırılması ve desteklenmesi ile yaşam kalitesinin olumlu yönde etkilenmesi hedeflenmelidir. Görüldüğü üzere inme, ciddi sekellerin önemli bir sebebi olarak kişilerin hayatını uzun seyirli etkilemektedir (Benjamin ve ark., 2018). Dünya

genelinde engelliliğin üçüncü nedenini (%19) oluşturmaktadır (Murray ve ark. 2012, [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/), Erişim tarihi: 17 Kasım 2017). İnme, fiziksel, duygusal ve sosyo-ekonomik açıdan bireylerin, ailelerin ve sağlık hizmetlerinin üstünde ciddi yük oluşturmaktadır (WHO 2006).

İnmeye özgü yaşam kalitesi (İÖYKÖ) ve kronik hastalıklarda öz etkililik (KHÖEÖ) ölçek puan ortalamalarında; erkeklerin kadınlardan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu ve istatistiksel değerlendirmede, hem İÖYKÖ hem de KHÖEÖ puan ortalamaları ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 13). Bu sonuçlar, daha önceki çalışma bulguları ile uyumludur (Kwok ve ark. 2006, Vincent-Onabajo ve ark. 2012, Hanhgoo ve ark. 2013, Kuzu 2015, Topçu ve Oğuz, 2018). Kuzu (2015) çalışmasında, yaşam kalitesini kadın cinsiyetin etkilediğini belirtmiştir. Topçu ve Oğuz (2018)'un çalışmasında kadınların yaşam kalitesinden aldıkları puanın, erkek hastalardan anlamlı şekilde ( $p < 0,05$ ) düşük olduğunu, fakat kadınlarda öz etkililiğin erkeklere göre daha yüksek olduğunu, ancak aralarında istatistiksel anlamda fark olmadığını söylenmektedir. Başka bir çalışmada 6. ve 12. aylarda yapılan değerlendirmelerde kadınlarda erkeklere göre yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur (Kwok ve ark., 2006). Haghgoo ve ark. (2013)' larının çalışmasında, fonksiyonel durum olarak erkek hastaların kadınlardan daha iyi durumda olduğu fakat sonuçlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ifade edilmiştir ( $p > 0.05$ ). Yaşam kalitesi ve öz etkililik düzeylerinin cinsiyet ile ilişkisini inceleyen çalışma sonuçlarında farklılık olduğu, kadınların hem yaşam kalitesi hem de öz etkililik düzeylerinin daha düşük bulunduğu söylenebilir. Bu durum toplumda kadından beklenen rollerle (annelik, eşlik, ev işi, vb.) ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda evli olan bireylerde evli olmayanlara göre yaşam kalitesi ve öz etkililik ölçek toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir (Tablo 13). Bu durum evli olan bireylerde eş ve aile çevresi gibi sosyal desteklerin olmasıyla ilişkilendirilebilir. Literatüre bakıldığında ise; medeni durum ile öz etkililik ve yaşam kalitesi arasında ilişkiye yönelik çalışma sonuçlarında farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin; Topçu ve Oğuz (2018)' un çalışmasında, yaşam kalitesi ve öz etkililik ile medeni durum arasında anlamlı bir fark bulunmazken ( $p > 0,05$ ), Hakverdioğlu Yönt ve Khorshid (2012) çalışmasında, inmeye özgü yaşam kalitesi ölçeğinden bekarların evli ve dul olanlara göre daha yüksek puan aldığı

belirtilmektedir. Bu konuyla ilgili farklı sonuçların olması, örneklem gruplarındaki farklılıklardan kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda eğitim düzeyine göre karşılaştırma yapıldığında yaşam kalitesi ve öz etkililik düzeylerinde bir artış olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 13). Çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde Topçu ve Oğuz (2018)' un çalışmasında da eğitim durumu ile öz etkililik ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Kuzu (2015)' nun çalışmasında, eğitim düzeyi ile inmeye özgü yaşam kalitesi ölçeğinde “Aktiviteler ve Mizaç” alt boyutlarının puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı pozitif ilişkinin olduğu ( $p<0.01$ ), “Toplam, Kişilik ve Enerji” alt boyutlarının puan ortalamalarında ise anlamlı pozitif ilişki olduğu ifade edilmiştir ( $p<0.05$ ). Hakverdioğlu Yönt ve Khorshid (2012)' in çalışmasında, eğitim durumu arttıkça yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları artmış ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Jeon ve ark. (2017)' larının çalışmasında, ise eğitim düzeyi anlamlı olmayacak şekilde yaşam kalitesini düşürmüştür.

Çalışmamızda yaş ortalaması ile inmeye özgü yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönlü zayıf ilişki varken, kronik hastalıklarda öz etkililik ölçeği puan ortalamasında ise negatif yönlü orta derecede ilişki bulunmuştur (Tablo 13). Topçu ve Oğuz (2018)' un çalışmasında ise, hastaların yaşam kalitesi ve öz etkililik düzeylerinin yaşla birlikte azaldığı fakat bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir. Kuzu (2015) çalışmasında, inmeye özgü yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasında yaşın artması ile ileri düzeyde ve anlamlı derecede düşme olduğunu ifade etmiştir ( $p<0.01$ ). Öztürk ve ark. (2018) çalışmasında, 55 yaş üstü inmeli hastaların yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini söylemektedir. Hakverdioğlu Yönt ve Khorshid (2012)' in çalışmasında, inmeli hastaların yaş gruplarına göre İÖYKÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde; 44 ve altı yaş grubunda  $3.32 \pm 0,75$  ve 75 ve üstü grubunda  $3,02 \pm 0,89$  olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p=0.105$ ). Brouwer-Goossensen ve ark. (2018)' larının çalışmasında yaş ile öz etkililik düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişki bulunmuştur. Bizim ve diğer çalışma bulgularını dikkate aldığımızda yaş bireylerin yaşam kalitesi ve öz etkililik düzeylerini negatif yönde etkilemektedir.



## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonuçlarına göre;

- ✓ İnmeli bireylerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımında, erkeklerin (%60,6), evli olanların (%70), ilkokul mezunu olanların (%64,7), emekli olanların (%47,1), ekonomik düzeyi orta düzeyde olanların (%67,6), ailesiyle yaşayanların (%68,2), oranlarının yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Bireylerin yaş ortalaması  $69,1 \pm 11,1$  (min: 26, maks: 90) bulunmuştur (Tablo 1).
- ✓ Bireylerin inmeye yönelik tanımlayıcı özelliklerine bakıldığında, çoğunluğun bir kez atak geçirdiği (%69,9), kısmi bağımlı olduğu (%48,8), %46,5' inin sağ ve %45,3' ünün sol vücut bölgesinin etkilendiği, %74,7' sinin fizik tedavi almadığı saptanmıştır (Tablo 2). Bunu yanında bireylerin inme tanı süresi ortalaması  $46,8 \pm 74,4$  ay bulunmuştur (Tablo 2).
- ✓ Bireylerde inme sonrasında en sık; yürüme güçlüğü (%75,9), yorgunluk (%69,4), yüz, kol veya bacakta özellikle vücudun bir tarafında güçsüzlük uyuşma veya karıncalanma (%68,8), kolları ve bacakları hareket ettirmede güçlük (%68,8), denge kaybı (%67,1) problemlerinin olduğu saptanmıştır (Tablo 3).
- ✓ Bireylerde eşlik eden kronik hastalıklarının en sık ve en uzun süreli, hipertansiyon (%80,6), diabetes mellitus (%35,3) olduğu saptanmıştır (Grafik 1, Tablo 4).
- ✓ İnmeli bireylerin %45,9' unun fazla kilolu olduğu , %20,6' sının sigara ve %3,5' inin alkol kullandığı bulunmuştur (Grafik 2, Tablo 5).
- ✓ Bireylerin inmeye özgü yaşam kalitesi düzeyi toplam puan ortalaması  $2,9 \pm 0,9$  olarak bulunmuştur (Tablo 6). En yüksek ortalamayı "Vizyon "alt boyutundan, en düşük ortalamayı ise "Kişilik" alt boyutundan aldığı saptanmıştır (Tablo 6). Ayrıca bireylerin inme geçirme süresine göre verdikleri yanıtların toplam puan ortalaması >3 yıl (%37,05) olan bireylerde ( $3,1 \pm 0,9$ ) en yüksek bulunmuştur. Yıllara göre yaşam kalitesi puanı artmıştır ancak istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 7).
- ✓ İnmeye özgü yaşam kalitesi toplam ve alt ölçek puan ortalamaları cinsiyete göre karşılaştırıldığında; kadınların yaşam kalitesi puanı tüm alt boyutlarda "kişilik alt

boyutu” hariç erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 8).

- ✓ Bireylerin kronik hastalıklarda öz etkililik toplam puan ortalaması  $5,7 \pm 2,3$  bulunmuştur. İnmeli bireylerin en başarılı öz etkililik düzeyi “Nefes Darlığı ile Başa Çıkma ( $8,4 \pm 2,4$ )” alt boyutu, en düşük öz etkililik düzeyi ise “Ev İşlerini Yapma ( $4,8 \pm 3,2$ )” alt boyutu olduğu saptanmıştır (Tablo 9). Ayrıca %63,5’ i “7” puanın altında, %36,5’ i “7 ve üzeri” puan almıştır (Tablo 9). Ölçeğin yorumlamasında, eğer skor 7’ nin altında ise, bireyde başarısızlığı önlemek için stratejilerin ve problem çözmenin yeniden değerlendirilmesi gerektiği, 7 ve üzerinde ise bireyin hastalığına ilişkin öz etkililiğinin yüksek olduğu ve ihtiyacı olan eylemleri başarabileceği anlamına gelmektedir (Tablo 9).
- ✓ Kronik hastalıklarda öz etkililik toplam ve alt ölçek puan ortalamaları cinsiyete göre karşılaştırıldığında; tüm alt boyutlardan ve toplam puandan erkekler kadınlara göre yüksek puan almıştır ve “Hastalık Hakkında Bilgi Alma” boyutu hariç istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir. Kadınların %74,6’ sı, erkeklerin %56,3’ ü ölçekten aldığı puan ortalaması 7’ nin altında kalarak öz etkililiği düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 10).
- ✓ Bireylerin inmeye özgü yaşam kalitesi ölçeği ile kronik hastalıklarda öz etkililik ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif yönlü, çok güçlü ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 11). Ayrıca tam bağımlı olan bireylerin hem İÖYKÖ hem de KHÜEÖ puan ortalaması düşük bulunmuştur. İstatistiksel değerlendirmede ise bağımlılık düzeyine göre anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 12).
- ✓ Bireylerin inmeye özgü yaşam kalitesi (İÖYKÖ) ve kronik hastalıklarda öz etkililik (KHÖEÖ) ölçek puan ortalamaları tanıtıcı özelliklerle karşılaştırıldığında, erkeklerin kadınlara, evli olanların olmayanlara göre her iki ölçek puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Eğitim durumuna göre karşılaştırma yapıldığında istatistiksel herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır (Tablo 13). Ayrıca yaş ile inmeye özgü yaşam kalitesi ölçek puan ortalaması arasında negatif yönlü zayıf ilişki varken kronik hastalıklarda öz etkililik ölçek puan ortalamasında ise negatif yönlü orta derecede ilişki bulunmuştur (Tablo 13).

Çalışma sonuçları doğrultusunda;

- ✓ İnmeli bireylerin hastalık yönetiminde; yaşam kalitesi ve öz etkililik düzeylerinin birlikte değerlendirildiği çalışmaların sayısının artırılması,
- ✓ Çalışmaların daha büyük örneklem grubunda yapılması,
- ✓ İnmede öz etkililik ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesine ilişkin uzun dönem çalışmaların yapılması,
- ✓ İnmeli bireylerin bakımlarının planlanmasında yaşam kalitesi ve öz etkililik düzeylerinin dikkate alınması,
- ✓ Bireylerin öz etkililik ve yaşam kalitesi değerlendirmeleri yapılırken hastalığa özgü ölçeklerin kullanılması,
- ✓ İnmeli bireylerin rehabilitasyon sürecinde hemşirelerin bakım, danışmanlık, eğitim hizmetlerinin değerlendirildiği çalışmaların yapılması,
- ✓ İnmede dezavantajlı grup olan kadın hastaların toplumsal rollere katılımının artırılması,
- ✓ Hastaların ve aile üyelerinin özellikle dezavantajlı grup olan kadın, bağımlı, yaşlı ve bekar bireylerin eğitim ve danışmanlık yönünden desteklenmesi, takip edilmesi ve buna yönelik çalışmaların yapılması, (odak grup çalışmaları vb.)
- ✓ İnmeli bireylere bakım verenlerin kim olduğunun sorgulandığı ayrıca yaşam kalitesi ve öz etkililik düzeylerine etkisinin incelendiği çalışmaların yapılması,
- ✓ İnmeye özgü öz etkililik ölçeklerinin kullanıldığı çalışmaların yapılması,
- ✓ Bireylerin fonksiyonel bağımsızlıklarının artırılması için yaşam kalitesi ve öz etkililik düzeylerini artırıcı rehabilitasyon hizmetlerinin sağlanması önerilebilir.

## 7. KAYNAKLAR

- 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. To the Secretary of Health and Human Services. Erişim adresi: [https://health.gov/paguidelines/second-edition/report/pdf/PAG\\_Advisory\\_Committee\\_Report.pdf](https://health.gov/paguidelines/second-edition/report/pdf/PAG_Advisory_Committee_Report.pdf), Erişim tarihi: 01 Aralık 2018
- Acaroz Candan S ve Livanelioglu A. Effects of modified constraint-induced movement therapy for lower limb on motor function in stroke patients: a randomized controlled study. *International Journal Of Physiotherapy*. 2017; 4(5): 269- 277.
- Adams HP, Bendixen BH, Kappelle LJ, Biller J, Love BB, Gordon DL and Marsh EE. American Stroke Association Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. *Stroke*. 1993; 24(1): 35-41.
- Ağdemir B. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde öz-etkililik ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki. 2017, Erzincan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 77 sayfa, Erzincan, (Doç. Dr. Papatya KARAKURT)
- Akdemir N ve Akkuş Y. Rehabilitasyon ve hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006; 13(1) : 82-91.
- Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S ve Canlı ZÖ. Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi*. 2011; 38(1): 57-65.
- Aksakokğlu G (Ed.). Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri. 9 Eylül Üniversitesi Yayınları, 2001: p308.
- Altun Y, Aydın İ ve Algın A. Adıyaman ilinde inme tiplerinin demografik özellikleri. *Türk J Neurol*. 2018; 24: 26-31.
- American Diabetes Association, Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*. 2014; 37(1): 1-3.
- Appel LJ, Brands MW, Daniels SR, Karanja N, Elmer PJ and Sacks FM; American Heart Association. Dietary approaches to prevent and treat hypertension: a scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension*. 2006; 47: 296–308.
- Armağan O. İnme sonrası afazi ve yaşam kalitesi. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*. 2011; 3: 89-94.
- Aslanyan S, Weir CJ, Diener HC, Kaste M, Lees KR and GAIN International Steering Committee and Investigators. Pneumonia and urinary tract infection after acute ischaemic stroke: a tertiary analysis of the GAIN International trial. *Eur J Neurol*. 2004; 11: 49–53.
- Aydemir Ö. Sağlıkta yaşam kalitesinin klinikte kullanımı. *TJN*. 2014; 20(Özel Sayı 1): 1-4.

- Aydiner Boylu A ve Paçacıoğlu B. Yaşam kalitesi ve göstergeleri. Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi. 2016; 8(15): 137-150.
- Bandura A (Ed.). Self-Efficacy. In V. S. Ramachandran Encyclopedia of Human Behavior. New York: Academic Press, 1994;(4) p.71- 81.
- Bandura A (Ed.). Social Learning Theory. General Learning Press. 79 Madison Avenue New York City 10016, 1977: p.1- 46. by Saul McLeod, updated 2016. Erişim adresi: <https://www.simplypsychology.org/simplypsychology.org-bandura.pdf>, Erişim tarihi: 18.11.2018
- Bandura A. Self efficacy toward unifying theory of behavior change. Psychological Review. 1997; 84(3): 191- 215.
- Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. American Psychologist. 1982; 37(2): 122.
- Banerjee C, Moon YP, Paik MC, Rundek T, Mora-McLaughlin C, Vieira JR, Sacco RL and Elkind MSV. Duration of diabetes and risk of ischemic stroke: The Northern Manhattan Study. Stroke. 2012; 43: 1212–1217.
- Barker DJ and Lackland DT. Prenatal influences on stroke mortality in England and Wales. Stroke. 2003; 34: 1598–1602.
- Bazzano LA, Green T, Harrison TN and Reynolds K. Dietary approaches to prevent hypertension. Curr Hypertens Rep. 2013;15(6): 694-702.
- Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Deo R and Gillespie C. Heart disease and stroke statistics—2017 update: A report from the American Heart Association. Circulation. 2017; 135(10): 146- 603.
- Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW, Chang AR, Cheng S, Chiuve SE, Cushman M, Delling FN, Deo R, de Ferranti SD, Ferguson JF, Fornage M, Gillespie C, Isasi CR, Jimenez MC, Jordan LC, Judd SE, Lackland D, Lichtman JH, Lisabeth L, Liu S, Longenecker CT, Lutsey PL, Matchar DB, Matsushita K, Mussolino ME, Nasir K, O’Flaherty M, Palaniappan LP, Pandey DK, Reeves MJ, Ritchey MD, Rodriguez CJ, Roth GA, Rosamond WD, Sampson UKA, Satou GM, Shah SH, Spartano NL, Tirschwell DL, Tsao CW, Voeks JH, Willey JZ, Wilkins JT, Wu JHY, Alger HM, Wong SS and Muntner P. On behalf of the American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics. Circulation. 2018; 37: 67–492.
- Brouwer Goossensen D, Van Genugten L, Lingsma HF, Dippel DWJ, Koudstaal PJ and Den Hertog HM. Self-efficacy for health-related behaviour change in patients with TIA or minor ischemic stroke. Psychol Health. 2018; 30: 1-12.

- Ceyhan YŞ ve Ünsal A. The validity and reliability study of self-efficacy scale on the people with chronic diseases. *Kronik hastalıklarda öz-etkililik ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2017; 19(2): 1-13.
- Chen PH, Gao S, Wang YJ, Xu AD, Li YS and Wang D. Classifying ischemic stroke, from TOAST to CISS. *CNS Neurosci Ther*. 2012; 18(6): 452- 546.
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT, Roccella EJ and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. National heart, lung, and blood institute Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure; national high blood pressure education program coordinating committee. The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: The JNC 7 report. *JAMA*. 2003; 289: 2560–2572.
- Chung JW, Park SH, Kim N, Kim WJ, Park JH, Ko Y, Yang MH, Jang MS, Han MK, Jung C, Kim JH, MD, Oh CW, and Bae HJ. Trial of ORG 10172 in acute stroke treatment (TOAST) classification and vascular territory of ischemic stroke lesions diagnosed by diffusion-weighted imaging. *J Am Heart Assoc*. 2014; 3: 1- 8.
- Coffman JM, Cabana MD and Yelin EH. Do school-based asthma education programs improveself-management and health outcomes? *Pediatrics*. 2009; 124(2): 729- 742.
- Çoban O. Beyin Damar Hastalıklarında Tanımlar, Sınıflama, Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri. Erişim adresi: <http://www.itfnoroloji.org/svh/bdhtanimlar.htm>, Erişim tarihi: 24 Ekim 2018
- Durna Z (Ed.). *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. Nobel Tıp Kitapevi, 2012: p. 239- 261.
- Ekelik Gülgün F. Hemşire ve ebelelerde yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi algısı (Antalya Atatürk Devlet Hastanesi örneği). 2014, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, 102 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Mehmet Fikret Gezgin)
- Elkind MS, Sciacca R, Boden-Albala B, Rundek T, Paik MC and Sacco RL. Moderate alcohol consumption reduces risk of ischemic stroke: The Northern Manhattan Study. *Stroke*. 2006; 37: 13- 19.
- Enç N. (Ed.). *İç Hastalıkları Hemşireliği*. Nobel Tıp Kitapevleri, 2014: p.293- 300.
- Eroğlu N. Tıp 2 diyabetli hastalarda eğitimin diyabet öz yönetim ve öz etkililiklerine etkisi. 2017, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 150 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Necmiye SABUNCU)
- Eser E, Aydemir Ö, Cengiz Özyurt B, Akar A, Deveci S, Eser S ve Ayık C. Dünya Sağlık Örgütü engellilerde yaşam kalitesi modülü Türkçe sürümünün (WHOQOL-DIS-TR) Türk toplumundaki psikometrik özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2018; 29(1): 36- 46.

- Eser E, Aydemir Ö. Genel amaçlı yaşam kalitesi ölçekleri. *TJN*. 2014; 20(1):1-4.
- Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. *TJN*. 2014; 20(1): 1-4.
- Feigin V, Parag V, Lawes CM, Rodgers A, Suh I, Woodward M, Jamrozik K and on behalf of the Asia Pacific Cohort Studies Collaboration. Asia Pacific Cohort Studies Collaboration. Smoking and elevated blood pressure are the most important risk factors for subarachnoid hemorrhage in the Asia-Pacific region: an overview of 26 cohorts involving 306,620 participants. *Stroke*. 2005; 36: 1360– 1365.
- Feigin VL, Forouzanfar MH, Krishnamurthi IR, Mensah GA, Connor M, Bennett DA, Moran AE, Sacco RL, Anderson L, Truelsen T, O'Donnell M, Venketasubramanian N, Barker-Collo SM, Lawes C, Wang W, Shinohara Y, Witt E, Ezzati M, Naghavi M, and Murray C. Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the global burden of disease study 2010. *Lancet*. 2014; 383(9913): 245– 254.
- Feigin VL, Krishnamurthi RV, Parmar P, Norrving B, Mensah GA, Bennett, DA, Suzanne Barker Collo S, Moran AE, Sacco RL, Truelsen T, Davis S, Pandian JD, Naghavi M, Forouzanfar MH, Nguyen G, Johnson CO, Vos T, Meretoja A, Murray CJL, Roth GA and GBD 2013 Writing Group. Update on the global burden of ischemic and hemorrhagic stroke in 1990–2013: The GBD 2013 Study. *Neuroepidemiology*. 2015; 45(3): 161– 176.
- Fesci H, Kutlutürkan S ve Özer Z. Serebrovasküler hastalık ve hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2006; 9(2): 63- 67.
- Gedik S ve Kocoglu D. Self-efficacy level among patients with type 2 diabetes living in rural areas. *Rural & Remote Health*. 2018; 18(1): 1- 11.
- Global Health Estimates, Geneva: World Health Organization; 2012. Erişim adresi: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/), Erişim Tarihi: 17.12.2017
- Gözüm S ve Aksayan S. Öz etkililik- yeterlik ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*. 1999; 2(1): 35- 43.
- Haghgoo HA, Pazuki ES, Hosseini AS, and Rassafiani M. Depression, activities of Daily living and quality of life in patients with stroke. *Journal of the Neurological Sciences*. 2013; 328: 87- 91.
- Hakverdioğlu Yönt G ve Khorshid L. Turkish version of the stroke-specific quality of life scale. *International Nursing Review*. 2012; 59: 274–280.
- Hui C and Patti L. Ischemic stroke. *Stat Pearls Publishing [Electronic Journal]*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499997/> October 2018; 27
- Ihle Hansen H, Thommessen B, Wyller TB, Engedal K and Fure B. Risk factors for and incidence of subtypes of ischemic stroke. *Funct Neurol*. 2012; 27(1): 35- 40.

- Ischaemic stroke and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study: WHO collaborative study of cardiovascular disease and steroid hormone contraception. *Lancet*. 1996; 348: 498- 505.
- İltuş F ve Karadakovan A. Atriyal fibrilasyon inme ilişkisi ve hemşirelik yaklaşımı. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2017; 8(17): 71- 76.
- Jauch EC, Saver JL, Adams HP Jr, Bruno A, Connors JJ, Demaerschalk BM, Khatri P, McMullan PW, Qureshi AI, MD, Rosenfield K, Scott PA, Summers DR, Wang DZ, Wintermark M, Yonas H, on behalf of the American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Peripheral Vascular Disease, and Council on Clinical Cardiology Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke*. 2013; 44(3): 870- 947.
- Jeon NE, Kwon KM, Kim YH and Lee JS. The factors associated with health-related quality of life in stroke survivors age 40 and older. *Ann Rehabil Med*. 2017; 41(5): 743- 752.
- Jo'nsson AC, Lindgren I, Hallstro'm B, Norrving B and Lindgren A. Determinants of quality of life in stroke survivors and their informal caregivers. *Stroke*. 2005; 36: 803-808.
- Johnson W, Onuma O, Owolabi M, Sachdeva S. Stroke: a global response is needed. *Bulletin of the World Health Organization*. 2016; 94, 9: 634.
- Jones F and Riazi A. Self-efficacy and self-management after stroke: A systematic review. *Disabil Rehabil*. 2011; 33(10): 797- 810.
- Kamwesiga JT, von Koch L, Kottorp A, and Guidetti S. Cultural adaptation and validation of Stroke Impact Scale 3.0 version in Uganda: A small-scale study. *SAGE Open Medicine*. 2016; 4: 1- 10.
- Kannel WB, and Benjamin EJ. Status of the epidemiology of atrial fibrillation. *Med Clin North Am*. 2008; 92: 17- 40.
- Kaplan Gezerer M. Ailevi akdeniz ateşi tanılı olgularda yaşam kalitesi ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. 2018, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıpta uzmanlık tezi, 74 sayfa, İzmir, (Doç. Dr. Balahan Makay)
- Karahan S. Yanık hastasının yaşam kalitesinin bakım verenin bakım verme yükü ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. 2016, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 105 sayfa, Ankara, (Yrd. Doç. Dr. Zahide Tunçbilek)
- Karakoç Kumsar A ve Taşkın Yılmaz F. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2014; 2(2): 62- 70.
- Kaya P, İpekçi Çetin E ve Kuruüzüm A. Çok kriterli karar verme ile Avrupa Birliği ve aday ülkelerin yaşam kalitesinin analizi. *Ekonometri ve İstatistik*. 2011; 13: 80- 94.



- Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, Bravata DM, Chimowitz MI, Ezekowitz MD, Fang MC, Fisher M, Furie KL, Heck DV, Kasner SE, Kittner SJ, Mitchell PH, Rich MW, Richardson DJ, Schwamm LH, Wilson JA and on behalf of the American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Peripheral Vascular Disease. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2014; 45: 2160- 2236.
- Kısabay A ve Selçuki D. İskemik inme: Temel patofizyoloji ve etiyoloji. *Turkiye Klinikleri J Radiol-Special Topics*. 2017; 10(1): 1- 7.
- Kısabay A, Güler A, Özakgöl A ve Kutluk K. İnmede yaşam kalitesi ve ölçümü. *TJN*. 2014; 20(Özel Sayı 1): 1- 4.
- Kim MK, Han K, Park YM, Kwon HS, Kang G, Yoon KH and Lee SH. Associations of Variability in Blood Pressure, Glucose and Cholesterol Concentrations, and Body Mass Index With Mortality and Cardiovascular Outcomes in the General Population. *American Heart Association. Circulation*. 2018; 138: 1- 8.
- Kirkevold M. The role of nursing in the rehabilitation of stroke survivors: an extended theoretical account. *Advances in Nursing Science*. 2010; 33(1): 27- 40.
- Kissela BM, Khoury J, Kleindorfer D, Woo D, Schneider A, Alwell K, Miller R, Ewing I, Moomaw CJ, Szaflarski JP, Gebel J, Shukla R and Broderick JP. Epidemiology of ischemic stroke in patients with diabetes: the greater Cincinnati/Northern Kentucky Stroke Study. *Diabetes Care*. 2005; 28: 355–359.
- Klatsky AL, Armstrong MA, Friedman GD and Sidney S. Alcohol drinking and risk of hemorrhagic stroke. *Neuroepidemiology*. 2002; 21: 115– 122.
- Korkmaz Y. Hemodiyaliz hastalarının tedavi ve sıvı kısıtlamasına uyum, uyumsuzluk ve öz etkililik durumunun incelenmesi. 2016, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bğlimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 109 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Sultan KAV)
- Korpershoek C, van der Bijl J and Hafsteinsdóttir TB. Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2011; 67(9): 1876- 1894.
- Kuzu Z. İnme özelliklerinin yaşam kalitesi üzerine etkisi. 2015, Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık tezi, 104 sayfa, İzmir, (Prof. Dr. Kürşad KUTLUK, Prof. Dr. Görsev YENER)
- Küçükdeveci AA, Yavuzer G, Elhan AH, Sonel B ve Tennant A. Adaptation of the functional independence measure for use in Turkey. *Clinical Rehabilitation*. 2001; 15(3): 311-319.

- Kürücü G. İnmeli bireylerde yaşam kalitesi. 2017, Bahçeşehir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 75 sayfa, İstanbul, (Yrd. Doç. Hayat YALIN)
- Kwok T, Lo RS, Wong E, Wai-Kwong T, Mok V and Kai-Sing W. Quality of life of stroke survivors: a 1-year follow-up study. *Arch Phys Med Rehabil Sep.* 2006; 87(9): 1177– 1182.
- Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R and Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet.* 2002; 360: 1903– 1913.
- Lorig K, Stewart A, Ritter P, González V, Laurent D and Lynch J. Outcome measures for health education and other health care interventions. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1996; 24- 25, 41- 45.
- Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, Christiaens T, Cifkova R, Backer GD, Dominiczak A, Galderisi M, Grobbee DE, Jaarsma T, Kirchhof P, Kjeldsen SE, Laurent S, Manolis AJ, Nilsson PM, Ruilope LM, Schmieder RE, Sirnes PA, Sleight P, Viigimaa M, Waeber B and Zannad F. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens.* 2013; 31(7): 1281- 357.
- Manno EM. Update on intracerebral hemorrhage. *Continuum Lifelong Learning Neurol* 2012; 18(3): 598- 610.
- Mazzaglia G, Britton AR, Altmann DR and Chenet L. Exploring the relationship between alcohol consumption and non-fatal or fatal stroke: a systematic review. *Addiction.* 2001; 96: 1743–1756.
- McIntosh C. A depression screening protocol for patients with acute stroke: a quality improvement project. *Journal of Neuroscience Nursing.* 2017; 49: 1.
- Meschia JF, Bushnell C, Boden-Albala B, Braun LT, Bravata DM, Chaturvedi S, Creager MA, Eckel RH, Elkind MS, Fornage M, Goldstein LB, Greenberg SM, Horvath SE, Iadecola C, Jauch EC, Moore WS, Wilson JA and American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Clinical Cardiology; Council on Functional Genomics and Translational Biology; Council on Hypertension. Guidelines for the Primary Prevention of Stroke. A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2014; 45(12): 754- 832.
- Mete HE. Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri.* 2008; 11 Suppl(3): 3- 18.

- Morgenstern LB, Hemphill JC, Anderson C, Becker K, Broderick JP, Connolly ES, Greenberg SM, Huang JN, Macdonald RL, Messe SR, Mitchell PH, Selim M, Tamargo RJ and on behalf of the American Heart Association Stroke Council and Council on Cardiovascular Nursing. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2010; 41(9): 2108- 2129.
- Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxma, AD, Michaud C and Memish ZA. Disability-adjusted life years (DALYs) diseasesandinjuries in 21 regions, 1990- 2010: A systematic analysis for the global burden of disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380 (9859): 2197– 2223.
- N. Oktik (Ed.). *Huzurevinde Yaşam ve Yaşam Kalitesi*. Muğla Üniversitesi Basım evi, 2004: p.21.
- National Institutes of Health, Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: The evidence report. *Obes Res*. 1998; 6 Suppl(2): 51–209.
- Nevzat Uzuner N, Kutluk K, Sevin Balkan S (Editörler). *İnme Tanı Tedavi Klavuzu, Türk Beyin Hastalıkları Derneği*, 2015: p.13- 78.
- Oosterveer DM, Mishre RR, Van Oort A, Bodde K and Aerden LA. Depression is an independent determinant of life satisfaction early after stroke. *Journal Of Rehabilitation Medicine*. 2017; 49(3): 223- 227.
- Ovayolu N ve Ovayolu Ö (Editörler). *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*. Nobel Tıp Kitapevi, 2017: p.55- 61.
- Öksüz E ve Malhan S (Editörler). *Sağlığa bağlı yaşam kalitesi- kalitemetri*. Başkent Üniversitesi Yayınları, 2005: p.5- 288.
- Öztürk S, Akyol Y, Ulus Y, Tander B ve Kuru Ö. determinants of disease specific health-related quality of life in stroke patients. *Journal of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences*. 2018; 21(3): 107- 114.
- Perim A. *Trakya üniversitesi eğitim araştırma ve uygulama hastanesinde çalışan hemşirelerde kalitesi yaşam algısının belirlenmesi*. 2007, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 114 sayfa, Edirne, (Doç. Dr. Muzaffer Eskiocak)
- Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RJ, Berry JD, Brown TM, Carnethon MR, Dai S, de Simone G, Ford ES, Fox CS, Fullerton HF, Gillespie C, Greenlund KJ, Hailpern SM, Heit JA, Ho M, Howard VJ, Kissela BM, Kittner SJ, Lackland DT, Lichtman JH, Lisabeth LD, Makuc DM, Marcus GM, Marelli A, Matchar DB, McDermott MM, Meigs JB, Moy

- CS, Mozaffarian D, Mussolino ME, Nichol G, Paynter NP, Rosamond WD, Sorlie PD, Stafford RS, Turan TN, Turner MB, Wong ND and Wylie-Rosett J. Heart disease and stroke statistic. HHS Public Access. 2011; 123(4): 18–209.
- Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, Caplan LR, Connors JJ, Culebras A, Elkind MS, George MG, Hamdan AD, Higashida RT, Hoh BL, Janis LS, Kase CS, Kleindorfer DO, Lee JM, Moseley ME, Peterson ED, Turan TN, Valderrama AL and Vinters HV. An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2013; 44(7): 1- 26.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Part of NHS Quality Improvement Scotland. Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. A national clinical guideline. 2010; 7- 83.
- Seshadri S, Beiser A, Pikula A, Himali JJ, Kelly-Hayes M, DeBette S, DeStefano AL, Romero JR, Kase CS and Wolf PA. Parental occurrence of stroke and risk of stroke in their children: the Framingham study. *Circulation*. 2010;121:1304–1312.
- Spector JT, Kahn SR, Jones MR, Jayakumar M, Dalal D and Nazarian S. Migraine headache and ischemic stroke risk: an updated meta-analysis. *Am J Med*. 2010; 123(7): 612- 624.
- Stroke Risk in Atrial Fibrillation Working Group. Comparison of 12 risk stratification schemes to predict stroke in patients with nonvalvular atrial fibrillation. *Stroke*. 2008; 39: 1901- 1910.
- Taylor SJ, Pinnock H, Epiphaniou E, Pearce G, Parke HL, Schwappach A and Greenhalgh TA. Rapid synthesis of the evidence on interventions supporting self-management for people with long-term conditions. *Health Services And Delivery Research*. 2014; 2(53): 37- 75.
- Topçu S ve Oğuz S. Self-efficacy and quality of life after stroke İnme sonrası öz etkililik ve yaşam kalitesi. *Journal of Human Sciences*. 2017; 14(2): 1388-1396.
- Topçu S ve Oğuz S. Translation and validation study for the stroke self-efficacy questionnaire in stroke survivors. *Int J Nurs Pract*. 2018; 24(4): 1-8.
- Torlak SE ve Yavuzçehre PS. Denizli kent yoksullarının yaşam kalitesi üzerine bir inceleme. *Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi*. 2008; 17(2): 23- 44.
- Tülüce D and Kutlutürkan S. The effect of health coaching on treatment adherence, self-efficacy, and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal Of Nursing Practice*. 2018; 24(4):
- Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Eylem Planı 2017- 2021. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenmehareket->

[anasayfacontent/files/Tuz/t\\_rkiye\\_a\\_r\\_tuz\\_t\\_ketiminin\\_azalt\\_lmas\\_program\\_2017-2021.pdf](#), Erişim tarihi: 01 Aralık 2018

Türkiye İstatistik Kurumu Ölüm Nedeni İstatistikleri 2017. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27620>, Erişim tarihi: 24 Ekim 2018

Ucan O and Ovayolu N. Relationship between diabetes mellitus, hypertension and obesity, and health-related quality of life in Gaziantep, a central south-eastern city in Turkey. *Journal of Clinical Nursing*. 2010; 19: 2511- 2519.

Ulusal Hastalık Yükü Çalışması, Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi. Ulusal hastalık yükü çalışması sonuçları ve çözüm önerileri. 2017; p.1- 20.

Vincent-Onabajo TG, Kime Lawan A, Yoonus Oyeyemi A, and Kolapo Hamzat T. Functional self-efficacy and its determinants in Nigerian stroke survivors. *Topics In Stroke Rehabilitation*. 2012; 19(5): 411-416.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995; 41(10):1403- 1409.

Williams LS, Weinberger M, Haris LE, Clark DO and Biler J. Development of a stroke-specific quality of life. *Stroke*. 1999; 30: 1362- 1369.

Woodward S and Mestecky AM, *Neuroscience Nursing Evidence- Based Practice*. Nörolojik Bilimler Hemşireliği Kanıtı Dayalı Uygulamalar, Topçuoğlu MA, Durna Z ve Karadakovan A, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2014: p. 357- 375.

World Health Organization, Neurological disorders: Public health challenges. *Stroke*. 2006; 3(9): 151- 163.

World Health Organization, WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000-2015. Department of Information, Evidence and Research, WHO, Geneva. 2017; 52- 62.

World Health Organization. Disease Burden and Mortality Estimates. Disease Burden, 2000–2016. Erişim adresi: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html), Erişim tarihi: 02 Kasım 2018 ).

Zhang X, Patel A, Horibe H, Wu Z, Barzi F, Rodgers A, MacMahon S, Woodward M and Asia Pacific Cohort Studies Collaboration. Cholesterol, coronary heart disease, and stroke in the Asia Pacific region. *Int J Epidemiol*. 2003; 32(4): 563- 572.

## 8.EKLER

### Ek 1: Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bilgi Formu

1. Yaş: .....
2. Cinsiyet: .....
3. Medeni durumunuz: ( ) Evli ( ) Bekar ( ) Boşanmış ( ) Dul
4. Eğitim durumunuz: ( ) Okur-yazar değil ( ) Okur-yazar ( ) İlköğrenim  
( ) Ortaöğrenim ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Diğer.....
5. Mesleğiniz: ( ) Ev hanımı ( ) Memur ( ) İşçi ( ) Emekli ( ) Serbest
6. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz:  
( ) Gelir giderden fazla ( ) Gelir ve gider eşit ( ) Gelir giderden az
7. Nerede oturuyorsunuz:  
( ) İl ( ) İlçe ( ) Köy
8. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz:  
( ) Yalnız ( ) Aile ( ) Çocuk ( ) Diğer.....
9. Boy..... Kilo..... BKİ:
10. Kronik Hastalıklar: ( ) Var ( ) Yok
11. Varsa kronik hastalık adı :.....
12. Kronik hastalık kaç yıldır var: .....
13. İnme tanısı aldığı süre:....
14. Atak Sayısı:
15. Hastada inme sonrası gelişen yetersizlikler: (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)  
( )Yüz, kol veya bacakta özellikle vücudun bir tarafında güçsüzlük uyuşma veya karıncalanma  
( )Yürüme güçlüğü ( ) Denge kaybı ( ) Kolları ve bacakları hareket ettirmede güçlük  
( ) Yutma güçlüğü ( ) Konuşamama ( ) Konuşma güçlüğü  
( ) Anlama güçlüğü ( ) Yorgunluk ( ) Bir veya iki gözde görme sorunu  
( ) Bilinç bulanıklığı ( ) Kişilik değişiklikleri ( ) İnkontinans
16. Etkilenen taraf hangisidir?( ) Sağ ( ) Sol ( ) Her iki taraf
17. Fizik tedavi gördünüz mü? ( ) Evet ( ) Hayır süre:.....
18. Sigara/ Alkol Kullanımı (Açıklayınız) .....

19. Bağımsızlık Düzeylerinin Değerlendirmesi

	Bağımsız	Kısmi bağımlı	Tam bağımlı
<b><u>KENDİNE BAKIM</u></b>			
Yemek yeme			
Kendine bakım (traş, makyaj vs)			
Yıkanma			
Üst taraf giyimi			
Alt taraf giyimi			
Tuvalet kullanımı-temizliği			
<b><u>SFINKTER KONTROLU</u></b>			
Mesane bakımı			
Bağırsak bakımı			
<b><u>MOBİLİTE (Transfer )</u></b>			
Yatak, sandalye, tekerlekli sandalye			
Tuvalet			
Banyo, duş			
<b><u>YER DEĞİŞTİRME (Lokomosyon)</u></b>			
Yürüme/ Tekerlekli sandalye			
Merdiven			
<b><u>İLETİŞİM</u></b>			
Anlama (işitsel veya görsel)			
İfade edebilme (sözel veya değil)			
<b><u>SOSYAL ALGILAMA</u></b>			
Sosyal kalıtım			
Problem çözme			
Hafıza			

## Ek 2: İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği

İnme sonrasında etkilenebilecek bazı aktivite ve duygularınızı nasıl etkilediğini öğrenmek istiyoruz. Her soru özel bir aktivite veya duygu ile ilgilidir. Her soru için, geçen hafta içinde aktivitelerinizin ve duygularınızın nasıl etkilendiğini düşünün.

GEÇEN HAFTA BOYUNCA	Hiç varamadı	Çok zorlandım	Biraz zorlandım	Çok az zorlandım	Hiç zorlanma dım
1. Yemek hazırlarken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
2. Yemek yeme sırasında, örneğin, yiyecekleri keserken ya da yutarken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
3. Giyinirken, örneğin çorap ya da ayakkabı giyerken, düğme iliklerken, ya da fermuar çekerken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
4. Duş ya da banyo yaparken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
5. Tuvaleti kullanırken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
6. Televizyonda sevdiğiniz bir programını izlerken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
7. Görme yeteneğinizdeki zayıflama nedeniyle bir eşyaya ulaşmada zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
8. Etkilenen tarafınızın uzağındaki şeyleri görmede zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
9. Konuşma sırasında (örneğin takılma, kekeleme, geveleme ya da kelimeleri karıştırma gibi) zorlandığınız oldu mu?	1	2	3	4	5
10. Telefonda düzgün bir şekilde konuşmanızı sürdürmede zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
11. Diğer insanlar sizin ne söylediğinizi anlamakta zorlandılar mı?	1	2	3	4	5
12. Söylemek istediğiniz bir kelimeyi bulmakta zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
13. Diğer insanların sizi anlayabilmeleri için söylediklerinizi tekrar etme ihtiyacı duyduunuz mu?	1	2	3	4	5
14. Yürürken zorlandınız mı? (Eğer yürüyemiyorsanız 1'i işaretleyin ve M7. soruya geçiniz)	1	2	3	4	5
15. Bir şeye doğru eğilirken veya erişmeye çalışırken dengeinizi kaybettiniz mi?	1	2	3	4	5
16. Merdivenleri çıkarken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
17. Yürürken ya da tekerlekli sandalye kullanırken zorlanıp durma ve dinlenme ihtiyacı duyduunuz mu?	1	2	3	4	5



18. Ayakta dururken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
19. Sandalyeden kalkarken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
20. Evle ilgili günlük işlerinizi yaparken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
21. Başladığınız işleri bitirmekte zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
22. Alışkın olduğunuz işleri yaparken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
23. Yazı yazarken veya klavye kullanırken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
24. Çoraplarınızı giyerken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
25. Düğmelerinizi iliklerken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
26. Fermuarınızı çekerken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
27. Kavanoz açarken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5

Bundan sonraki sorular her bir ifadeye ne kadar katıldığınızı ya da katılmadığınızı sormaktadır. Her soru bazı insanların inme geçirdikten sonra karşılaştığı bir problem veya duygu ile ilgilidir. Kutudaki rakamlardan geçen hafta içinde her bir ifade hakkında nasıl hissettiğinizi en iyi belirteni düşünün.

<b>GEÇEN HAFTA BOYUNCA</b>	<b>Kesinlikle katılıyor</b>	<b>Kısmen katılıyor</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Kısmen katılmıyor</b>	<b>Kesinlikle katılmıyor</b>
28. Herhangi bir şeye dikkatimi yoğunlaştırmak benim için zor oldu	1	2	3	4	5
29. Bazı şeyleri hatırlamada zorlandım	1	2	3	4	5
30. Sinirliydim	1	2	3	4	5
31. Başkalarına karşı sabırsız davrandım	1	2	3	4	5
32. Kişiliğim değişti	1	2	3	4	5
33. Geleceğim hakkında endişeliydim	1	2	3	4	5
34. Diğer insanlarla veya etkinliklerle ilgilenmedim	1	2	3	4	5
35. Ailemle birlikte eğlence amaçlı etkinliklere katılmadım	1	2	3	4	5
36. Aileme yük olduğumu hissettim	1	2	3	4	5
37. Bedensel durumum aile yaşamımı engelledi	1	2	3	4	5
38. İstedğim sıklıkta dışarı çıkamadım	1	2	3	4	5
39. Hoşlandığım işlere ve eğlenceye istediğimden daha az zaman ayırdım	1	2	3	4	5

40. Arkadaşlarımın birçoğunu istediğim kadar göremedim	1	2	3	4	5
41. İsteddiğimden daha az cinsel ilişkide bulundum	1	2	3	4	5
42. Bedensel durumum sosyal yaşamımı engelledi	1	2	3	4	5
43. Diğer insanlardan uzaklaştığımı hissettim	1	2	3	4	5
44. Kendime güvenim azdı	1	2	3	4	5
45. Yemek yeme isteğim azdı	1	2	3	4	5
46. Kendimi çoğu zaman yorgun hissettim	1	2	3	4	5
47. Gün boyunca sık sık durup dinlendim	1	2	3	4	5
48. Yapmak istediğimi yapamayacak kadar çok yorgundum	1	2	3	4	5



### Ek 3: Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği

Biz sizin belirli eylemleri icra etmede kendinize ne kadar güven duyduğunuzu bilmek istiyoruz. Aşağıdaki her bir soru için, lütfen şu anda düzenli bir şekilde altta yazılı görevleri yerine getirme öz güveninize karşılık gelen numarayı daire içine alın.

#### Öz-Yönetim Davranışlarını Gerçekleştirmek İçin Öz-Etkililik

Düzenli Bir Şekilde Spor Yapma	hiç güvenim yok					tamamen güvenim var				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Aktif-pasif egzersiz, ağırlık kullanma gibi hafif bir şekilde kas güçlendirme veya esnetme çalışmalarını haftada 3 ya da 4 kez yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Yürüme, yüzme veya bisiklete binme gibi aerobic egzersizlerini haftada 3 veya 4 kez yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Semptomları daha kötü hale getirmeden, egzersiz yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Hastalık Hakkında Bilgi Alma</b>										
4. Hastalığınız hakkında toplum kaynaklarından bilgi almada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Toplum, Aile ve Arkadaşlardan Yardım Alma</b>										
5. Alışveriş yapma, yemek pişirme ve ulaşım gibi günlük ihtiyaç duyduğunuz ev işlerinde, aile ve arkadaşlarınızdan yardım almada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Birinin size dinlemesi ya da sorunlarınız üzerine konuşmada, aile ve arkadaşlarınızdan duygusal destek almada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Bahçe işleri, yemek hazırlama veya kişisel temizlik gibi günlük işlerinize ilişkin, ihtiyaç duyduğunuzda aileniz veya arkadaşlarınız dışındaki kaynaklardan yardım almada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Doktorla İletişim</b>										
8. Hastalığınız hakkında doktora bir şeyler sormada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Hastalığınızla ilgili olabilecek kişisel bir sıkıntınızı açık bir şekilde doktorunuzla paylaşmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Hastalığınızın seyrinde farklılıklar yaşadığınızda bunları doktorunuzla çözümlenmede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

#### GENEL ÖZ-ETKİLİLİK

Genel Hastalık Yönetimi										
11. Hasta olma, genellikle hastalığı yönetmek için farklı görev ve aktiviteleri yapmak anlamına gelir. Hastalığınızı düzenli bir şekilde yönetmek için ihtiyaç duyduğunuz tüm şeyleri yapabilmeye kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Sağlık durumunuzu yönetmek adına bir doktora muayene olma ihtiyacınızı azaltmak için gereksinim duyduğunuz farklı görev ve aktiviteleri yapabilmeye kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

13. Günlük yaşantınızı etkilememesi için sağlık durumunuzdan kaynaklı duygusal gerginliğinizi azaltmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Hastalığınızın günlük yaşantınızı etkileme düzeyini azaltmak için sadece ilaç almanın dışında bir şeyler yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

### SONUÇLARA ULAŞMAK İÇİN ÖZ-ETKİLİLİK

<b>Ev İşlerini Yapma</b>										
15. Sağlık sorunlarınıza rağmen getir götür işlerinizi yaptırmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Sağlık sorunlarınıza rağmen alışverişinizi yaptırmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Sosyal/Eğlence Aktiviteleri</b>										
17. İlgi alanlarınız ve sizi eğlendiren etkinlikleri sürdürmede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Sosyal ziyaretler ve eğlence gibi arkadaşlarınız ve ailenizle birlikte yapmayı sevdiğiniz aktiviteleri sürdürmede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Semptomlarla Başa Çıkma</b>										
19. Fiziksel rahatsızlığınızı veya ağrınızı azaltmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. Hastalığınızdan kaynaklı yorgunluğunuzun yapmak istediğiniz şeylerden sizi alkoymasını önlemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21. Hastalığınızdan kaynaklanan fiziksel rahatsızlığınızın veya ağrınızın, yapmak istediğiniz şeyleri gerçekleştirmenize engel olmasını önlemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22. Hastalığınızdan kaynaklı herhangi bir başka belirtinin veya sağlık sorununun yapmak istediğiniz şeyleri gerçekleştirmenize engel olmasını önlemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23. Herhangi bir belirtinin veya sağlık sorununun, yapmak istediğiniz şeyleri gerçekleştirmenize engel olmasını kontrol edebilmede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Nefes Darlığı İle Başa Çıkma</b>										
24. Nefes darlığınızın, yapmak istediğiniz şeyleri gerçekleştirmenize engel olmasını önlemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Depresyonu Yönetme/Kontrol</b>										
25. Yaptığınız herhangi bir şeyin herhangi bir farklılık yaratmadığını gördüğünüzde cesaretinizin kırılmasını engellemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26. Üzgün veya moral yönünden çökmüş hissetmenizi engellemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27. Kendinizi yalnız hissetmenizi engellemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28. Yalnız hissettiğinizde kendinizi daha iyi hissettirecek bir şeyler yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29. Cesaretiniz kırılmış hissettiğinizde kendinizi daha iyi hissettirecek bir şeyler yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30. Üzgün veya moral yönünden çökmüş hissettiğinizde kendinizi daha iyi hissettirecek birşeyler yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Ek 4: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Klinik Araştırma ve Uygulama Hastanesi Etik Kurulu İzin Yazısı**



T.C.  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 18920478-604.02.02-E.1800037552  
Konu : Başvuru İncelemesi

09/03/2018

Sayın Yrd. Doç. Dr. Selma ATAY

Yürütücülüğünü yapmış olduğumuz "İmmeli Bireylerde Öz Etkililik ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" başlıklı 2011-KAEK-27/2018-E.1800014160 nolu projeniz ile ilgili olarak Klinik Araştırmalar Etik Kurulumun almış olduğu 07/03/2018 tarih ve 05-01 nolu kararı aşağıdadır.  
Bilgilerinize rica ederim.

Karar Tarihi: 07.03.2018  
Karar No: 2018-05

Karar-01)2011-KAEK-27/2018-E.1800014160 no'lu araştırma ile ilgili olarak, proje yürütücüsü Yrd. Doç. Dr. Selma ATAY'ın çalışması Etik Kurul tarafından değerlendirilmiş olup; yapılan oylamada "ETİK KURUL ONAYINI ALIR" kararı verilmiştir.

*e-İmza*

Prof. Dr. Hakkı Engin AKSULU  
Kurul Başkanı

Bilgi: Elektronik İmza: <https://www.saglik.gov.tr/SEKUR/Anasayfa/InformationPage/Imza> adresinden SAĞLIK Mİ2 kodu ile onay belgesi oluşturulabilir.

Adres : Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Çanakkale  
E-posta :  
Tarih:  
Başvuru No:  
İstisna Akademi:



1800037552 numaralı belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'nun 5. maddesi gereğince Hakkı Engin AKSULU tarafından 09/03/2018 tarihinde güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

## Ek 5: Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin Yazısı



T.C.  
ÇANAKKALE VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 81682077-811.99  
Konu : Araştırma İzin Talebi

Sayın HİLALNUR DEMİR

İlgi : 22/01/2018 tarihli dilekçeniz.

İlgi tarihli dilekçeniz ve ekleri ile Müdürlüğümüze gönderilen, Çanakkale Devlet Hastanesi Nöroloji Polikliniğinde "İmmeli Bireylerde Öz Etkililik ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" konulu çalışma talebiniz Müdürlüğümüz bünyesinde 01.02.2018 tarihinde toplanan Sağlık Hizmetleri Araştırma İzin Talepleri Değerlendirme Komisyonunca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır,  
Dr. Ali TAŞCI  
İl Sağlık Müdürü

Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü

Faks No:2862371000

e-Posta: nagehan.gultepe@sogluk.gov.tr İst. Adresi: 05062171150/1125

Evrenin en değerli hazinesi sağlıkla beraberdir. <http://www.sogluk.gov.tr> adresinden 0634-4754-6041-5222531 ÇHB6 SoK'de erişebilirsiniz. Bu belge 5076 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre geçerli elektronik imza ile oluşturulmuştur.

Bilgi için: NAGEHAN GULTEPE

Ünvan: EBE

Telefon No: 0 506 390 8045

## Ek 6: Yazarlardan Ölçek Kullanım İzinleri

The screenshot shows a Gmail inbox with the search bar set to "is:starred". The left sidebar shows the "E-Posta Yaz" (Compose) button and a list of folders: "Gelen Kutusu" (496), "Yıldızlı" (starred), "Ertelendi" (Delayed), "Gönderilmiş Postalar" (Sent), "Taslaqlar" (2), and "Diğer" (Other). The main content area displays three emails. The top email is from Hilalnur Demir, dated 8 Ocak Pzt 16:42, with the subject "Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği'nin (KHÖÖ) İzni". The email body contains the following text:

Merhaba Hocam, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Hemşirelik Bölümü'nde araştırma görevlisyim ve aynı zamanda Yrd.Doç.Dr. Selma ATAY'ın danışmanlı...

Hilalnur Demir  
8 Ocak Pzt 16:42

Merhaba Hocam, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Hemşirelik Bölümü'nde araştırma görevlisyim ve aynı zamanda Yrd.Doç.Dr. Selma ATAY'ın danışmanlı...

Hilalnur Demir  
8 Ocak Pzt 16:44

Merhaba Hilalnur Hanım,  
Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeğini çalışmanızı geciktirmemek adına ekliyorum. Ancak bu ay içerisinde Hemar-G dergisinde geçerlik-güvenirlilik çalışması yayınlanacak, şu an basım aşamasında. Kaynak olarak derginin kullanılması daha doğru olacaktır. Çalışmanızın sonuçlarından bizi bilgilendirirseniz mutluluk duyarız.  
İyi çalışmalar dilerim....

The screenshot shows a Gmail inbox with the search bar set to "is:starred". The left sidebar shows the "E-Posta Yaz" (Compose) button and a list of folders: "Gelen Kutusu" (496), "Yıldızlı" (starred), "Ertelendi" (Delayed), "Gönderilmiş Postalar" (Sent), "Taslaqlar" (2), and "Diğer" (Other). The main content area displays three emails. The top email is from Hilalnur Demir, dated 6 Eki 2017 Cum 15:44, with the subject "İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği İzni". The email body contains the following text:

Merhaba Hocam, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Hemşirelik Bölümü'nde araştırma görevlisyim ve aynı zamanda Yrd.Doç.Dr. Selma ATAY'ın danışmanlı...

Hilalnur Demir  
6 Eki 2017 Cum 15:44

Merhaba Hilalnur,

Öncelikle gecikmeden dolayı kusura bakma lütfen. Ölçeği kullanabilirsin tabii ki. Ekte ölçeği gönderiyorum, ayrıntılı bir şekilde değerlendirmesi de var. Farklı bir sorun ya da sorunun olursa yaz lütfen.

Başarılar Diliyorum

Sevgilerimle :)

Gülendam

6 Ekim 2017 15:44 tarihinde Hilalnur Demir <hildemir@comu.edu.tr> yazdı:

## Ek 7: Gönüllü Bilgilendirme Formu

<b>ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ</b> <b>KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b> <b>GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU</b>					
<b>Doküman:</b>	<b>Form-11</b>	<b>Revizyon No:</b>	<b>02</b>	<b>Revizyon Tarihi:</b>	<b>23 / 01 / 2012</b>

1. **Çalışmanın adı:** İnmeli Bireylerde Öz Etkililik ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

2. **Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları.**

Yrd.Doç.Dr.Selma ATAY  
Hemşirelik Bölümü

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Çanakkale SYO  
Tel : 0(286) 218 13 97/ 2705

Hilalnur DEMİR  
Hemşirelik Bölümü  
Yüksek lisans Öğrencisi

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Çanakkale SYO  
Tel : 0(286) 218 13 97/ 2810

3. **Araştırmanın amacı ve kısa özeti:**

Önemli bir sağlık problemi olan inme bireylerde bazı yetersizliklere neden olabilir(Görme sorunları, yatağa bağımlılık, konuşma güçlüğü vb.). Bu durum bireylerin yaşam kalitesini etkilemektedir.

İnme sonrası sağlık bakım ekibi, hastanın yapabilirlik düzeyini ve inancını en üst seviyeye çıkarmak istemektedir, böylece bireylerin yaşam kalitesinde de artma olması beklenmektedir. Öz bakımını kendisi yapan, olumlu geri bildirim alan hastalarda, başarıma performansının arttığı, kendine olan inancının olumlu etkilendiği belirtilmektedir. Öz etkililik (kendine olan başarabilme inancı) düzeyinin yüksek olması, bireyin yaşadığı sorunlar ile baş etmesini kolaylaştırmaktadır. Öz etkililik ve yaşam kalitesi tedavi ve bakım sürecini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilir. Bu nedenle bu çalışma inmeli bireylerde öz etkililik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacı ile planlanmıştır.

4. **Bu araştırma için neden siz seçildiniz?**

Bu araştırma tamamen bilimsel bir çalışma olarak planlanmıştır. Nöroloji polikliniğine başvuru yaptığınız için siz seçildiniz.

5. **Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?**

Araştırmaya katılma zorunluluğunuz yoktur ve araştırmanın herhangi bir aşamasında bildirmeden araştırmadan ayrılmaya hakkınız vardır.

6. **Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?**

Size yöneltilecek sorulara cevap vermeniz istenecek. Formlar, araştırmacı (Hilalnur DEMİR) tarafından doldurulacaktır.



**7. Araştırmaya katılmak size bir zarar verecek mi? Sizin için olumsuz yönleri/riskleri olacak mı?**

Araştırmaya katılmanız halinde sizin için herhangi bir risk bulunmamaktadır.

**8. Araştırmaya katılmanın size olası yararları nelerdir? Araştırmaya katılmak size bir fayda/üstünlük sağlayacak mı?**

Çalışmaya katılmanız halinde herhangi bir maddi kazancınız olmayacaktır. Bilimsel bir çalışma için faydanız olacaktır.

**9. Araştırma için masrafım olacak mı? Araştırmanın benim için maddi bedeli var mı?**

Çalışmaya katılmanız halinde herhangi bir ücret ödemeyeceksiniz.

**10. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?**

Formlar isimsiz olarak doldurulacaktır.

**11. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?**

İsterseniz araştırma sonunda size araştırmanın sonucu ile ilgili bilgi verilecektir.

**12. Araştırma sonuçlarına ne olacak?**

Araştırmanın sonuçları tıbbi kongrede(toplantıda) ya da dergide yayınlanacaktır.

**13. Daha ayrıntılı bilgi için,**

Hilalnur DEMİR ile iletişime geçebilirsiniz.

**14. Teşekkür:**

Araştırmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

**BU BİLGİLENDİRME FORMU SİZDE KALACAKTIR. ARAŞTIRMAYA KATILMAK İSTERSENİZ AŞAĞIDA YER ALAN ONAM FORMUNU İMZALAMANIZ GEREKMEKTEDİR.**

**ONAM FORMU (D<sup>2</sup>)**

**15. Araştırmanın Adı:** İnmeli Bireylerde Öz Etkililik ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

	Evet	Hayır
Hasta Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? *Lütfen ismini yazınız.*

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih:

## Ek 8: Özgeçmiş

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Hilalnur	<b>Soyadı</b>	DEMİR
<b>Doğum Yeri</b>	Bursa	<b>Doğum Tarihi</b>	28.11.1993
<b>Uyruğu</b>	T.C.	<b>TC Kimlik No</b>	13765835794
<b>E-mail</b>	<a href="mailto:hilalnurd3@gmail.com">hilalnurd3@gmail.com</a>	<b>Tel</b>	0545 422 9377

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Lisans</b>	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	2015
<b>Yüksek Lisans</b>	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Devam Ediyor

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl - Yıl)</b>
<b>1.</b> Hemşire	Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Dahiliye Servisi	15.09.2015 - 18.02.2016
<b>2.</b> Arş.Gör.	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu	2016 – Devam Ediyor

**Yabancı Dil Sınav Notu:** EYDS 70 (2017/1: 21 Ocak)

: YÖKDİL 73,75 (05.03.2017)

#### **A-Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Diğer:**

- ✓ Aslan E., Ertürk S. , Demir H., Aksoy Ö., "Fathers' Attachment Status to Their Infants", International Journal of Caring Sciences, vol.10, pp.1410-1418, 2017 (Link)
- ✓ Kirenli M., Efil S., Demir H., "2015-2017 Nanda Tanılarına Göre Pnömonili Bireyde Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu", 17. Ulusal Hemşirelik Öğrencileriresi, ÇANAKKALE, TÜRKİYE, 4-6 Nisan 2018, ss.58-58 (Link)
- ✓ Gül E., Kapıcı M., Demir H., Efil S., "Öğrencilerin İç Hastalıkları Hemşireliği Dersi Uygulamasında Yaşadıkları Sorunlar", 17. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, ÇANAKKALE, TÜRKİYE, 4-6 Nisan 2018, ss.100-100 (Link)
- ✓ Demir H., Atay S., "Watson İnsan Bakım Modeli Uygulamasına Bir Örnek: Diyabet Olgusu", 5.Uluslararası 16.Ulusal Hemşirelik Kongresi, ANKARA, TÜRKİYE, 5-8 Kasım 2017, ss.208-209 (Link)
- ✓ Ertürk S. , Demir H., Aslan E., "4-12 Haftalık Bebeği Olan Babaların Bebeklerine Bağlanma Durumu", 14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, KAYSERİ, TÜRKİYE, 22-26 Nisan 2015, ss.1-1

#### **B-Katıldığı Uluslararası ve ulusal konferans ve kongreler:**

- ✓ 17. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Düzenleme Kurulu Üyesi, TÜRKİYE, Nisan 2018
- ✓ I.Proje Pazarı, Çanakkale, Nisan 2018
- ✓ 11.İç Hastalıkları Hemşireliği Günleri, Kocaeli, Mart 2018
- ✓ Diyabet Farkındalığı Programı, Düzenleme Kurulu Üyesi, , TÜRKİYE, Kasım 2017
- ✓ Panel ICN 2017: Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine Ulaşmada Hemşirelerin Rolü, Bilim Kurulu Üyesi, , TÜRKİYE, Mayıs 2017
- ✓ İç Hastalıkları Hemşireliği Günleri, , Mart 2017
- ✓ Ölçme Değerlendirme Kursu, Çanakkale, Eylül 2017
- ✓ Panel: Kadına Yönelik Şiddetin Analizi , Çanakkale, Aralık 2017
- ✓ 1.Ulusal Hemşireler İçin Sağlıklı Çalışma Ortamı Sempozyumu, Çanakkale, Nisan 2017
- ✓ İç Hastalıkları Hemşireliği Günleri, Kocaeli, Mart 2016

- ✓ 14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Kayseri, Nisan 2015
- ✓ İç Hastalıkları Hemşireliği Günleri, Kocaeli, Mart 2015
- ✓ EONS 9 Congress, the European Oncology Nursing Society Congress, İstanbul, Eylül 2014

**C-Sertifikalar:**



- ✓ En Şeker Rekor “Kan Şekeri Ölçümü Dünya Rekoru\ Guinness World Records” Katılım Sertifikası, 18 Kasım 2012, Türkiye Diyabet Vakfı, İSTANBUL
- ✓ Bilimsel Araştırma Yöntemleri Sertifika Programı, 22 Mayıs 2015, İleri Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul Aydın Üniversitesi, İSTANBUL

**D-Ödüller:**

- ✓ İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi 2014-2015 Akademik Yılı Mezuniyeti, Fakülte Üçüncüsü Plaketi

**Ek 9: Citli Tez Kontrol Formu**

	Evet	Hayır
1) Amblem renkli ve 2x2 cm boyutunda olmalıdır.	X	
2) Kapakta sadece başlık bold ve 14 punto, diğer yazılar normal renkte ve 12 punto yazılmalıdır.	X	
3) Tez savunma sınavında kabul edilmiş tezler için, tezin sırtı tez yazım kılavuzuna uygun olarak düzenlenmiş olmalıdır.	X	
4) Kabul edilmiş tez konusu ile tezin baş sayfasındaki tez konusu aynı olmalıdır.	X	
5) Beyan eksiksiz ve imzalı olarak Tez Yazım Kılavuzundaki gibi konmalıdır.	X	
6) Özet ve Summary 250'şer kelimeyi aşmamalıdır. (1 sayfa)	X	
7) Anahtar kelimeler (en fazla) 5 adet olmalıdır.	X	
8) İngilizce özetin başında konu başlığı yazılmalıdır.	X	
9) Metin ve kaynakların tümü 1,5 aralıklı olmalıdır.	X	
10) Tezde yazım karakteri olarak "Times New Roman" kullanılmalıdır.	X	
11) Web sayfa kaynakları metin içinde de geçmelidir (parantez içinde güncelleme tarihi ile birlikte). Kaynaklar bölümünde de cümlelerin sonunda Erişim adresi ve Erişim tarihi sırasıyla verilmelidir.	X	
12) Çalışmanın Etik Kurul onayı, varsa kurum onayı tezin en arkasına konmalıdır.	X	

Tarih: 22 / 01 / 20.19	Tarih: 22 / 01 / 20.19
Öğrenci Adı ve Soyadı, Hilalnur DEMİR	Danışmanın Adı ve Soyadı, Dr. Öğr. Üyesi SELMA ATAY
İmza 	İmza 

**Ek 10:ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ/ SAĞLIK  
BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ CİLTLİ TEZ YAZIM KONTROL LİSTESİ**

KONTROL BAŞLIĞI	ÖĞRENCİ	DANIŞMAN
Tez yazımında kullanılan yazı tipi	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Sayfa kenar boşlukları	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Kapak sayfası düzeni	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
İç kapak sayfası düzeni	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Onay sayfası düzeni	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Beyan sayfası içeriği ve düzeni	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
İçindekiler sayfası düzeni	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Teşekkür sayfası	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Türkçe özet	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
İngilizce özet	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Simgeler ve kısaltmalar dizini	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Şekiller dizini	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Tablolar dizini	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Tezin ön sayfalarının sıralaması	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Ön sayfaların numaralandırılması	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Sayfalarının numaralandırılması	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Başlıklarının numaralandırılması	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Şekil, resim ve tablo numaralandırması	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Yöntem ve Gereç	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Bulgular	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Tartışma	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Sonuç ve Öneriler	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Kaynaklar	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Atıflar (alıntı ve göndermeler)	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Ekler (etik kurul onayı, vs)	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Tez planı	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Dil (anlatım, yazım –imla)	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Kâğıt ve baskı özelliği	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Tezin son şeklinin elektronik kopyası	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Tarih: 22 / 01 / 2019	Tarih: 22 / 01 / 2019	
Öğrenci Adı ve Soyadı, Hilalnur DEMİR	Danışmanın Adı ve Soyadı, Dr.Öğr. Üyesi Selma ATAY	
İmza 	İmza 	