



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI**

**İNME SONRASI OMUZ AĞRISI OLAN VE OLMAYAN
HASTALARDA UYKU KALİTESİNİN; GÜNLÜK YAŞAM
AKTİVİTESİ VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan

Sena VARİNLİOĞLU

Danışman

Prof. Dr. Nur TUNALI

İstanbul – 2019

TEZ ONAY TUTANAĞI

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Sena VARINLIOĞLU tarafından hazırlanan "*İnme sonrası omuz ağrısı olan ve olmayan hastalarda uyku kalitesinin; günlük yaşam aktivitesi ve yaşam kalitesi üzerinde etkisi*" konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 22.05.2019

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Prof.Dr. Nur TUNALI
: Haliç Üniversitesi (Danışman)



Jüri Üyesi : Doç.Dr. Yasemin ÇERAK
: İstinye Üniversitesi



Jüri Üyesi : Prof.Dr. Güneş YAVUZER
: Haliç Üniversitesi



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Nur TUNALI
Vekil Müdür



ÖNSÖZ

Lisans ve yüksek lisans eğitimlerim boyunca ve tezimi hazırlama aşamasında her zaman destek veren, beni yönlendiren, yardımlarını ve bilgisini benden esirgemeyen, her zaman örnek aldığım tez danışmanım Prof. Dr. Nur Tunalı'ya,

Tez çalışmamda, sağlık kuruluşlarında bana çok ilgili, güler yüzlü davranan doktor ve sağlık çalışanları arkadaşlarımın hepsine,

Hayatım boyunca yanımda olan, sevgi ve desteklerini hiçbir zaman benden esirgemeyen anneme ve akademik tecrübeleri ile tezimin birçok aşamasında bana yardımcı olan babama sonsuz teşekkürler.

İstanbul

Sena VARİNLİOĞLU

05.05.2019

İNTİHAL RAPORU

Turnitin Orijinallik Raporu

İşleme Kodu: 15-Nis-2019 12:42 403
NUMARA: 1112754565
Kelime Sayısı: 7565
Gönderildi: 1

İnme Sena Varinlioğlu tarafından

Kaynağa göre Benzerlik	
Benzerlik Endeksi	
%15	
İnternet Sources:	%12
Yayınlar:	%6
Öğrenci Ödevleri:	%4

1% match (26-Mar-2010 tarihli internet) http://www.ftrdergisi.com/yazilar.asp?yazid=4648&sayid=51
1% match (11-Nis-2019 tarihli internet) http://jtm.org/archives/archive-detail/article-preview/kronik-obstrktif-akcier-hastalinda-evrelere-gra-uyk/11208
1% match (16-Eil-2015 tarihli internet) http://www.joms.org/pdf/pdf_PMJ_534.pdf
1% match (15-May-2011 tarihli internet) http://jns.dergisi.org/text.php?id=291
1% match (16-Kas-2018 tarihli internet) http://uludagbalkansporbilimleri.org/tr/bildiri_kitabi.pdf
1% match (23-Nis-2010 tarihli internet) http://www.istanbulsaqlik.gov.tr/w/tez/pdf/ anestezi_reanimasyon/dr_aykan_gulleroglu.pdf
1% match (13-Ağu-2013 tarihli internet) http://istanbulsaqlik.gov.tr/w/tez/pdf/ fizik_tedavi/dr_zavnep_kilic.pdf
1% match (22-Şub-2011 tarihli internet) http://istanbulsaqlik.gov.tr/w/tez/pdf/ noroloji/dr_gulistan_usak_halac.pdf
1% match (27-Mar-2010 tarihli internet) http://www.ftrdergisi.com/yazilar.asp?yazid=4678&sayid=
1% match (yayınlar) ŞENÖZCAN, Özlem, EL, Özlem, SÖYLEV, Gözde Özcan, AYÇILAR, Soner and PEKER, Özlem. "İnme sonrasında yaşam kalitesini etkileyen faktörler", The Aegean Neurosurgical Department, 2008.
1% match (09-Haz-2016 tarihli internet) http://acikensim.pau.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11499/549/10029550.pdf;sequence=1
1% match (17-Mar-2017 tarihli internet) http://www.journalagent.com/medeniyet/pdfs/MEDJ_29_3_176_181.pdf
< 1% match (12-Mar-2016 tarihli internet) http://acikensim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/12345/12914/331268.pdf;isAllowed=y&sequence=1
< 1% match (29-Mar-2016 tarihli internet) http://dspace.traiya.edu.tr:8080/jspui/bitstream/1/789/1/Fatma%20Sa%4c%9flem.pdf
< 1% match (30-May-2018 tarihli öğrenci ödevleri)

TEZ ETİK BEYANI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Omuz ağrısı olan ve olmayan İnmeli Hastalarda Uyku Kalitesinin , Günlük Yaşam Aktivitesinin ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi” başlıklı bu çalışmayı baştan sona kadar danışmanım Prof. Dr. Nur Tunalı ‘nın sorumluluğunda tamamladığımı, verileri/örnekleri kendim topladığımı, deneyleri/analizleri ilgili laboratuvarlarda yaptığımı/yaptırdığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Sena VARİNLİOĞLU

İÇİNDEKİLER

İNTİHAL RAPORU.....	I
TEZ ETİK BEYANI.....	II
İÇİNDEKİLER.....	III
KISALTMALAR.....	V
ŞEKİLLER.....	VI
ÇİZELGELER.....	VII
ÖZET.....	VIII
ABSTRACT.....	IX
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Serebro Vasküler Olay Tanımı.....	5
2.2. Epidemiyolojisi.....	2
2.3. Risk Faktörleri.....	3
2.4. Etiyolojisi.....	6
2.4.1. Serebral Tromboli.....	4
2.4.2. Serebral Emboli.....	5
2.4.3. Laküner İnme.....	6
2.4.4. Hemorajik İnme.....	6
2.5. İnmede Komorbid Hastalıklar ve Komplikasyonlar.....	6
2.5.1. Derin Ven Tromnozu.....	6
2.5.2. Depresyon.....	7
2.5.3. Disfaji.....	7
2.5.4. Kalp Hastalıkları.....	7
2.5.5. Uyku Bozuklukları.....	8
2.5.6. Barsak ve Mesane Problemleri.....	8
2.5.7. Düşme.....	8
2.5.8. Üst Ekstremitte Komplikasyonları.....	9
2.6. Prognoz.....	10
2.7. İnme Rehabilitasyonu.....	11
2.7.1. Akut Dönem.....	11
2.7.2. Subakut Dönem.....	12
2.7.3. Kronik Dönem.....	12
2.8. İnme Sonrası Uyku Kalitesi.....	12
2.9. İnme Sonrası Yaşam Kalitesi.....	13
2.10. İnme Sonrası Günlük Yaşam Aktiviteleri.....	14

3.GEREÇ ve YÖNTEM.....	15
3.1. Amaç.....	15
3.2. Çalışmanın Yapıldığı Yerler.....	15
3.3. Çalışma Süresi.....	15
3.4. Olgular.....	15
3.5. Değerlendirme Ölçekleri.....	16
3.6. Veri Toplama Yöntemleri.....	17
3.6.1. Demografik Veri Formu.....	17
3.6.2. Omuz Ağrı Varlığının ve Şiddetinin Değerlendirilmesi.....	17
3.6.3. Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	17
3.6.4. Günlük Yaşam Aktivitesinin Değerlendirilmesi.....	18
3.6.5. İnmeye Özgü Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	18
3.6.6. El ve El Bileği Sorunlarının Değerlendirilmesi.....	19
3.6.7. Üst Ekstremitte Motor Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi.....	19
3.7. Verilerin İstatistiklerinin Değerlendirilmesi.....	20
4. BULGULAR.....	21
4.1. Demografik Veri Bulguları.....	21
4.2. Pittsburg Uyku Kalite Ölçeği Bulguları.....	26
4.3. İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Bulguları.....	26
4.4. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Bulguları.....	27
4.5. Pittsburg Uyku Kalite Ölçeğinin, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ve Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Arasındaki İlişki.....	28
4.6. Michigan Hand Outcomes Questionnaire Türkçe Versiyonu Bulguları.....	28
4.7. Stroke Impairment Assesment Score (SIAS) Skalasının Üst Ekstremitte Motor Fonksiyon Değerlendirme Bölümünün Bulguları.....	29
4.8. Omuz Ağrısı Olan İnmeli Hastalara Yapılan The ShoulderQ Anket Bulguları.....	29
5.TARTIŞMA.....	31
6.SONUÇLAR.....	36
7.ÖNERİLER.....	37
8.KAYNAKLAR.....	38
9.EKLER.....	44
10.ETİK KURUL.....	66
11.ÖZGEÇMİŞ.....	68

KISALTMALAR

AVM	:Arterio Venöz Malfarmasyon
cm	:Santimetre
DM	:Diyabetes mellitus
DSHA	:Dinlenme Sırasında Hissedilen Ağrı Şiddeti
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
DVT	:Derin Ven Trombozu
GHAŞ	:Gece Hissedilen Ağrı Şiddeti
GYA	:Günlük Yaşam Aktiviteleri
HT	:Hipertansiyon
İÖYKÖ	:İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği
KAH	:Koroner Arter Hastalığı
KOAH	:Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MHQ	:Michigan Hand Questionnaire
PUKİ	:Pittsburg Uyku Kalite Ölçeği
SIAS	:Stroke Impairment Assesment Score
SVO	:Serebrovasküler olay
WHOQOL	:Dünya Sağlık Örgütü Sağlıkta Yaşam Kalitesi Ölçeği

ŞEKİLLER

	Sayfa No
Şekil 2.4.1.1. Trombus şekli.....	5
Şekil 2.4.2.1. Emboli oluşumu.....	5
Şekil 3.6.7.1. Diz-Ağız Testi.....	20
Şekil 3.6.7.2. Parmak Testi.....	20



ÇİZELGELER

Sayfa No

Çizelge 4.1.1. Grupların Cinsiyet Dağılımları.....	21
Çizelge 4.1.2. Grupların Yaş Dağılımları.....	22
Çizelge 4.1.3. Olguların Medeni Durumlarına Göre Dağılımları.....	22
Çizelge 4.1.4. Grupların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.....	22
Çizelge 4.1.5. Grupların Mesleki Durumlarına Göre Dağılımları.....	23
Çizelge 4.1.6. Grupların İnme Sebepleri Dağılımları.....	23
Çizelge 4.1.7. Grupların İlave Hastalıklar Dağılımları.....	24
Çizelge 4.1.8. Grupların Demografik Verileri.....	24
Çizelge 4.1.9. Grupların Etkilenen Taraf Dağılımları.....	25
Çizelge 4.1.10. Grupların İnme Geçirme Zamanları.....	25
Çizelge 4.2.1. Grupların PUKİ Ortalamaları.....	26
Çizelge 4.3.1. Grupların İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları..	27
Çizelge 4.4.1. Grupların KATZ GYA Total Skorları.....	27
Çizelge 4.5.1. Ölçekler Arasındaki İlişki Analiz Sonuçları.....	28
Çizelge 4.6.1. Grupların Michigan Hand Questionnaire Skorları.....	28
Çizelge 4.7.1. Grupların Stroke Impairment Assesment Score (SIAS) Skalasının Üst Ekstremitte Motor Fonksiyon Değerlendirme Skorları.....	29
Çizelge 4.8.1. The ShoulderQ Anketinin Ağrı Tanımlaması Sonuçları.....	29
Çizelge 4.8.2 Gece Hissedilen Ağrı Şiddeti Puanı ile Pittsburg Uyku Kalite Ölçeği Arasında Yapılan Korelasyon Analiz Sonuçları.....	30
Çizelge 4.8.3. İlişki Analiz Sonuçları.....	30

ÖZET

İNME SONRASI OMUZ AĞRISI OLAN VE OLMAYAN HASTALARIN UYKU KALİTESİNİN, GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTESİ VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

İnme, önemli nörolojik kayıplara sebep olmaktadır. Buna ek olarak; gelişebilecek komplikasyonlar nedeniyle de hastalarda önemli morbiditeye yol açar. İnmeli hastalarda sık görülen komplikasyonlardan birisi de omuz ağrısıdır.

Çalışmamızda, inme geçirmiş omuz ağrısı olan ve olmayan hastaların uyku kalitesi değerlendirildi ve uyku kalitesinin bu hastaların günlük yaşam aktivitesine ve yaşam kalitesine olan etkisi incelenmiştir. Çalışmamıza; son 18 ay içinde inme geçirmiş, omuz ağrısı olan ve olmayan toplam 32 hasta dahil edilmiştir. Tüm inmeli hastalar omuz ağrısı olan ve olmayan olarak iki gruba ayrılmıştır.

Çalışmaya dahil edilen hastalara; omuz ağrı varlığının ve şiddetinin değerlendirilmesi için The ShoulderQ Anketi, uyku kalitesi değerlendirmesi için Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi, günlük yaşam aktivitesi değerlendirmesi için KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, yaşam kalitesi değerlendirmesi için İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği, el ve el bileği sorunlarının değerlendirilmesi ve üst ekstremit motor fonksiyonlarının değerlendirilmesi için Michigan Hand Outcomes Questionnaire Türkçe Versiyonu uygulanmıştır.

Sonuç olarak; omuz ağrısı olan inmeli hastalarda uyku kalitesi zayıf olarak bulunmuştur. Ayrıca; uyku kalitesinin, inmeli hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlığını ve yaşam kalitelerini önemli oranda etkilediği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: İnme, Günlük Yaşam Aktivitesi Anketi, Omuz Ağrısı, Uyku Kalitesi

ABSTRACT

QUALITY OF SLEEP IN PATIENTS WITH AND WITHOUT SHOULDER PAIN AFTER STROKE; EFFECT ON DAILY LIFE ACTIVITY AND QUALITY OF LIFE

Stroke causes significant neurological defects. In addition; stroke causes significant morbidity in patients due to complications. One of the common complications of stroke patients is shoulder pain.

The sleep quality of stroke patients with and without shoulder pain was evaluated and the effect of sleep quality on daily living activity and life quality of these patients was investigated.

In our study; A total of 32 stroke patients with and without shoulder pain were included in the last 18 months. All stroke patients were divided into two groups with and without shoulder pain.

Patients included in the study; The ShoulderQ Questionnaire for the assessment of the presence and severity of shoulder pain, the Pittsburgh Sleep Quality Index for sleep quality assessment, the KATZ Daily Living Activities Scale for assessment of daily life activity, The Stroke Specific Quality of Life Scale for quality of life assessment, the assessment of hand and wrist problems, and upper extremity Michigan Hand Reports Questionnaire Turkish Version was used for evaluation of motor functions.

As a result; Sleep quality was found to be weak in stroke patients with shoulder pain. Also; It was concluded that sleep quality significantly affects the independence in daily living activities and life quality of stroke patients.

Keywords: Stroke, Daily Living Activities Questionnaire, Shoulder Pain, Quality of Sleep

1. GİRİŞ

İnme (stroke); serebral kan akımının tıkanması veya damarların rüptüründen kaynaklanan, ani oluşan kalıcı nörolojik defisit ile karakterize, motor kontrol kaybı, his bozukluğu, denge bozukluğu, konuşma ve bilişsel fonksiyon kayıplarından komaya kadar gidebilen geniş bir semptom ve bulgu spektrumuna sahip, klinik bir sendromdur (Brandstater, 2007). İskemik veya hemorajik nedenlere bağlı olarak beyin dokusunda oluşan enfarktüs sonucu gelişen ve nörolojik bozukluklarla seyreden hemipleji/hemiparezi klinikte en sık karşılaşılan bulgulardır. İnme birçok risk faktörüne bağlı gelişmekte ve insidansı yaşla birlikte artmaktadır (Çakıcı ve Aras, 2005).

İnmenin neden olduğu nörolojik kayıplar dışında gelişebilecek komplikasyonlar nedeniyle de hastalarda önemli morbiditeye yol açtığı bilinmektedir. İnmeli hastalarda sık görülen komplikasyonlardan birisi de omuz ağrısıdır. Omuz ağrısı inmeli hastaların yaşam kalitelerini büyük oranda etkilemektedir.

İnmeli hastaların yaşam kalitelerini etkileyen birçok komplikasyon vardır. Bu komplikasyonlar arasında en önemlilerinden sayabileceğimiz; uyku bozukluğudur. Uyku bozukluğu inmeli hastaların rehabilitasyon sonucunu ve süresini etkileyebilen önemli bir faktördür. Bu nedenle inmeli hastalarda uyku kalitesi değerlendirilmeli ve sonuçları göz önünde bulundurularak planlama yapılmalıdır.

Geçtiğimiz yıllara oranla inme sonrası yaşam kalitesi ile ilgili araştırmalar ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için çalışmalar önemini arttırmıştır. Yaşam kalitesi; inme sonrası hasta tarafından algılanan yaşam standartlarını göstermektedir. Bu nedenle; değerlendirilmesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin ortaya konması önemlidir. Elde edilen sonuçlar; rehabilitasyon hedeflerinin belirlenmesinde yönlendirici etki yapacaktır.

Sadece rehabilitasyon hedeflerini belirlemede değil, rehabilitasyon sonrası tedavi sonucunun etkinliğini belirlemede de önemli bir faktördür (Peker ve ark., 2000; Gokkaya ve ark., 2005).

Bu bilgilerden yola çıkarak çalışmamız; inme geçirmiş omuz ağrısı olan ve olmayan hastaların uyku kalitesinin değerlendirilmesi ve uyku kalitesinin bu hastaların günlük yaşam aktivitesine ve yaşam kalitesine olan etkisini incelemek üzere planlanmıştır.

Literatürde inme sonrası omuz ağrısı olan ve olmayan bireylerle yapılan çalışma sayısının azlığı, uyku kalitesinin değerlendirilmemiş olması, ayrıca kullandığımız yaşam kalitesi değerlendirmesinin inmeye özgü olması nedeniyle çalışmamız önem kazanmıştır.

Çalışmamızda kurulan hipotezler şunlardır:

Hipotez 1. Omuz ağrısı olan inmeli hastalarda yaşam kalitesi daha düşüktür.

Hipotez 2. Omuz ağrısı olan hastalarda uyku kalitesi daha düşüktür.

Hipotez 3. Omuz ağrısı olan hastalarda günlük yaşam aktivitesi skorunda farklılık beklenmemektedir.

Bu hipotezleri test etmek için; omuz ağrısı olan ve olmayan toplam 32 hasta alınmıştır. Bu hastalar; Pittsburg Uyku Kalite İndeksi, Assessment of shoulder pain in hemiplegia: Sensitivity of the ShoulderQ, KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği, Stroke Impairment Assesment Score skalasının üst ekstremit motor fonksiyon değerlendirme bölümü, Michigan Hand Outcomes Questionnaire Türkçe Versiyonu ile değerlendirilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Serebrovasküler Olay Tanımı

Serebrovasküler olay (SVO), dünyada karşılaşılan nörolojik hastalıkların en yaygın olanıdır. SVO ile inme tanımı literatür ve kaynaklarda aynı anlamlarda kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) inmeyi; ani gelişen, 24 saat veya daha uzun süren, ölüme yol açabilen damarsal kökenli, fokal veya global serebral fonksiyon bozukluğuyla oluşan klinik bulgular olarak tanımlamıştır (World Health Organization, 2003). Diğer kaynaklardaki tanımlarda ise; beyin damarlarında tıkanma veya kanamaya bağlı serebral dolaşımdaki bozukluklar sonucu ani gelişen nörolojik hasarlardır. Birçok komplikasyonu bulunan serebrovasküler hastalık tablosudur.

2.2. Epidemiyolojisi

İnme, nörolojik hastalıklar arasında sıklık ve önem açısından ilk sırada yer alır. Dünyada kardiyak hastalıklar ve kanserden sonra üçüncü, morbidite nedeni olarak ilk sırada sayılmaktadır (Algun, 2014).

İnme, erkeklerde kadınlara göre %19 oranında daha fazla görülür (Murray ve Lopez, 1997). İnsidansı yaşla ilişkilidir. Elli yaşından önce ender iken elli beş yaşından sonra her on yılda bir, iki katına çıkmaktadır. Siyah ırkta insidansı beyaz ırktan daha yüksektir (Balarajan, 1995). SVO insidansı ve mortalitesi ülkeden ülkeye değişmektedir.

Yıllık inme insidansı 55–64 yaş arasında 1.3–3.6/1000, 65–74 yaşında 4.9–8.9/1000, 75 yaş üzerinde 13.5–17.9/1000' dir. 44 yaşın altındaki inmeler tüm inmelerin %3-5'ni oluşturmaktadır. Erkeklerde 55-64 yaş arası inme insidansı kadınlar göre 2-3 kat fazlayken, yaş ilerledikçe bu fark azalmaktadır (Kumral, 1993). Bunun yanı sıra kış aylarında inmenin arttığı görülmektedir (Shinkawa et al., 1990).

2.3. Risk Faktörleri

İnmeye neden olan risk faktörleri iki alt grupta incelenmektedir.

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Yaş, cinsiyet, ırk ve aile öyküsü

Değiştirilebilen Risk Faktörleri

Hipertansiyon (HT), diyabetes mellitus (DM), kardiyak hastalıkları (iskemik, hipertansif, kapak hastalığı ve aritmiler), hiperlipidemi, artmış fibrinojen, asemptomatik karotis stenozu ve orak hücreli anemi kesinleşmiş faktörler arasındadır.

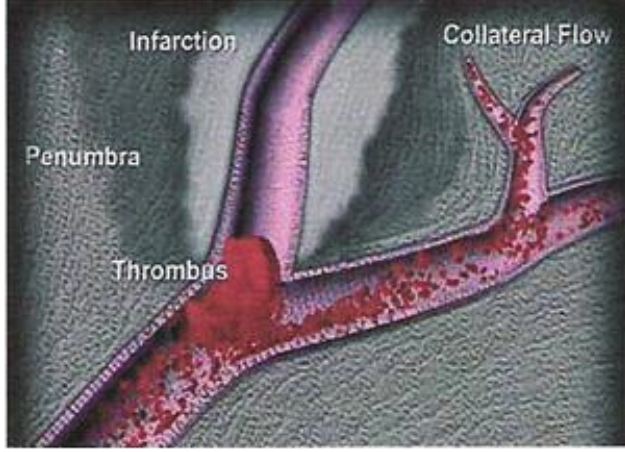
Ağır alkol kullanımı, obezite, beslenme alışkanlıkları, fiziksel inaktivite, hiperhomosisteinemi, hormon kullanımı, hiperkoagülabilitate, inflamasyon ve migren kesinleşmemiş veya yeni risk faktörleri arasında sayılabilir.

2.4. Etiyoloji

Vasküler hastalıkların dört major formu bulunmaktadır: Trombolitik, embolitik, laküner ve hemorajik. Bazı kaynaklarda sınıflandırma iskemik, hemorajik ve embolik olarak yapılmaktadır. Trombolitik SVO tüm SVO'ların %45 ni, embolik SVO tüm SVO ların %15–30 nu, laküner tüm SVO ların %20 ni oluşturur. Hemorajik SVO ise SVO ların %5-10 nu oluşturur (Otman ve ark., 2001).

2.4.1. Serebral Tromboli

Tüm inme olgularının en sık görülen formu olup %40-55'ini oluşturur. Genellikle trombolitik inmeler, karotit ya da orta serebral arter gibi büyük kan damarlarının aterosklerotik stenozu ya da oklüzyonuna bağlıdır. Trombolitik oklüzyonlar genellikle inaktivite ya da uyku sırasında meydana gelir. Hastaların birçoğu eskiden geçirilmiş iskemik inme öyküsünden bahsederler. Bu durum gelecekteki vasküler olayların habercisi niteliğindedir. Aniden başlama eğilimi olan embolik inmelerin aksine, trombolitik oklüzyon sebepli inmeler genellikle yavaş bir seyir gösterir. Klinik bulgular sıklıkla ilk saatler ve günlerde kötüleşir, daha sonra stabil hale gelir ve iyileşme ilk haftadan sonra başlar (Brandstater, 2007; Çakıcı ve Aras, 2005).

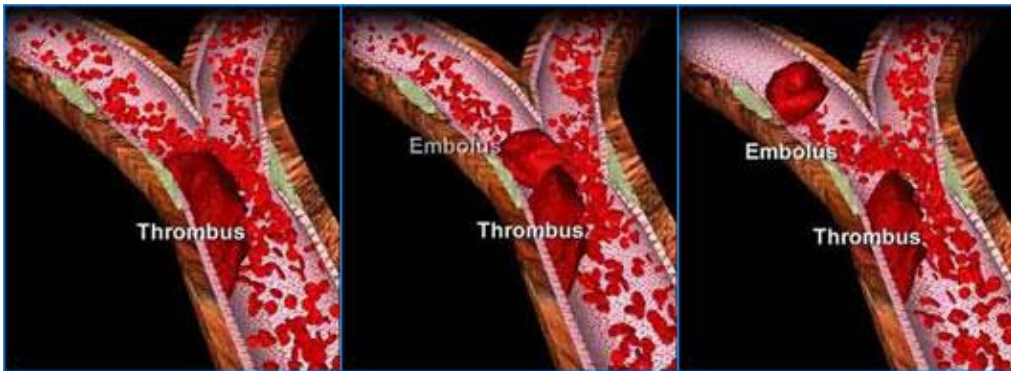


Şekil 2.4.1.1 Trombus şekli (www.strokecenter.org/education/ais_pathogenesis. Erişim Tarihi: 30 Mart 2019)

2.4.2. Serebral Emboli

Tüm inme olgularının yaklaşık %20'sidir. Embolik inme çoğu zaman kardiyak nedenlere bağlıdır. Atriyal fibrilasyon en önemli risk faktörüdür (Çakıcı ve Aras, 2005). Embolik inme, trombosit, fibrin, kolesterol ya da damar çeperinden kopan hematojen materyalin parçalarından kaynaklı beyin damarlarında tıkanma olması durumudur.

Klinik nörolojik hasar, beynin lokal bir bölgesine arteriyel perfüzyonun aniden kesilmesi nedeni ile hızlı bir başlangıç gösterir. Serebral trombolitik olgularında görülen öncül belirtiler yoktur.



Şekil 2.4.2.1 Emboli oluşumu (www.strokecenter.org/education/ais_pathogenesis. Erişim Tarihi:30 Mart 2019)

2.4.3. Laküner İnme

Laküner enfarktlar 1 cm den küçük lezyon sahaları olarak tanımlanmaktadır. Küçük ve keskin sınırlı lezyonlardır ve büyük damarlardan çıkan derin dallarda oluşan tıkanmalar nedeni ile oluşmaktadır. Küçük lezyonlar önemli stratejik alanlarda lokalize olursa büyük nörolojik kayıplara neden olabilir. Genellikle hipertansif ve diabetli kişilerde görülür. Laküner lezyonlar daha erken, daha hızlı ve daha çok nörolojik düzelme gösterir (Algun, 2004).

2.4.4. Hemorajik İnme

Kanama alanının lokalizasyonuna göre intraserebral ve subaraknoid kanama olmak üzere iki alt gruba ayrılır.

İntraserebral Kanama

Tüm inme vakalarının yaklaşık %11'ini oluşturur. En önemli sebepleri arasında hipertansiyon ve aterosklerotik vasküler değişiklikler yer almaktadır. Lezyonların çoğu putamen ve talamustadır ve %10 oranında da ise serebellumdadır.

Klinikte ani başlayan baş ağrısını nörolojik kayıplar takip eder. Prognozun iskemik inmelere oranla akut dönemde daha kötü olduğu gözlenmiştir.

Subaraknoid Kanama

Sıklıkla arteriyel anevrizma rüptürü sebebiyle oluşmaktadır. Klinik tablo; şiddetli baş ağrısı ve ona eşlik eden kusmadır. Kanamaların çoğu anevrizma ve arteriovenöz malformasyon yırtılmalarıdır. Subaraknoid kanama geçiren olguların 1/3'ü ilk saatlerde %10, iki haftaya içinde %40 oranında hayatını kaybetmektedir. Erken yapılan cerrahi müdahale ile sekonder kanamalar önlenir. Opere edilmeyen olgularda kanamanın tekrarlama riski, ilk aylarda %30 oranındadır.

2.5. İnmede Komorbid Hastalıklar ve Komplikasyonlar

2.5.1. Derin Ven Trombozu

İnme sonrası özellikle ilk 1 hafta içinde Derin Ven Trombozu (DVT) riski yüksektir. DVT'nin en sık bulguları bacakta renk değişikliği, şişlik ve ağrıdır. Hastalar özellikle immobil olduğu süreçte ödem, ısı artışı, renk değişikliği, çevre ölçümü, hareket ve ağrı olması ihtimaline karşı sık sık değerlendirilmelidir.

Tanı alan hastalara ağız yoluyla antikoagülan tedavi, eksternal pnömotik kompresyon ve kompresyon çorapları önerilir. Ayrıca uygun anti embolik çoraplar, erken mobilizasyon ve düzgün postür DVT önlemede önemli yer tutmaktadır.

2.5.2. Depresyon

Akut inmeden sonra sıklıkla hastada psikolojik reaksiyonlar ortaya çıkmaktadır. Bunların başında anksiyete ve depresyon gelmektedir. Yapılan çalışmalarda depresyonun, inme sonrası hastaların %20-60'ını olumsuz olarak etkilediği sonucuna varılmış. Depresyon için inme bir risk faktörü sayılmaktadır.

Depresyon, hastanın fonksiyonel iyileşmesini ve tedaviye katılımını etkileyen önemli bir faktördür. İnme sonrası depresyon en sık birinci yıl görülmekle birlikte herhangi bir zamanda da gelişebilir (Flick, 1999; Altınbaş, 2006).

2.5.3. Disfaji

Disfaji inme sonrası sık görülen komplikasyonlardandır. Bu yüzden hastaların yutma fonksiyonunu değerlendirmek ve bu konu hakkında hasta yakınlarını bilgilendirmek büyük önem taşımaktadır.

Genellikle iyi prognoza sahip olmasına karşın, beyin sapı ve bilateral hemisfer lezyonlarında iyileşme diğer lezyonlara oranla yavaş olur. Disfajili hastalarda aspirasyon, aspirasyon pnömonisi, dehidratasyon ve malnütrisyon gibi komplikasyonlar da sıktır. İnmeli hastalarda, malnütrisyonun fonksiyonel iyileşmeyi yavaşlattığı belirtilmiştir (Finestone ve Greene-Finestone, 1996).

2.5.4. Kalp Hastalıkları

İskemik inme sonrasında hayatta kalan kişilerde koroner arter hastalığı (KAH) sıklığının %32-65 arasında olduğu bildirilmiştir (Roth, 1993).

İnmeli hastalarda KAH, hipertansiyon, aritmiler, kalp kapağı hastalıkları, kardiyomiyopati, endokardit ve miyokart infarktüsü gibi sorunlar görülme olasılığı fazladır. Kardiyovasküler komplikasyonları olan hastaların, rehabilitasyon sürecinde sıklıkla problem yaşadıkları ve fonksiyonel son durumlarının önemli oranda olumsuz etkilendiği saptanmıştır. (Roth, 1994).

İnmeli hastalara rehabilitasyon programı yapılırken kalp hastalıkları dikkate alınarak uygun süre ve kapasitelerde egzersizler planlanmalıdır. Bu hastalarda egzersizler sırasında tansiyon takibi yapılmalıdır

2.5.5. Uyku Bozuklukları

Uyku, pek çok beyin bölgesinin etkileşimini ve koordine olarak çalışmasını içeren karmaşık bir süreçtir. Beyin hücresi hasarına veya nörotransmitter fonksiyonlarında bozukluklara yol açan herhangi bir durum, serebral yapıların fonksiyonunu veya yapılar arasındaki bağlantıları etkileyebildiği için uyku bozukluklarından sorumlu olabilir (Jones, 1989; Mahowald, 2000).

Uyku problemleri, genellikle sekonder problemler olarak kabul ediliyor. Diğer sorunların giderilmesi ile uyku problemlerinin de ortadan kalkacağı düşünülüyor. Fakat uyku bozukluğu tedavi edilmeyen hastalar, rehabilitasyon sürecinde aktif katılım için gereken duygu durum, enerji ve terapiye odaklanmayı kaybedebilir. İnmeli hastaların %50'sinde uyku bozukluğu veya uykuda apne öyküsü vardır (Atlıg ve ark., 2012). Özellikle hipersomnia, insomnia ve uyku apnesi gibi problemler uyku bozukluklarının başında gelir.

İnme sonrası akut dönemde uyku etkinliğinin azaldığı, uykuya başladıktan sonra uyanıklığın arttığı ve uyanma sayısında artış olduğunu gösteren çalışmalar yapılmıştır (Körner et al., 1986; Giubilei et al., 1992).

2.5.6. Barsak ve Mesane Problemleri

Barsak fonksiyon bozukluğu inme sonrası ortaya çıkan komplikasyonlardandır. En sık yaşanan komplikasyonlar, konstipasyon ve diyaredir. Bu sorunlar rehabilitasyon sürecini olumsuz etkiler. Barsak inkontinansı da mesane inkontinansı gibi benzer disfonksiyonlardan kaynaklanır. Üriner inkontinans hastaların ruhsal ve bedensel durumunu olumsuz yönde etkilediği için tedavi ve rehabilitasyon sürecinin de uzamasına sebep olmaktadır.

2.5.7. Düşme

İnmeli hastaların çoğu, rehabilitasyon merkezlerinde kaldığı süre içinde ya da transfer sırasında düşme tehlikesiyle karşı karşıya gelmektedir. Bunun birçok nedeni olmakla birlikte başta fiziksel ve kognitif fonksiyonlardaki yetersizlikler hastanın düşmesine sebep olmaktadır.

2.5.8. Üst Ekstremitte Komplikasyonları

İnme sonrasında üst ekstremitte komplikasyonlarının büyük bir bölümünü, omuzda meydana gelen problemler oluşturmaktadır. İnme sonrasında kas güçsüzlüğü veya kontrol kaybı, anormal hareket paternleri, spastisitenin gelişmesi ve yumuşak dokuda meydana gelen anomaliler omuz biyomekaniğinin bozulmasına neden olmaktadır.

Omuz Ağrısı

Hemiplejinin yaygın bir komplikasyonu olarak bildirilen omuz ağrısı yapılan çalışmalarda %5 ile %84 oranında yaygınlıkta bulunmuştur (Bender ve McKenna, 2001; Turner-Stokes ve Jackson, 2002). Erken dönemde daha sık görülen omuz ağrısı genellikle hareketle ortaya çıkmaktadır. Şiddetli vakalarda istirahatte de ortaya çıktığı görülmüştür. Omuz ağrısı hastanın hastanede yatış süresini uzatmakta ve rehabilitasyon sürecini zorlaştırmaktadır.

Omuz ağrısının birçok sebebi olmakla birlikte başta; glenohumeral subluksasyon, adeziv kapsülit, rotator kılıf lezyonları, spastisite, sıkışma sendromu gibi durumlar başlıca nedenler olabilmektedir.

Literatür çalışmalarına göre; hemiplejik omuz ağrısı semptomları çoğu hastada ilk haftalar içinde ortaya çıkarken, bazı hastalarda daha geç dönemde ortaya çıktığı bulunmuş (Good, 2003; Gamble et al., 2002).

Omuz Subluksasyonu

Glenohumeral subluksasyon eklem stabilizasyonunun bozulduğu durumlarda ortaya çıkmaktadır. İnme sonrasında kaslarda oluşan kuvvet kaybı, paralizi, tonus kaybı ve proprioseptif kayıplar sebebiyle normal omuz eklem pozisyonu bozulur.

Spastisite döneminde anormal kas tonusu, kötü scapular pozisyona ve kısıtlı harekete yol açar (Algun, 2014). Bu durum sonucunda omuzda bulunan diğer yapılarda da sekonder problemler gelişir. Eklem içi mikrotravmalar da eklendiğinde eklem hareket açıklığında kısıtlanma ortaya çıkar.

Erken dönemde alınacak önlemler sayesinde komplikasyonların oluşma riski en aza indirilmeye çalışılmalıdır. Pozisyonlama flask döneminde büyük önem taşımaktadır. Hastalar etkilenmiş taraf üzerine yatmamaları konusunda bilgilendirilmelidir.

Refleks Sempatik Distrofi

Refleks Sempatik Distrofi; şiddetli bir ağrı ile başlayan, cilt ve kemikte distrofik değişiklikler gözlenen istirahat sırasında oluşan ağrılı omuz nedenlerindedir. Ağrı tüm uzuv boyunca yayılarak omuzda tutukluluğa ve sonrasında donuk omuza sebep olabilir. Ağrının yanı sıra el ve el bileğinde de şişlik ve hiperestezi görülür.

Ağrıyı azaltmak ve hareket kısıtlılığınıyla mücadele için TENS kullanılabilir. Tedavide amaç ağrıyı azaltmak ve fonksiyon kaybını engellemektir. Bu amaçla, multidisipliner bir yaklaşım gerekmektedir (Yılmaz, 2001).

Brakial Pleksus Lezyonları

İnme sonrası omuz ağrısının bir diğer nedeni brakial pleksus lezyonlarıdır. Sıklıkla üst turuncus da görülür. Pozisyonlama hataları, omuzun desteklenmemesi, transfer sırasında oluşan yanlış hareketler sonucu oluşur (Totta, 1991; Kingery et al., 1993).

Yapılan bir çalışmada hemiplejik hastaların %12'sinde brakial pleksus lezyonu saptanmıştır (Sepici, 1995).

2.6. İnmede Prognoz

İnme sonrası prognozda en önemli faktörler; lezyonun tipi, şiddeti, yeri ve hastada koma olmasıdır. Yapılan bazı çalışmalara göre, aynı skorlarla başlayan hastalarda kanamalı lezyonlarda daha fazla iyileşme olduğu bildirilmektedir (Chae et al., 1996). Küçük laküner lezyonlarda sıklıkla iyi prognoz gözlenmesine karşın, lezyon sahası büyük olan laküner enfarklarda ise kötü prognoz gözlenmiştir (Brandstater, 2007).

Prognozda etkili olan önemli faktörler arasında yaş, cinsiyet ve etnik özellikler yer almaktadır. Kadınların yaşam boyu inme geçirme sıklığı daha düşüktür; genelde kadınlar ileri yaşlarda inme geçirir ve inme öncesi fonksiyonel durumları daha kötü, hastanede kalma süresi daha uzundur (Di Carlo et al., 2003). Yine yapılan birçok çalışmada kötü sosyoekonomik durumun inme geçirmiş hastalarda mortaliteyi arttırdığı bildirilmiştir (Arrich ve Lalouscheck, 2005). Prognozda etkili diğer faktörler; eşlik eden hastalıklar özellikle diyabet, hipertansiyon, atriyal fibrilasyon, konjestif kalp yetmezliği, eski inme ve inme öncesi özürülük durumudur (Di Angelantonio et al., 2005).

İnme ile rehabilitasyona başlama arasında geçen sürenin uzun olması da kötü prognoz göstergesi olarak bildirilmiştir (Carod-Artal et al., 2005).

Ayrıca kognitif bozuklukların (Ozdemir ve ark., 2001) ve depresyonun (Gillen et al., 2001) kötü prognozla ilişkisini bildiren çalışmalar literatürde bulunmaktadır.

2.7. İnme Rehabilitasyonu

İnme sonrası rehabilitasyon hasta için büyük önem taşımaktadır. Rehabilitasyon sürecinde amaç; fiziksel ve fonksiyonel kapasitede maksimum seviyeyi yakalamak, hasta günlük yaşamına geri döndüğünde ruhsal ve bedensel olarak hiçbir eksiklik hissetmemesini sağlamak, inme sonrası yaşam kalitesini arttırmak ve inmenin tekrarlamasını önlemektir. Bu amaç için tüm sağlık çalışanlarının yanı sıra aile de rehabilitasyon sürecinde etkilidir.

Rehabilitasyonun etkililiği için tedavinin başlangıç zamanı önem taşımaktadır. Erken rehabilitasyon ve doğru planlanmış, hedefe yönelik bir program hastanın iyileşme ve tam fonksiyonel kapasite ile günlük yaşamına dönüşünü hızlandıracaktır. İnme rehabilitasyonunda birçok nörofizyolojik yaklaşımlardan yararlanılmaktadır.

Bunlardan en yaygın olanları;

- Bobath Tekniği
- Brunnstrom Tekniği
- Margaret Johnstone Tekniği
- Todd-Davies Yöntemi
- Kabat, Knot ve Voss Yöntemi

Son zamanlarda gelişen fizyoterapi güncel yaklaşımları;

- Ayna Terapi
- Wii Terapi
- Constraint- Induced Movement Therapy

2.7.1. Akut Dönem

Hastanın flask tabloda olduğu bu dönemde yatak komplikasyonlarını önlemek büyük önem taşımaktadır. Bu dönemde komplikasyonları önlemenin en temel yöntemi pozisyonlamadır. Yatak bası yaralarını engellemek için hastanın her 2 saatte bir pozisyon değiştirmesi gerekir. Pozisyon değişiklikleri hastada proprioseptif girdiyi arttırdığı için ihmal durumu da engellenmiş olur.

Hasta stabil bir duruma ulaştıktan sonra ilk 24- 48 saat içinde rehabilitasyona başlanılabilir. Erken dönemde hastanın oturma çalışmaları yapması yatak dışı denge için de büyük önem taşımaktadır. Aynı zamanda bu dönemde omuz askısı gibi orteز ve yardımcı cihazlardan yararlanılabilir. Hasta yakınlarının bilgilendirilmesi rehabilitasyon sürecinin önemli bir parçasıdır (Otman ve ark., 2001).

2.7.2. Subakut Dönem

Akut dönemde başlayan egzersiz programı hastanın durumu göz önüne alınarak, ekleme ve geliştirilmeler yapıldıktan sonra subakut dönemde de devam ettirilmelidir. Bu dönemde tonus artışı olan hastalarla tonus azaltmak için refleks inhibitör hareketler rehabilitasyon programına dahil edilmelidir.

Yine bu dönemde denge ve postür eğitimi verilmelidir. Ambulasyona engel olacak alt ekstremitte sorunları mutlaka giderilmeli, gerekirse ayak-ayak bileği orteزlerinden yararlanılmalıdır.

2.7.3. Kronik Dönem

Hastada inme sonrası fonksiyonel kayıplar büyük oranda düzelme göstermiş olsa da koordinasyon eksiklikleri görülebilir. Bu yüzden kronik dönemdeki hedeflerimiz, hareket paternlerinde doğru zamanlama ve koordinasyonu geliştirmek olmalıdır. Bunun yanında hastada ambulasyon, el ve kavrama becerilerini arttırma çalışmaları da yapılmalıdır.

2.8. İnme Sonrası Uyku Kalitesi

İNme sonrası görülen uyku bozukluğu hastanın günlük yaşamını ruhsal ve bedensel olarak etkileyen yaygın faktörlerdendir. Uyku kalitesinde düşme inmeli hastaların gün içinde yorgun ve halsiz olmasına sebep olduğu için bu durum rehabilitasyon ve tedavi sürecini de olumsuz etkilemektedir. Atlığ ve ark. (2012); inmeli hastaların %50'sinde uyku bozukluğu veya uykuda apne öyküsü olduğunu bildiren bir çalışma gerçekleştirmişler.

Ülkemizde Ağargün ve ark. (1996); yaptıkları çalışmalarda hem toplum içinde hem de klinik örneklerde uyku kalitesi ile ilgili yakınmalar yaygın olduğu için uyku kalitesinin oldukça önemli bir kavram olduğunu bildirmişlerdir.

Uykuda solunum bozuklukları ve diğer uyku bozukluklarını belirlemede kullanılan en yaygın kullanılan standart tanı yöntemi polisomnografidir.

Objektif değerlendirme yöntemleri ile her ne kadar kaliteli sonuçlar elde ediliyor olsa da ekipman gereksinimi, düzenek sistemi ve bu konuda eğitim almış personel ihtiyacından dolayı uygulanması zordur. Bu sebeple kliniklerde subjektif olarak, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış anketler ile değerlendirmeler daha fazla tercih edilmektedir. Bu anketler uyku süresi, uykuya dalma süresi, gece boyunca uyanmalar, ilaç ve komorbid durumlar gibi uyku kalitesini ve uyku süresini etkileyebilecek diğer faktörlerin subjektif değerlendirilmesine dayalıdır (O'Donnell et al., 2009).

Literatürde Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) uykunun subjektif değerlendirilmesinde erişkin popülasyonda en yaygın olarak kullanılan ankettir (Buysse et al., 1989)

2.9. İnme Sonrası Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi; inme sonrası hasta tarafından algılanan standartları gösterir. Yaşam kalitesi üzerine etkili olan birçok faktör vardır. İnmeli hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörler inmenin kişiyi etkileme oranıyla orantılıdır. Komplikasyonlar inmeli hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. İnmeli hastaların yaşam kalitesini etkileyen birçok komplikasyon vardır. En yaygın görülenleri arasında uyku bozukluğu ve ağrılar gelir.

İnmenin erken döneminde özellikle ilk 1 yıl içinde en önemli yaşam kalitesi belirteçleri inmenin başlangıç şiddeti ile uyumlu olarak bireyin mevcut fonksiyonel kapasitesi ve ekonomik durumudur (Larson et al., 2005). Ayrıca ek hastalıklar, hastanın duygu durumu, fonksiyonel bağımsızlık düzeyi, sosyoekonomik durum gibi daha birçok etmen yaşam kalitesi üzerinde etkili olmaktadır.

Yaşam kalitesi skorlarının sola göre sağ hemiparezisi olanlarda daha kötü olduğunu, ancak bu ilişkinin bu hastalarda konuşma merkezinin daha fazla etkilenmesinden kaynaklandığını göstermektedir (Niemi et al., 1988).

Geçtiğimiz yıllara oranla inme sonrası yaşam kalitesi ile ilgili araştırmalar ve yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik çalışmalar ön plana çıkmıştır.

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve etkileyen faktörlerin ortaya konması önemlidir. Elde edilen sonuçlar; rehabilitasyon hedeflerinin belirlenmesinde yönlendirici etki yapacaktır. Sadece rehabilitasyon hedeflerini belirlemede değil, rehabilitasyon sonrası tedavi sonucunun etkinliğini belirlemede de önemli bir faktördür.

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde literatürde birçok ölçek ve anketler vardır. Yaygın olarak; SF-36, Dünya Sağlık Örgütü Sağlıkta Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL), Nothingam Sağlık Profili kullanılmaktadır (Algun, 2014).

Hastalığa özgü yaşam kalitesini değerlendiren ölçekler son zamanlarda daha sık kullanılmaya başlanmıştır. İnmeli hastalarda kullanılan ‘İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği’ spesifik bir değerlendirme ölçeği olduğu için inmeli hastalarda güçlü ve kaliteli sonuçlar vereceği öngörülmüştür.

2.10. İnme Sonrası Günlük Yaşam Aktiviteleri

İnme sonrası hastaların çoğu günlük yaşam aktivitelerini (GYA) yapmakta güçlük çekmektedir ya da bağımsız bir şekilde yapamamaktadır. Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı duruma gelen hasta, ruhsal açıdan da olumsuz yönde etkilenmektedir.

İnme sonrası rehabilitasyon sürecinde günlük yaşam aktivitesi değerlendirilmesi sağlık çalışanlarına yön gösterir. Günlük yaşam aktivitesi değerlendirilmesi hastanın şu an ne kadar bağımsız olduğunu göstermekle birlikte, ilerleyen zamanlarda tekrarlanarak objektif veriler ortaya çıkarmaktadır (Koç, 2012).

Literatürde günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmede kullanılan birçok test vardır. Yaygın olarak; Fugl-Meyer GYA Testi, Bartel GYA İndeksi, Katz GYA İndeksi, Modifiye Rankin Skalası ve Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri ölçekleri kullanılmaktadır (Eyigör, 2007).

Ölçeklerde genellikle günlük yaşam aktiviteleri bölümlere ayrılarak değerlendirilme yapılır. Bu bölümler ölçekten ölçeğe değişse de genellikle; yatak içi aktiviteler, kendine bakım aktiviteleri, yemek yeme aktiviteleri, giyinme aktiviteleri, yürüme ve seyahat aktiviteleri, iletişim aktiviteleri gibi kısımlara ayrılır (Algun, 2014)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Amaç

İnme geçirmiş omuz ağrısı olan ve olmayan hastaların uyku kalitesinin değerlendirilmesi ve uyku kalitesinin bu hastaların günlük yaşam aktivitesine ve yaşam kalitesine olan etkisini incelemektir.

3.2. Çalışmanın Yapıldığı Yer

Çalışmamız; Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sultan Abdülhamit Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir.

T.C Haliç Üniversitesi girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulu tarafından çalışmamız etik yönden uygun bulunarak çalışmaya başlanmıştır. (EK 9)

3.3. Çalışma Süresi

Bu çalışma Kasım 2018- Mayıs 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.4. Olgular

Benzer çalışmalar göz önüne alınarak power analizi yapılmış ve örneklem sayısı 32 olarak belirlenmiştir. İnme tanısı almış, çalışmaya katılmaya gönüllü olan 32 kişi dahil edilmiştir. Çalışmada iki grup karşılaştırılması yapılmıştır. Omuz ağrısı olan 16 inmeli hasta Grup 1'i ve omuz ağrısı olmayan 16 inmeli hasta ise Grup 2'yi oluşturmuştur.

Bireylerin çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- Son 18 ay içinde inme geçirmiş olması
- Çalışmaya gönüllü olması

- Demans ve afazisi olmayan
- Bilişsel fonksiyonların iletişim için yeterli olması
- Modifiye Rankin skalasına göre en fazla 3 değerini almış olma
- Brunnstrom Üst Ekstremitte Evrelerine göre en az 2. Evrede olma
- Kurumlarda, hasta tanısını koyan ilgili hekim tarafından çalışmamızın kriterleri incelenmiş ve hekimin uygun gördüğü hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Bireylerin çalışmadan dışlanma kriterleri:

- İnme öncesi kontraktüre yol açan ciddi omuz sorunu olan
- Omuz eklemine yönelik cerrahi operasyon geçirmiş olma
- İleri düzeyde bilişsel problemi ve afazisi olan hastalar

3.5. Değerlendirme Ölçekleri

Gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden tüm inme geçirmiş bireylere aşağıdaki kayıt, değerlendirme ve ölçüm yöntemleri uygulanmıştır.

- İnme geçirmiş bireylerin demografik bilgilerini kaydetmek amacıyla; ‘‘Demografik Veriler’’ formu (EK 1)
- İnme geçirmiş bireylerin omuz ağrılarının şiddetini değerlendirmek için; ‘‘Assessment of shoulder pain in hemiplegia: Sensitivity of the ShoulderQ’’ (EK 2)
- İnme geçirmiş bireylerin uyku kalitesini ölçmek amacıyla ‘‘Pittsburg Uyku Kalite İndeksi’’ (EK 3)
- İnme geçirmiş bireylerin günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek için; ‘‘KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği’’ (EK 4)
- İnme geçirmiş bireylerin yaşam kalitelerini değerlendirmek için; ‘‘İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği’’ (EK 5)
- İnme geçirmiş bireylerin kol, omuz ve el sorunlarını değerlendirmek amacıyla; ‘‘Michigan Hand Outcomes Questionnaire Türkçe Versiyonu’’ (EK 6)

- İnme geçirmiş bireylerin üst ekstremite motor fonksiyonlarını değerlendirmek için;” Stroke impairment assesment score” skalasının üst ekstremite motor fonksiyon değerlendirme bölümü kullanılmıştır.

-Tüm katılımcılara çalışma prosedürünün açıklanmasından sonra bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır. (EK 7)

3.6. Veri Toplama Yöntemleri

3.6.1. Demografik Veri Formu

Katılımcıların adı, soyadı, yaşı, iletişim bilgileri, stroke nedeni, eğitim düzeyi, medeni hali, mesleği, çalışma durumu, rehabilitasyon süresi, kronik hastalık varlığı, hastanın yardımcı cihaz kullanım durumu, üriner inkontinans varlığı, inmede etkilenmiş taraf, görme bozukluğu varlığı, işitme bozukluğu ve sosyal güvencesi gibi bilgiler sorgulanmıştır.

3.6.2. Omuz Ağrı Varlığının ve Şiddetinin Değerlendirilmesi

The ShoulderQ, ağrı iyileşmesini etkin bir şekilde hedeflemek için hemiplejik omuz ağrısının zamanlamasını ve şiddetini değerlendirmek için Turner-Stokes ve Jackson tarafından tasarlanmış bir ankettir (Turner-Stokes ve Jackson, 2006).

The ShoulderQ anketi omuz ağrısı olan inmeli hastalara uygulanmıştır. Sadece inme sonrası hastalar için sunulan sözel ve görsel grafik derecelendirme ölçek sorularını içerir. İnme geçiren hastalar genellikle bilişsel ve iletişimsel bozukluklara sahiptir. Bu anket görsel içeriği sayesinde ağrı şiddetini tanımlamak için tercih edilebilir niteliktedir.

The ShoulderQ çoğu hasta tarafından 5-10 dakika içerisinde tamamlanabilmiştir. Ağrının genel şiddeti ve bir önceki haftaya göre ağrının değerlendirilmesini içerir. 1 cm aralıklarla görsel grafik üzerine onay işaretleriyle değerlendirme bölümü de mevcuttur.

3.6.3. Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi

Hastaların uyku kalitelerinin değerlendirilmesi için Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeği uygulanmıştır. Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği ile hastada hem uyku kalitesi değerlendirilmekte hem de gündüz uykulu olma durumu ile ilgili bir sorun olup olmadığı gözden geçirilmektedir.

Bu değerlendirmede; subjektif uyku kalitesi, uykuya geçme süresi, uyku süresi, uyku kalitesi, uykuyu etkileyen durumlar, uyku verici madde kullanımı, gün içinde uyuklama değerlendirilmektedir. Ölçeğin her alanı 0-3 arasında değişen puanlar ile hesaplanmaktadır, yüksek puanlar uyku kalitesinin bozuk olduğunu göstermektedir. Bu testte toplam değer 0-21 arasında bir puandır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Ağargün ve ark. tarafından 1996 yılında yapılmıştır (Ağargün ve ark., 1996).

3.6.4. Günlük Yaşam Aktivitesinin Değerlendirilmesi

KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri leği kullanılmıştır. Katz ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek beslenme, giyinme, banyo yapma, mobilite, kontinans ve tuvalete gitme gibi 6 bölümden oluşan öz bakım aktivitelerindeki bağımlılık derecesini ölçmektedir. Birey günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız ise 1 puan, bağımlı ise 0 puan verilerek değerlendirilir. GYA leğine göre 6 tam puan alan hastalar tam bağımsız, 4 puan alan hastalar orta bağımlı, 2 ve altı puan alan hastalar ise tamamen bağımlı olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin farklı kültürler arasında bilgi karşılaştırılması yapılabilmesi için Arik ve ark. 2015 yılında Türkiye’de yaşayan popülasyon üzerinde güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapmıştır (Arik ve ark., 2015).

3.6.5. İnmeye zg Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

İnmeye zg Yaşam Kalitesi leği kullanılmıştır. Williams ve arkadaşları tarafından 1999 yılında geliştirilmiştir. İnmeye tanısı alan bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla oluşturulan ölçek 49 maddeyi içeren 12 alandan oluşmuştur.

Bu alanlar; mobilite (6 madde), enerji (3 madde), st ekstremite fonksiyonu (5 madde), iş/ üretim (3 madde), mizaç (5 madde), kendine bakım (5 madde), sosyal rol (5 madde), aile rolü (3 madde), vizyon (3 madde), dil (5 madde), düşünme (3 madde) ve kişilik özellikleri (3 madde) dir. Skor 49 ile 245 arasındadır (Yönt ve Khorshid, 2012).

Bu leğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Hakverdioğlu Yönt tarafından 2009 da Ege niversitesi’nde doktora tezi olarak yapılmıştır. Türk popülasyonuna uygulanabilir olduğu sonuçlarına ulaşılmış (Hakverdioğlu Yönt, 2009).

3.6.6. El ve El Bileği Sorunlarının Değerlendirilmesi

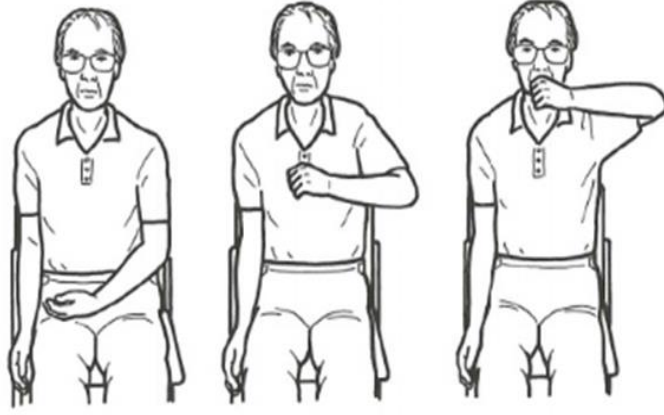
Michigan Hand Outcomes Questionnaire Türkçe Versiyonu kullanılmıştır. Chung ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu anketin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması İlhanlı tarafından 2009 yılında uzmanlık tezi olarak yapılmıştır (İlhanlı, 2009).

Bütün el rahatsızlıklarını değerlendirebilmek için geliştirilmiş ve ele özel bir ankettir. 37 sorudan oluşan 6 kısımdan oluşur. Genel el fonksiyonu, günlük yaşam aktiviteleri, iş performansı, ağrıya duyarlılık bölümleri sağ ve sol olmak üzere her iki el içinde ayrı ayrı değerlendiriliyor.

Her soru 1'den 5'e kadar puanlanıyor. Genel el fonksiyonu, günlük yaşam aktiviteleri, iş performansı, estetik ve el fonksiyonu için hasta memnuniyeti alt gruplarında yüksek skor daha iyi el performansını, düşük skor daha kötü el performansını göstermektedir (İlhanlı, 2009).

3.6.7. Üst Ekstremitte Motor Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi

Stroke Impairment Assesment Score skalasının üst ekstremitte motor fonksiyon değerlendirme bölümü kullanılmıştır. Üst ekstremitede diz- ağız testi proksimal fonksiyonu (RESİM 1), parmak testi distal fonksiyonu (RESİM 2) değerlendirmek için kullanılır. Diz-ağız testi değerlendirilmesinde; bir hasta etkilenen elin kontralateraline dokunup tekrar ağızına getirebilirse 3 puan verilir. 5 puan, hastanın diz-ağız testini etkilenmemiş taraftaki gibi düzgün bir şekilde gerçekleştirdiğini gösterir. Hasta elini sadece göğüs seviyesine kaldırabildiğinde 2 puan verilir. Biceps brachii kasında kas kontraksiyonu yoksa 0 puan verilir (Chino ve ark., 1994).



(Şekil 3.6.7.1 Diz-Ağız Testi Değerlendirilmesi) (Chino ve ark., 1994)



(Şekil 3.6.7.2 Parmak Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi) (Chino ve ark., 1994)

3.7. Verilerin İstatistiklerinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda istatistiksel analizler IBM SPSS paket programı ile yapılmıştır. Sayısal değişkenler ortalama±standart sapma olarak tanımlandı. Örneklemdeki veri sayısı az olduğu için gruplar arası karşılaştırmada non-parametrik Mann Whitney U testi, kategorik değişkenlerde Ki-kare testi, sayısal değişkenlerin arasındaki korelasyonu bulmak için Spearman Korelasyon testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Demografik Veri Bulguları

Çalışmaya inme geçirmiş toplam 32 birey dahil edildi. Bu hastaları omuz ağrısı olan inmeli hastalar (Grup 1) ve omuz ağrısı olmayan inmeli hastalar (Grup 2) olarak iki gruba ayırdık.

Grup 1’ de 9 kadın, 7 erkek olmak üzere toplam 16 hasta mevcuttur. Grup 2 de ise; 6 kadın,10 erkek olmak üzere toplam 16 hasta mevcuttur. Tüm inmeli hastalar içinde ise 15 kadın, 17 erkek olmak üzere toplamda 32 birey vardır. İki grup arasında cinsiyet dağılımları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,288$, $p>0,05$). Grupların cinsiyet dağılımları Çizelge 4.1.1.’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.1.1. Grupların Cinsiyet Dağılımları

Cinsiyet	Grup I (n=16) (Omuz Ağrısı Olan İnmeli Hastalar)		Grup II (n=16) (Omuz Ağrısı Olmayan İnmeli Hastalar)		*P
	n	%	n	%	
Kadın	9	37,5	6	56,3	0,288
Erkek	7	62,5	10	43,8	
Toplam	16	100	16	100	

*Ki-Kare Analizi

Grupların yaş ortalama ve standart sapmaları Çizelge 4.1.2.’de gösterilmiştir. Grupların arasında yaş dağılımı açısından anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p=0,038$, $p<0,05$). Grup 1’in yaş ortalaması diğer gruba göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Çizelge 4.1.2. Grupların Yaş Dağılımları

	Grup I (Ort±SD)	Grup II (Ort±SD)	*P
Yaş (yıl)	69,81±11,31	63,5±10,06	0,038

* Mann Whitney U Test

Grup 1 hastalarının 9'u (%56,25) evli, 6'sı dul veya boşanmış ve 1'i de bekarıdır. Grup 2 hastalarında ise 14 kişi (%87,5) evli, 2 kişi (%12,5) dul veya boşanmıştır. Grup 2'de bekar kişi bulunmamaktadır (Çizelge 4.1.3.).

Çizelge 4.1.3. Grupların Medeni Durumlarına Göre Dağılımları

Medeni Durumu	Grup I (n %)	Grup II (n%)	*P
Evli	9 (56,25)	14 (87,5)	0,371
Dul /Boşanmış	6 (37,5)	2 (12,5)	
Bekar	1 (6,25)	0	

*Ki-kare Analizi

Grup 1 hastalarından 11 kişi (%68,75) ilkokul, 1 kişi (%6,25) ortaokul, 2 kişi (%12,5) lise, 1 kişi (%6,25) üniversite mezunudur ve 1 kişi (%6,25) de okumamış olduğunu bildirmiştir. Grup 2 hastalarında ise 6 kişi (%37,5) ilkokul, 1 kişi (%6,25) ortaokul, 4 kişi (%25) lise, 3 kişi (%18,75) üniversite mezunudur ve 2 kişi (%12,5) de okumamış olduğunu bildirmiştir (Çizelge 4.1.4.).

Çizelge 4.1.4. Grupların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Grup I (n %)	Grup II (n%)	*P
İlkokul	11 (%68,75)	6 (%37,5)	0,547
Ortaokul	1 (%6,25)	1 (6,25)	
Lise	2 (%12,5)	4 (%25)	
Üniversite	1 (%6,25)	3 (%18,75)	
Okumamış	1 (%6,25)	2 (%12,5)	

*Ki-kare Analizi

Grup 1 hastalarının mesleki durumları; 5 kişi (%31,25) ev hanımı, 3 kişi (%18,75) aktif çalışan, 1 kişi (%6,25) çalışmayan, 7 kişi (%43,75) ise emeklidir. Grup 2 hastalarının mesleki durumları ise; 4 kişi (%25) ev hanımı, 5 kişi (%31,25) aktif çalışan, 1 kişi (%6,25) çalışmayan, 6 kişi (%37,5) ise emeklidir (Çizelge 4.1.5.).

Çizelge 4.1.5 Grupların Mesleki Durumlarına Göre Dağılımı

Mesleki Durum	Grup I (n %)	Grup II (n%)	*P
Ev Hanımı	5 (%31,25)	4 (%25)	0,427
Aktif Çalışan	3 (%6,25)	5 (%31,25)	
Çalışmayan	1 (%6,25)	1 (6,25)	
Emekli	7 (%43,75)	6 (%37,5)	

*Ki-kare Analizi

Grup 1 hastalarından; 13 kişide (%81,25) serebral iskemi, 1 kişi (%6,25) serebral tümör, 1 kişi (%6,25) travma, ve 1 kişi (%6,25) serebral hemoraj (arteriovenöz malformasyon (AVM)+anevrizma) sebepleriyle inme geçirmişler.

Grup 2 hastalarının inme sebepleri ise; 14 kişi (%87,5) serebral iskemi, 1 kişi (%6,25) travma, 1 kişi (%6,25) serebral hemoraj (arteriovenöz malformasyon (AVM)+anevrizma)'dır (Çizelge 4.1.6.).

Çizelge 4.1.6. Grupların İnme Sebepleri Dağılımları

İnme Sebebi	Grup I (n %)	Grup II (n%)	*P
Serebral İskemi	13 (%81,25)	14 (%25)	0,164
Serebral Tümör	1 (%6,25)	0	
Travma	1 (%6,25)	1 (6,25)	
Serebral Hemoraj (AVM+ anevrizma)	1 (%6,25)	1 (6,25)	

*Ki-kare Analizi

İnme geçiren hastaların ilave hastalıkları incelendiğinde Grup 1 hastalarının; 6'sı (%37,5) hipertansiyonu (HT), 2'sinde (%12,5) diyabet (DM), 3'ünde (%18,75) koroner arter hastalığı (KAH), 5'inde (%31,25) ise hem HT hem DM bulunmaktadır. Grup 2 hastaları incelendiğinde; 4 kişide (%25) HT, 2 kişide (%12,5) KAH, 9 kişide (%56,25) HT+DM, 1 kişide (%6,25) de hem DM hem kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) vardır (Çizelge 4.1.7.).

Çizelge 4.1.7. Grupların İlave Hastalıklar Dağılımları

İlave Hastalıklar	Grup I (n %)	Grup II (n%)	*P
HT	6 (%37,5)	4 (%25)	0,271
DM	2 (%12,5)	0	
KAH	3 (%18,75)	2 (12,5)	
HT+DM	5 (%31,25)	9 (%56,25)	
DM+KOA	0	1 (%6,25)	

*Ki-kare Analizi

Grup 1 ve Grup 2 hastalarının üriner inkontinans, görme bozukluğu, işitme bozukluğu, sosyal güvence varlığı ve yardımcı cihaz kullanıp kullanmama durumu Çizelge 4.1.8.'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.1.8. Grupların Demografik Verileri

Değişken	Kategori	Grup I		Grup II		*P
		N	%	n	%	
Üriner İnkontinans	Var	6	37,5	3	18,75	0,171
	Yok	10	62,5	13	81,25	
Görme Bozukluğu	Var	6	37,5	2	12,5	0,240
	Yok	10	62,5	14	87,5	
İşitme Bozukluğu	Var	7	43,75	4	25	0,417
	Yok	9	56,25	12	75	
Yardımcı cihaz	Var	11	68,75	7	43,75	0,124
	Yok	5	31,25	9	56,25	

*Ki-kare Analizi

Grup 1 ve Grup 2 hastalarının etkilenen taraf açısından anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,077$, $p>0,05$). Grupların etkilenen taraf dağılımları Çizelge 4.1.9.'da gösterilmiştir.

Çizelge 4.1.9. Grupların Etkilenen Taraf Dağılımları

Etkilenen Taraf	Grup I (n=16)		Grup II (n=16)		*P
	n	%	n	%	
Sağ	11	68,75	6	37,5	0,077
Sol	5	31,25	10	62,5	
Toplam	16	100	16	100	

*Ki-kare Analizi

Çalışmamıza; afazisi olması, bilişsel durumunun iletişim için yeterli olmaması, çalışmaya katılmak istememeleri gibi sebeplerden dolayı 10 hasta dahil edilmemiştir.

Grup 1 hastalarının inme geçirme zamanları incelendiğinde; 1-6 ay içinde inme geçirmiş olan 14 (%87,5) kişi, 7-12 ay içinde inme geçirmiş olan 2 (%12,5) kişi olarak bulunmuştur. Grup 2 hastalarında inme geçirme zamanları; 1-6 ay içinde inme geçirmiş 6 (%37,5) kişi, 7-12 ay içinde inme geçirmiş 8 (%50) kişi ve 13-18 ay içinde inme geçirmiş 2 (%12,5) hasta olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistik analizi sonucu anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p=0,004$, $p<0,05$).

Çizelge 4.1.10. Grupların İnme Geçirme Zamanlarının Dağılımları

İnme Geçirme Zamanları	Grup 1	Grup 2	*P
1-6 Ay	14 (%87,5)	6 (%37,5)	0,004
7-12 Ay	2 (%12,5)	8 (%50)	
13-18 Ay	0	2 (%12,5)	

*Ki-kare Analizi

4.2. Pittsburg Uyku Kalite Ölçeği Bulguları

Grup 1 Pittsburg Uyku Kalite Ölçeği ortalama±standart sapma değerleri; 8,81±3,31 iken Grup 2'nin PUKİ ortalama değeri 4,5±2,19'dur. Grup 1 ortalamasına bakılarak zayıf uyku değerlendirilmesi yapılabilir (8,81>5).

Grup 2 ortalama değerine bakılarak ise, iyi uyku kalitesi sonucuna varılabilir (4,5<5). Yapılan analizler sonucunda iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,000 , p<0,05), (Çizelge 4.2.1.).

Yapılan analizlere göre cinsiyetler arasında (kadın-erkek) ve etkilenen taraflar (sağ-sol) incelendiğinde anlamlı bir fark gözlenmemiştir (p=0,14 , p=0,12).

İnme geçirme zamanı ile uyku kalite ölçeği arasında negatif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (r= -0,470 p=0,006).

Çizelge 4.2.1. Grupların PUKİ Ortalamaları

Değişken	Grup I (Ort±SD)	Grup II (Ort±SD)	*P
PUKİ puan ortalaması	8,75±3,31	4,5±2,19	0,001

*Mann-Whitney U Testi

4.3. İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Bulguları

Grup 1 İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği total skorları ortalama±standart sapma değerleri; 135,63±29,62 iken Grup 2'nin ortalama değeri 157,94±16,71'dir. Yapılan istatistik analizler sonucunda iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır (p=0,008 p<0,05) (Çizelge 4.3.1.).

Cinsiyetler arasında (kadın-erkek) yapılan analizlere göre erkeklerin yaşam kalitesi bulgularının kadınlardan daha yüksek bulunması sonucu anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir (p=0,005 , p<0,05). Hastaların etkilenen taraf (sağ-sol) ve yaşam kalitesi ölçeği arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,5).

İnme geçirme zamanı ile yaşam kalitesi ölçeği arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (r=0,400 p=0,023).

Çizelge 4.3.1. Grupların İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları

Değişken	Grup I (Ort±SD)	Grup II (Ort±SD)	*P
İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Total Puan	135,63±29,62	157,94±16,71	0,008

*Mann-Whitney U Testi

4.4. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Bulguları

Grup 1 ve Grup 2'nin Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanlarının ortalama±standart sapma değerleri Tablo 13' de gösterilmiştir. Grup 1'in puan ortalaması; 2,25±1,73 iken Grup 2'nin puan ortalaması ise; 3,94±0,99 bulunmuştur. İki grup arasında yapılan analizler sonucunda anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır. (p=0,004 , p<0,05) (Çizelge 4.4.1.)

Çizelge 4.4.1. Grupların KATZ GYA Total Skorları

Değişken	Grup I (Ort±SD)	Grup II (Ort±SD)	*P
Katz GYA Ölçek total skoru	2,25±1,73	3,94±0,99	0,004

*Mann-Whitney U Testi

Yapılan analizler sonucunda erkeklerin GYA ölçeği total skoru kadınların total skorundan fazla bulunmuştur. Cinsiyetler arası anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir (p= 0,026 , p<0,05). Hastaların etkilenen taraf (sağ-sol) ve GYA ölçeği arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,43).

İnme geçirme zamanı ile GYA ölçeği arasında pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (r=0,400 p=0,02).

4.5. Pittsburg Uyku Kalite Ölçeğinin, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ve Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Arasındaki İlişki

Yapılan analizlere göre; Pittsburg Uyku Kalite Ölçeği ile Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği arasında her iki grupta da negatif yönlü çok yüksek bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Grup 1: $r = -0,950$ $p = 0,001$, Grup 2: $r = -0,850$ $p = 0,001$).

İki grupta da Pittsburg Uyku Kalite Ölçeği ile İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği arasında negatif yönlü ve çok yüksek bir ilişki olduğu gözlenmiştir (Grup 1: $r = -0,960$ $p = 0,001$, Grup 2: $r = -0,940$ $p = 0,001$).

Grup 1’de ve Grup 2’de Katz Günlük Yaşam Aktivitesi Ölçeği ve İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği arasında pozitif yönlü çok kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur (Grup 1: $r = 0,950$ $p = 0,001$, Grup 2: $r = 0,930$ $p = 0,001$).

Çizelge 4.5.1. Ölçekler Arasındaki İlişki Analizi Sonuçları

İlişki Analizleri	Grup 1 (r değeri)	Grup 2 (r değeri)	*P
PUKİ – KATZ GYA İlişkisi	-0,950	-0,850	0,001
PUKİ- İÖYK İlişkisi	-0,960	-0,940	0,001
KATZ GYA- İÖYK İlişkisi	0,950	0,930	0,001

(PUKİ: Pittsburg Uyku Kalite İndeksi, İÖYK: İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi,

*Spearman Korelasyon Testi)

4.6. Michigan Hand Outcomes Questionnaire Türkçe Versiyonu Bulguları

Grup 1’in değerlendirme sonuçlarının ortalama±standart sapma değeri; $39,78 \pm 12,33$ iken Grup 2’nin $58,22 \pm 19,18$ olarak bulunmuştur. Yapılan analizler sonucu iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p = 0,007$, $p < 0,05$)

Çizelge 4.6.1. Grupların Michigan Hand Outcomes Questionnaire Skorları

Değişken	Grup I (Ort±SD)	Grup II (Ort±SD)	*P
MHQ	$39,78 \pm 12,33$	$58,22 \pm 19,18$	0,007

(MHQ=Michigan Hand Questionnaire, *Mann-Whitney U Testi)

4.7. Stroke Impairment Assesment Score (SIAS) Skalasının Üst Ekstremitte Motor Fonksiyon Değerlendirme Bölümünün Bulguları

Grup 1'deki hastaların Diz-Ağız Testi değerlendirme sonuçlarının ortalama±standart sapma değeri; 2,06±0,81 , Parmak Testi ise; 2,38±1,08 olarak bulunmuştur.

Grup 2'nin Diz-Ağız Testi değerlendirme sonuçlarının ortalama±standart sapma değeri; 3,69±0,79 , parmak testi ise; 3,31±1,01 olarak bulunmuştur.

Yapılan istatistik analizleri sonucu iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir. Çizelge 4.7.1.'de değerler gösterilmektedir.

Çizelge 4.7.1. Grupların Stroke Impairment Assesment Score (SIAS) Skalasının Üst Ekstremitte Motor Fonksiyon Değerlendirme Skorları

Değişken	Grup I (Ort±SD)	Grup II (Ort±SD)	*P
Diz-çene Testi	2,06±0,81	3,69±0,79	0,001
Parmak Testi	2,38±1,08	3,31±1,01	

*Mann-Whitney U Testi

4.8. Omuz Ağrısı Olan İnmeli Hastalara Yapılan The ShoulderQ Anket Bulguları

Grup 1'e özel yapılan bu test omuz ağrısının şiddetini tanımlamamızda yol gösterici olmuştur.

Ağrı tanımlamaları son derece fazla, şiddetli, orta, hafif olan ankete göre; Grup 1 hastalarından, 2 kişi (%12,5) hafif, 7 kişi (%43,75) orta, 5 kişi (%31,25) şiddetli, 2 kişi (%12,5) ise son derece fazla olarak ağrı tanımlanmıştır. Çizelge 4.8.1.'de değerler gösterilmiştir.

Çizelge 4.8.1. The ShoulderQ Anketinin Ağrı Tanımlaması Sonuçları

Ağrı Tanımlanması	Grup 1 (n%)
Hafif	2 (%12,5)
Orta	7 (%43,75)
Şiddetli	5 (%31,25)
Son derece Fazla	2 (%12,5)
Toplam	16

Hareketle hissedilen ağrı şiddeti çizelgesinde işaretlenen değerlerin ortalama±standart sapma değeri; 5,94±1,43 bulunmuştur.

Hareketle hissedilen ağrı puanı ile Michigan Hand Outcomes el değerlendirme ölçeği arasında negatif yönlü çok kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($r = -0,860$, $p = 0,000$) Diz-çene testi ve el fleksiyon testi arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r = -0,880$, $p = 0,001$, $r = -0,720$, $p = 0,02$).

Ağrı-uyku değerlendirmesi bölümünde gece hissedilen ağrı şiddeti çizelgesinde değerlerin ortalama±standart sapma değeri; 4,00±1,41 bulunmuştur.

Gece hissedilen ağrı şiddeti puanı ile Pittsburg uyku kalite ölçeği arasında yapılan korelasyon analizine göre pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki gözlenmiştir ($r = 0,550$, $p = 0,027$).

Çizelge 4.8.2. Gece Hissedilen Ağrı Şiddeti Puanı ile Pittsburg Uyku Kalite Ölçeği Arasında Yapılan Korelasyon Analiz Sonuçları

İlişki Analizleri	r (Korelasyon Katsayısı)	*P
GHAŞ* Pittsburg UKÖ	0,550	0,027

(GHAŞ= Gece Hissedilen Ağrı Şiddeti, Pittsburg UKÖ= Pittsburg Uyku Kalite Ölçeği,

*Spearman Korelasyon Testi uygulanmıştır.)

Dinlenme sırasında hissedilen ağrı şiddeti çizelgesinin değerlendirilmesi sonucu, ortalama±standart sapma değeri; 4,15±1,41 bulunmuştur.

Dinlenme sırasında hissedilen ağrının yaşam kalitesi ve gya arasında yapılan korelasyon testine göre negatif yönlü kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r = -0,710$, $p = 0,002$, $r = -0,750$, $p = 0,001$).

Çizelge 4.8.3. İlişki Analiz Sonuçları

İlişki Analizleri	r (Korelasyon Katsayısı)	*P
DSHA * İÖYKÖ	-0,710	0,002
DSHA * GYA	-0,750	0,001

(DSHA= Dinlenme Sırasında Hissedilen Ağrı Şiddeti, İÖYKÖ= İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği)

(*Spearman Korelasyon Testi kullanılmıştır.)

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada inmeli hastaların omuz ağrısı olması ve olmaması durumuna göre, uyku kalitesinin günlük yaşam aktivitesi ve yaşam kalitesi üzerine etkisi incelenmiştir. Yapılan araştırmalar sonucunda omuz ağrısı olan ve olmayan inmeli hastaların uyku kalitesinin; günlük yaşam aktivitesi ve yaşam kalitesi ile anlamlı bir ilişkisinin olduğu bulunmuştur.

Hemiplejinin yaygın bir komplikasyonu olarak kabul edilen omuz ağrısı yapılan çalışmalarda %5 ile %84 oranında geniş bir yaygınlıkta olabileceği bildirilmiştir. 108 hastanın dahil edildiği prospektif bir çalışmada bu oran %63,8 olarak bildirilmiştir (Wanklyn et al., 1996). 38 hastanın dahil edildiği başka bir çalışmada bu oran %50 olarak (Kızıl ve ark., 2009), Gamble ve ark. yaptığı çalışmada ise 123 hastada %40 olarak bulunmuştur.

Demirci ve ark. (2007) yaptığı bir çalışmada omuz ağrısı olan inmeli hastalar ile cinsiyet ve yaş arasında bir ilişki olduğunu bildirirken, Kızıl ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada omuz ağrısı olan inmeli hastalarda cinsiyet ve yaş arasında bir ilişki olmadığını bildirmişlerdir. Biz çalışmamızda omuz ağrısı olan inmeli hastalar ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulmazken, yaş ile anlamlı bir fark olduğunu gözlemledik. Kızıl ve ark. (2009) yaptığı çalışmada etkilenen taraf ile omuz ağrısı olan inmeli hastalarda bir fark olmadığı bildirilmiştir. Biz de çalışmamızda benzer olarak etkilenen taraf ve omuz ağrısı arasında anlamlı bir fark gözlemledik. Bu sonucun hasta sayısının azlığından kaynaklı olabileceği öngörülmüştür.

Griffin ve ark. (1981) omuz ağrısına ileri yaşlarda daha sık rastladığını bildirmişler. Bayram ve ark. (1998), hemiplejik omuz ağrısının en çok 60-69 yaşları arasında görüldüğünü bildirmişlerdir. Biz çalışmamızda benzer sonuçlar bularak; omuz ağrısı olan inmeli hastaların ortalama yaşlarını $69,81 \pm 11,31$ olarak bulduk.

Literatürde, etkilenen tarafta omuz ağrısının gelişmesinde (sol'da sağa göre fazla) anlamlı fark bulan ve eğitim durumunun inmeli hastalarla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Demirci A, 2007). Biz çalışmamızda etkilenen tarafta anlamlı bir fark bulmadık ve yaptığımız incelemeler sonucu eğitim durumu ile inmeli hastalar arasında bir ilişki gözlemedik. Bu sonucun çalışmamıza katılan bireylerin çoğunluğunun eğitim seviyesinin düşük olmasıyla ilgili olabilir.

Çalışmamızda inme geçiren hastaların ek hastalıkları incelendiğinde; omuz ağrısı olan inmeli hastalarda hipertansiyonun (%37,5), omuz ağrısı olmayan inmeli hastalarda ise diyabet ve hipertansiyonun (%56,25) birlikte bulunduğu hastaların çoğunlukta olduğu görülmüştür. Uysal (2008), 60 inmeli hastada yaptığı çalışmada ek hastalıkları %48 oranında hipertansiyon varlığı ve %26,7 oranında diyabet ve hipertansiyonun birlikte bulunma varlığı olarak bildirmiştir.

Atlıg ve ark. (2012); inmeli hastaların %50'sinde uyku bozukluğu veya uykuda apne öyküsü olduğunu bildiren bir çalışma gerçekleştirmişler. Biz de çalışmamızda benzer olarak %50 zayıf uyku kalitesi gözlemedik.

Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği total skoruna göre; Atlıg ve arkadaşları (2012) (n=42) $8,48 \pm 4,80$ zayıf uyku kalitesi olarak bulmuşlar. Sezgin M. ve arkadaşları (2015) ise; akut (n=30) ve kronik (n=30) olarak ayırdıkları inmeli hastaların uyku kalite değerlerini; akut dönemdeki inmeli hastalarda $7,46 \pm 4,07$ ve kronik dönemdeki inmeli hastalarda $7,06 \pm 3,93$ zayıf uyku kalitesi olarak bulmuşlardır. Akdeniz'in (2013) yaptığı çalışmada ise; inmeli hasta grubunda (n=52) Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeği total skoru $8,90 \pm 4,99$ zayıf uyku kalitesi olarak bulmuştur. Doğru Hüzmeli ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada 30 inmeli hastada %53 oranında zayıf uyku görüldüğünü bildirmiştir. Biz çalışmamızda omuz ağrısı olan inmeli hastaların uyku kalitesi total skorunu; $8,75 \pm 3,31$ kötü uyku kalitesi olarak, omuz ağrısı olmayan inmeli hastaların total skorunu ise $4,5 \pm 2,19$ iyi uyku kalitesinde olarak bulduk. İncelediğimiz omuz ağrısı olan inmeli hastalar literatür verileriyle benzer çıkmış olmasına karşın yapılan çalışmalarda inmeli hastaları omuz ağrısı durumuna göre sınıflandırma yapmış çalışma olmaması sebebiyle yapılan yorumlar kısıtlanmaktadır. Çalışmamız bu konuda literatüre katkı sağlamış olacaktır.

İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği bulguları incelendiğinde, Topçu yaptığı doktora tezinde (2017); 36 inmeli hastanın ilk izleniminde yaşam kalitesi skor ortalamasını $148,3\pm 33,33$ olarak bulmuştur. Acaröz ise yaptığı doktora tezinde (2015), 15 inmeli hastaya ilk izlenimde uyguladığı yaşam kalitesi ölçeğinin skor ortalamasını; $128,40\pm 29,36$ olarak bildirmiştir. Huang et al. (2016) 44 omuz ağrısı olan subakut inme hastasına uyguladığı İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nde skor ortalamasını $136,8\pm 20,6$ bulmuştur.

Benzer olarak çalışmamızda omuz ağrısı olan inmeli hastaların yaşam kalitesi skor ortalamasını; $135,63\pm 29,62$ olarak bulduk. Omuz ağrısı olmayan inmeli hastaların skor ortalamasını ise omuz ağrısı olanlara oranla daha yüksek bulduk. ($157,94\pm 16,71$).

İki grup arasında anlamlı bir fark bulmamızın sebebi, omuz ağrısı olan inmeli hastaların çoğunluğunun, ağrısı olmayanlara göre inme geçirme zamanlarının daha erken zaman sınırı (1-6 ay) içinde olması etkili olmuş olabilir. Ayrıca omuz ağrısı inmenin önemli komplikasyonlarından olduğu düşünüldüğünde yaşam kalitesi üzerinde etkili olması literatürle de benzerlik göstermektedir.

Yaptığımız literatür çalışmalarında, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği değerlendirilmesinde, Topçu (2017) cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulmuştur. (n=36) Çalışmasında erkek inmeli hastaların kadınlara oranla daha yüksek yaşam kalitesi skorlarında olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda benzer olarak biz de cinsiyetler arasında anlamlı bir fark olduğunu gözlemledik. Çalışmamızda kadınların yaşam kalitesinin erkeklere oranla daha düşük çıkmasında Türk kadınlarının aile içerisindeki sorumluluklarının fazla ve yaşamları erkeklere oranla daha stresli olması ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda inme geçirme zamanı ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuç, inme geçirdikten sonra zaman geçmesiyle hastaların tedavi görmeleri, günlük yaşama adapte olmaları gibi etmenler ile yaşam kalitelerinde iyileşme olmasını açıklamaktadır. Ayrıca omuz ağrısı olan inmeli hasta grubunun inme zamanının erken dönemlerde olması da bu sonuçla ilgili olabilir.

Yaptığımız araştırmalara bakarak İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak yapılan bilimsel çalışmaların az sayıda olması sebebiyle çalışmamız literatüre katkı sağlayacaktır.

Günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık inmeli hastaları ilk günden etkisi altına alan önemli bir faktördür. Literatürde inmeli hastalar ile yapılan çalışmalarda genellikle GYA değerlendirmesi yapılır ve sonuçları göz önünde bulundurulur.

Çalışmamızda günlük yaşam aktivitesini değerlendirmek için KATZ Günlük Yaşam Aktivitesi Ölçeğini kullandık.

Yaptığımız araştırmalara göre, Azad ve ark. (2017) 87 inmeli hastada yaptığı çalışmada akut inmeli (1 ay) hastalarda KATZ GYA total skorunu ortalama $3,99 \pm 1,99$ olarak bulmuştur.

Omuz ağrısı olan inmeli hastaların GYA skorunu çalışmamızda $2,25 \pm 1,73$, omuz ağrısı olmayan inmeli hastaların skorunu ise $3,94 \pm 0,99$ olarak bulduk. Omuz ağrısı olmayan inmeli hastaların GYA skoru literatür çalışmalarıyla benzerlik gösterirken omuz ağrısı olan inmeli hastaların GYA skoru daha düşük olarak gözlemlenmiştir.

Bunun sebebinin çalışmamızda tüm inmeli hastaları omuz ağrısına göre sınıflandırmış olmamız ve omuz ağrısı olan hastaların inme geçirme sürelerinin omuz ağrısı olmayan inmeli hastalara oranla daha erken olması olabilir.

Çalışmamızda inme geçirme zamanı ile GYA arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Bunun sebebi, inme geçirdikten sonraki geçen süreçte rehabilitasyon ve tedavi programları sayesinde hastanın prognozunda gelişme görülmektedir. Bu durum hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlığına olumlu bir etki sağlamaktadır.

Sadece omuz ağrısı olan inmeli hastalara (Grup 1) özel yaptığımız ‘Assessment of shoulder pain in hemiplegia: Sensitivity of The ShoulderQ’ ölçeği kullanmamızın sebebi inmeli hastalara özel olarak omuz ağrısını araştırıyor olmasıdır. Spesifik bir ölçek olduğu için daha güçlü ve kaliteli veriler elde ettiğimizi düşünmekteyiz.

Turner-Stokes et al. 18 inmeli hasta ve 18 kontrol grubu üzerinde yaptığı çalışmada (2007) inmeli grubun The ShoulderQ ölçeğinin alt grup skorlarının ortalamalarını; gece hissedilen ağrı skorunu $4,0 \pm 0,8$, hareketle hissedilen ağrı skorunu $5,8 \pm 0,6$, dinlenirken hissedilen ağrı skorunu $2,5 \pm 0,6$ olarak bildirmişlerdir. Biz çalışmamızda bu verilere benzer olarak, gece hissedilen ağrı skorunu ; $4,00 \pm 1,41$, hareketle hissedilen ağrı skorunu $5,94 \pm 1,43$, dinlenirken hissedilen ağrı skorunu $4,15 \pm 1,41$ olarak bulduk.

Çalışmamızda gece hissedilen ağrı ile Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği arasında yaptığımız ilişki testinde pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucu çıkmıştır. Bu sonuç Pittsburgh skorunun yüksek olması ile kötü uyku kalitesi sonucunu bulmamızdan kaynaklanmaktadır. Yani hissedilen ağrı skoru ile uyku kalitesi skoru aynı yönlü olarak artma veya azalma gösterirler.

Dinlenme sırasında hissedilen ağrı skorunun, yaşam kalitesi ve GYA ile ilişki durumuna baktığımızda negatif yönlü bir ilişki bulduk. Ağrının artması, GYA ve yaşam kalitesi üzerinde etkilidir sonucuna ulaşabiliriz.

Hareketle hissedilen ağrı skorunun, Michigan Hand Outcomes (MHQ) Ölçeği ile negatif yönlü bir ilişki gözlemledik. Bu sonuçta; Michigan Hand Outcomes Ölçeği'nde yüksek skorun iyi el performansını göstermesi etkili olmuştur.

Michigan Hand Outcomes (MHQ) Ölçeği; inmeli hastalarda kullanılan, Türkçe güvenilirlik ve geçerliliği 2009 yılında yapılmış (İlhanlı, 2009), literatürdeki çalışmalarda yerini almış güncel bir ölçektir. Arvert ve arkadaşları Michigan hand outcomes ölçeğini kullanarak yaptığı çalışmada (2016) 51 inmeli hasta üzerinde total skor ortalamasını $70,0 \pm 22,4$ olarak bulmuşlar. Biz çalışmamızda total skoru omuz ağrısı olan inmeli hastalarda $39,78 \pm 12,33$,omuz ağrısı olmayan inmeli hastalarda ise $58,22 \pm 19,18$ olarak bulduk.

Total skorun literatüre göre düşük olmasının sebebi çalışmamızdaki inmeli hastaları omuz ağrısı olması durumuna göre gruplandırma yaptık. Aynı zamanda çalışmamıza dahil edilen hasta sayısının az olması ve omuz ağrısı olan grubun inme zamanının erken dönemde olması da sonuçları etkilemiş olabilir. Biz çalışmamızda iki grup arasındaki total skorlarda anlamlı bir fark olduğunu gözlemledik.

Çalışmamızda birçok değerlendirmede spesifik olarak inmeye özel ölçekleri kullandık. Bu sebeple çalışmamız literatüre katkı sağlayacaktır.

Çalışmamızın kesitsel olması, dahil edilen hasta sayısının az olması, grupların homojen dağılım göstermemesi ve uyku kalitesi için polisomnografik değerlendirme yapılmaması çalışmanın kısıtlılıklarıdır.

6. SONUÇLAR

1. Omuz ağrısı olan inmeli hastaların uyku kalitelerinin diğer gruba oranla düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Omuz ağrılı inmeli hastalar ile uyku kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.
2. Yaşam kaliteleri incelenen inmeli hastaların yaşam kalite değerlendirme sonuçlarına göre omuz ağrısı olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir.
3. Omuz ağrısı olan inmeli hastaların günlük yaşam aktivitesi değerlendirmeleri omuz ağrısı olmayan inmeli hastalara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.
4. Yapılan anketler sonucunda uyku kalitesinin; günlük yaşam aktivitesi ve yaşam kalitesi üzerinde negatif yönlü bir ilişkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Negatif yönlü çıkmasının sebebi; Pittsburg Uyku Kalite Ölçeği'nde yüksek puanın kötü uyku kalitesini, düşük puan ise iyi uyku kalitesini göstermesi etkili olmuştur.
5. Omuz ağrısı olmayan inmeli hastaların el ve el bileği sorunlarının değerlendirme sonuçları, ağrısı olan diğer grup arasında anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur.
6. Gruplar arasında yapılan istatistiksel analizlere göre; cinsiyet ve etkilenen taraf arasında bir fark bulunmazken, inme geçirme zamanı arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir.

7. ÖNERİLER

Çalışmamızda gruplar arasında uyku kalitesinin; günlük yaşam aktivitesi ve yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu sonucuna varılmıştır. İnmeli hastaların rehabilitasyon ve tedavi sürecini etkileyebildiği göz önünde bulundurularak hastalarda uyku değerlendirilmesi yapılmalıdır.

İnme geçirme zamanı ile omuz ağrısının arasında da anlamlı bir ilişki olduğu göz önünde bulundurularak; erken dönemde yapılacak rehabilitasyon çalışmalarında omuza yönelik çalışmalar sonraki süreç için önemli bir yer tutacaktır.

Omuz ağrısı; inmeli hastaların başta uyku kalitesi olmak üzere, günlük yaşam aktivitesi ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği için sağlık çalışanları, durumu stabil olan inmeli hastalarda omuz ağrısını önleme çalışmaları yapılmalıdır. Omuz ağrısı gelişen hastalarda ise tedavi programı gecikmeden uygulanmalıdır.

Çalışmamız literatüre; benzer çalışmaların azlığı ve inmeli hastalara yönelik ölçekleri kullanmamız sebebiyle katkı sağlayacaktır. İleri de çalışmamızda kişi sayısı artırılarak ve objektif sonuç alabileceğimiz ölçümler yapılarak geliştirilebilir.

7. KAYNAKLAR

Ağargün MY., Kara H., Anlar Ö. (1996). The Validity and Reliability of The Pittsburgh Sleep Quality Index. *Turk Psikiyatri Dergisi* 7(2): 107-15.

Akdeniz D. (2013) İnmeli Hastalarda Uyku Kalitesinin Hastalığın Klinik Parametreleri, Psikolojik Durum ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Diyarbakır, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Serda Em).

Altınbaş K., Arpacı B., Soysal A., Oral E. (2006) İnme Sonrası Depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*; 9(3):148–153.

Aras MD., Gökkaya NK., Cömert D., Kaya A., Cakci A. (2004) Shoulder pain in hemiplegia: results from a national rehabilitation hospital in Turkey. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation* 83(9):713-719.

Arik G., Varan HD., Yavuz BB., Karabulut E., Kara O., Kılıç MK., Kızılarıslanoğlu MC., Sümer F., Kuyumcu ME., Yeşil Y., Halil M., Cankurtaran M., (2015) Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish older adults. *Archives Of Gerontology and Geriatrics* 61: 344–350.

Arrich J., Lalouscheck W., Mullner M. (2005) Influence of Socioeconomic Status on Mortality after stroke: retrospective cohort study. *Stroke* 36:310-4.

Arwert HJ., Keizer S., Kromme CH., Vlieland TPV., Meesters JJ. (2016). Validity of The Michigan Hand Outcomes Questionnaire in Patients with Stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97(2), 238-244.

Atlıg R., İçağası A., Yumuşakhuyulu Y., Turgut S., Selimoğlu E. (2012) İnmeli Hastalarda Uyku Kalitesi ve Depresyon Fonksiyonel Durumu Etkiler Mi?, *Göztepe Tıp Dergisi* 27(4):167-173.

Azad A., Mohammadinezhad T., Taghizadeh G., Lajevardi L. (2017). Clinical Assessment of Activities of Daily Living in Acute Stroke: Validation of the Persian version of Katz Index. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 31, 30.

- Balarajan R. (1995) Ethnicity and Variations in The Nations Health. *Health Trends* 27:114-9.
- Bassetti C., Aldrich MS., Chervin RD., Quint D. (1996) Sleep Apnea in Patients with Transient Ischemic Attack and Stroke: A Prospective Study of 59 Patients. *Neurology* 47:1167-1173.
- Bayram A., Uğurlu H., Oğuz H. (1998) Hemiplejik Hastalarda Omuz Ağrısı Sıklığı. *Ege Fiz. Tıp. Der* 4:277-83.
- Bender L., McKenna K. (2001) Hemiplegic Shoulder Pain: Defining The Problem and Its Management. *Disabil Rehabil* 23:698-705.
- Birgül Balcı (2014) Serebrovasküler Olay- İnme ve Rehabilitasyon İçinde: Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Ed: Algun C. 2. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s:397-420.
- Brandstater ME., Delisa JA. (2007) İnme rehabilitasyonu (Çeviri: Gök H, Koç N, Yıldızlar D). *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon: İlkeler ve Uygulamalar'da*. 4. baskı. Güneş Tıp Kitabevleri Ankara s.1655-77.
- Buysse DJ., Reynolds CF., Monk TH., Berman SR., Kupfer DJ. (1989) The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Research* 28:193-213.
- Carod-Artal FJ., Nunes SV., Portugal D., Silva TV., Vargas AP. (2005) Ischemic Stroke Subtypes and Thrombophilia in Young and Elderly Brazilian Stroke Patients Admitted to A Rehabilitation Hospital. *Brain Inj* 19:667-73.
- Chae J., Zorowitz RD., Johnston MV. (1996) Functional Outcome of Hemorrhagic and Nonhemorrhagic Stroke Patients After in Patient Rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil* 75:177-82.
- Chantraine A., Baribeault A., Uebelhart D., Gremion G. (1999) Shoulder Pain and Dysfunction in Hemiplegia: Effects of Functional Electrical Stimulation. *Arch Phys Med Rehabil* 80:328-31.
- Chino N., Sonoda S., Domen K., Saitoh E., Kimura A. (1994). Stroke impairment assessment set (SIAS). *The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine*, 31(2): 119-125.
- Çakıcı A., Aras MD. (2005) İnme rehabilitasyonu. İçinde: Tıbbi Rehabilitasyon'da. (Ed): Oğuz H. 2. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi; İstanbul s.589-617.
- Demirci A., Öcek B., Köseoğlu F. (2007) Shoulder Pain in Hemiplegic Patient, *FTR Bilim Dergisi*, 1:25-30.

- Di Angelantonio E., Fiorelli M., Socchetti ML., Lorenzano S., Falcou A., Ciarlo MVJ. (2005) *Neurol Neurosurg Psychiatry* 76:76-81.
- Di Carlo A., Lamassa M., Baldereschi M., Pracucci G., Basile AM., Wolfe CD., Giroud M., Rudd A., Ghetti A., Inzitari D. (2003) Study of Stroke Care Group. Sex Differences in The Clinical Presentation, Resource Use and 3-Month Outcome of Acute Stroke in Europe: Data From A Multicenter Multinational Hospital-Based Registry. *Stroke* 34:1114-9.
- Demir Yazıcı Ş. (2010) İnmeli Hastalarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, Trakya Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne (Danışman: Prof. Dr. Murat Birtane).
- Doğru Hüzmeli E., Sarac ET. (2017) Examination of Sleep Quality, Anxiety and Depression in Stroke Patients, *Turkish Journal of Cerebrovaskuler Diseases*, 23 (2): 51-55.
- Eyigör S. (2007) İnmeli Hastalarda Genel Rehabilitasyon Prensipleri, Yaşam Kalitesi ve Son Durum Değerlendirmesi. *Türk Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi* 53 (Özel Sayı 1): 19-25.
- Finestone HM., Greene-Finestone LS., Wilson ES., Teasell RW. (1996). Prolonged Length of Stay and Reduced Functional Improvement Rate in Malnourished Stroke Rehabilitation Patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77(4), 340-345.
- Flick CL. (1999) Stroke rehabilitation. 4. Stroke Outcome and Psychosocial Consequences. *Archives Physical Medicine Rehabilitation* 80:21-6.
- Gamble GE., Barberan E., Laasch H., Bowsher D., Tyrrell PJ., Jones AK. (2002) Poststroke Shoulder Pain: A Prospective Study of The Association and Risk Factors in 152 Patients From a Consecutive Cohort of 205 Patients Presenting With Stroke. *Eur J Pain* 6: 467-674.
- Giubilei F., Iannilli M., Vitale A., Pierallini A., Sacchetti ML., Antonini G., Fieschi C. (1992) Sleep Patterns in Acute Ischemic Stroke. *Acta Neurol Scand* 86:567-71.
- Gillen R., Tennen H., McKee T., Gernert-Dott P., Affleck G. (2001) Depressive Symptoms and History of Depression Predict Rehabilitation Efficiency in Stroke Patients. *Arch Phys Med Rehabil* 82:1645-9.
- Good DC. (2003) Stroke: Promising Neurorehabilitation Interventions and Steps Toward Testing Them. *Am J Phys Med Rehabil* 82 (10 Suppl) S50-57.

- Gokkaya NKO., Aras MD., Cakci A. (2005) Health-Related Quality of Life of Turkish Stroke Survivors. *International Journal of Rehabilitation Research* 28:229–235.
- Hakverdioğlu-Yönt G. (2009). İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği' nin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Leyla Khorshid).
- Huang YC., Leong JP., Wang LY., Yang YC. (2016) Effect of Kinesiology Taping on Hemiplegic Shoulder Pain and Functional Outcomes in Subacute Stroke Patients: A Randomized Controlled Study. *Europe Journal of Physical Rehabilitation of Medicine*. 52(6):774-781.
- İlhanlı İ. (2009) Karpal Tünel Sendromu'nda Michigan Hand Outcomes Questionnaire Türkçe Versiyonu: Bir Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Samsun, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Dilek Durmuş).
- Jones BE. (1989) The Sleep-Wake-Cycle: Basic Mechanisms. *J Rheumatol Suppl* 9:49-51.
- Kingery WS., Date ES., Bocobo CR. (1993) The Absence of Brachial Plexus Injury in Stroke. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 72(3), 127-135.
- Kızıl R., Şenocak R., El Ö., Gözüm M., Kutluk K., Öztürk V., Peker Ö. (2009) Hemiplejik hastalarda omuz ağrısı sıklığı ve ilişkili faktörler, *Journal of Neurological Sciences* 26:(2) 206-21.
- Körner E., Flooh E., Reinhart B., Wolf R., Ott E., Krenn W., Lechner H. (1986) Sleep Alterations in Ischemic Stroke. *Eur Neurol* 25:10410.
- Kumral K., Kumral E. (1993) İnme Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri. *Santral Sinir Sisteminin Damarsal Hastalıkları*. Ege Üniv Tıp Fak Yay. No: 72, 9-23.
- Kocabaş H. (2003) Hemiplejik Hastalarda Ağrılı Omuz. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Konya, (Danışman: Prof. Dr. Önder M. Özerbil).
- Larson J., Franzen-Dahlin A., Billing E., Arbin M., Murray V., Wredling R. (2005) Predictors of Quality of Life Among Spouses of Stroke Patients During The First Year After The Stroke Event. *Scand J Caring Sci* 19:439-45.
- Letombe A., Cornille C., Delahaye H., Khaled A., Morice O., Tomaszewski A., Olivier N. (2010) Early Post-Stroke Physical Conditioning in Hemiplegic Patients: A Preliminary Study. *Ann Phys Rehabil Med*. Dec;53(10):632-42.

- Mesci E., Mesci N. (2014) İnmeli Hastalarda Omuz Sorunlarının Fonksiyonel Durum, Yaşam Kalitesi ve Rehabilitasyon Sonuçlarına Etkisi, Göztepe Tıp Dergisi, 29(3):176-181.
- Mahowald M. (2000) Sleep in traumatic brain injury and other acquired CNS conditions. In: Sleep Disorders and Neurological Disease. (Ed): Culebras A., New York, p. 365-85.
- Mohsenin V., Valor R. (1995) Sleep apnea in patients with hemispheric stroke. Arch Phys Med Rehabil 76:7176.
- Murray CJ., Lopez AD. (1997) Global Mortality, Disability The Contribution of Risk Factors: Global Burden of The Disease Study. Lancet 349:1436-42.
- Niemi ML., Laaksonen R., Kotila M., Waltimo O. (1988) Quality of Life 4 Years After Stroke. Stroke 19:1101-7.
- O'Donnell D., Silva EJ., Münch M., Ronda JM., Wang W., Duffy JF. (2009) Comparison of Subjective and Objective Assessments of Sleep in Healthy Older Subjects Without Sleep Complaints. J Sleep Res. 18(2):254-263.
- Otman SA., Karaduman A., Livanelioğlu A. (2001): Hemipleji Rehabilitasyonunda Nörofizyolojik Yaklaşımlar. Dizayn Ofset, Ankara. Ss: 1-16.
- Ozdemir F., Birtane M., Tabatabaei R., Ekuklu G., Kokino S. (2001) Cognitive Evaluation and Functional Outcome After Stroke. Am J Phys Med Rehabil 80:410-5.
- Peker Ö. (2000) Fonksiyonel Değerlendirme, Beyazova M, Gökçe-Kutsal Y Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Cilt 1, Güneş Kitabevi 642-656.
- Roth EJ. (1993) Heart Disease in Patients With Stroke: Incidence, Impact, and Implications For Rehabilitation. Part 1: Classification and Prevalence. Arch Phys Med Rehabil 74:752-60.
- Roth EJ. (1994) Heart Disease in Patients With Stroke: Incidence, Impact, and Implications for Rehabilitation. Part 2: Classification and Prevalence. Arch Phys Med Rehabil 75:94101.
- Roy CW., Sands MR., Hill LD. (1994) Shoulder Pain in Acutely Admitted Hemiplegics. Clin Rehabil; 8: 334-340.
- Sepici V. (1995) Hemiplejik Hastalarda Üst Ekstremitede Görülen Sorunlar İçinde: Hemipleji Rehabilitasyonu Ed: Özcan O. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul 62-7.

Sezgin M., Çevikol A., Karadağ H., Şahin G., Çamdeviren Ankaralı H., Akkoyunlu S., Tamkan U., Çakçı A. (2015) Akut ve Kronik İnmeli Hastalarda Uyku Kalitesini, Hastaların Yaşam Kalitesi, Klinik ve Fonksiyonel Durumu ile İlişisini İncelemek. FTR Bil Der. 18: 87-95.

Shinkawa, A., Ueda, K., Hasuo, Y., Kiyohara, Y., Fujishima, M. (1990). Seasonal variation in stroke incidence in Hisayama, *Stroke*, 21(9), 1262-1267.

Turner-Stokes L., Jackson D. (2002) Shoulder Pain After Stroke: A Review Of Tthe Evidence Base to Inform The Development of An Integrated Care Pathway. Clin Rehabil 16:276-98.

Topçu S. (2017) İnmeli Hastalarda Öz Etkililik ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Sıdıka Oğuz).

Totta M., Beneck S. (1991) Shoulder Dysfunction in Stroke Hemiplegia. Physical Medicine and Rehabilitation Clinics, 2(3), 627-641.

Uysal İ. (2008) Farklı Hemisfer Lezyonu Olan İnmeli Hastalarda Kognitif Yetenek, Fiziksel Fonksiyon, Depresif Semptomlar ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale (Danışman: Prof. Dr. Uğur Cavlak).

Van Ouwenaller C., Laplace PM. (1986) Chantraine A. Painful Shoulder in Hemiplegia. Arch Phys Med Rehabil 67: 23-26.

World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group. (2003). World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. Journal of hypertension, 21(11): 1983-1992.

Wanklyn P., Forster A., Young J. (1996) Hemiplegic Shoulder Pain Natural History and Investigation of Associated Features. Disabil Rehabil 18: 497501.

Yılmaz H. (2001) Refleks Sempatik Distrofi Tedavisinde Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 47:77-9.

[https:// www.strokecenter.org/education/ais_pathogenesis/](https://www.strokecenter.org/education/ais_pathogenesis/) (30.03.2019)

8. EKLER

EK 1: Demografik Veri Formu

Demografik Veri Formu

Yaş(yıl):

Cinsiyet:

Dominant Taraf:

Medeni Durum:

Eğitim Durumu:

Mesleki Durumu:

Stroke Nedeni:

Cerabral İskemi

Cerebral Tümör

Travma

AVM

Diğerleri

İlave Hastalıklar:

DM

KOAH

HT

KAH

Diğerleri

Rehabilitasyon Süresi:

1-3 ay

3-6 ay

6-9 ay

1-

2 yıl

2 ve daha fazlası

Kullandığı Yardımcı Cihaz: Var

Yok

Tipi:

Üriner İnkontinans: Var

Yok

Etkilenmiş Taraf (Stroke) : Sağ

Sol

Lezyonun Anatomik Lokasyonu: ()Sağ Hemisfer

()Sol Hemisfer

Görme Bozukluğu: ()Var

()Yok

İşitme Bozukluğu: ()Var

()Yok

Sosyal Güvencesi: ()Var

()Yok

EK 2: Assesment Of Shoulder Pain In Hemiplegia: Sensitivity Of The ShoulderQ

Assessment of shoulder pain in hemiplegia: Sensitivity of the ShoulderQ

1- Omuzunuz ağrıyor mu?

- EVET
 HAYIR

Cevabınız EVET ise;

1a-Ne zaman ağrınız oluyor ?

- Her zaman
 Sıklıkla
 Bazen
 Kolumu hareket ettirdiğim zaman

1b- Omuz ağrınız ne kadar şiddetli oluyor?

- Son derece fazla
 Şiddetli
 Orta
 Hafif

1c- Omuz ağrınız geçen haftaya göre ne kadar şiddetli?

- Çok daha iyi
 Biraz daha iyi
 Benzer
 Biraz daha kötü
 Çok daha kötü

2- Ağrı uykunuzdan uyandırıyor mu?

- Çoğu gece
 Bazı geceler
 Uyandırmıyor

2a- Eğer uykunuzdan uyanıyorsanız; gece içinde kaç kez uyanıyorsunuz?

- Gece 2'den fazla
 Bir veya iki defa
 Sadece ara sıra

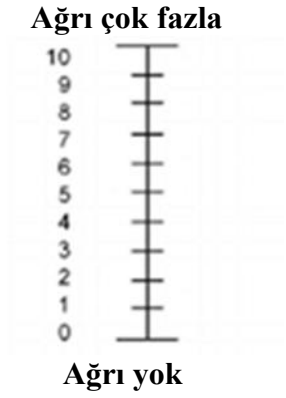
3- Ağrınız terapi seanslarını etkiliyor mu?

- Çoğu seansı
 Bazı seansları
 Etkilemiyor

3a- Eğer ağrınız terapi seanslarını etkiliyorsa; ne kadar sıklıkla etkiliyor?

- Çok fazla
 Bayağı çok
 Ara sıra

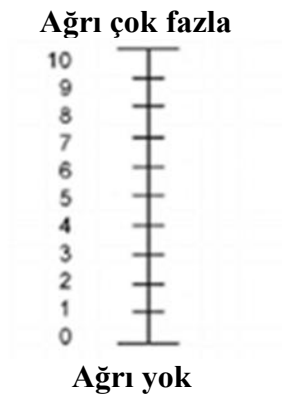
4a- Dinlenirken hissettiğiniz ağrının şiddetini çizgi üzerinde işaretleyiniz



4b- Hareket ederken hissettiğiniz ağrının şiddetini çizgi üstünde işaretleyiniz



4c- Geceleri hissettiğiniz ağrının şiddetini çizgi üstünde işaretleyiniz



5- Hangisi sırasında ağrı duyuyorsun?

- Transfer
- Yıkanırken ve giyinirken
- Fizyoterapi seanslarında
- Gece yatakta dönerken
- Yukarıdakilerin hiçbiri
- Başka bir şey (açıklayın)

6- Ağrını rahatlatmak için hangisini yaparsın?

- Konumlandırma – Destek yastığı – Kolunu dayama
- Ağrı kesici
- Bandajlama
- Fonksiyonel Elektrik Stimülasyonu
- Yukarıdakilerden hiçbiri
- Başka bir şey (açıklayın)



EK 3: Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeği

Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeği

1 Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?

2 Geçen ay geceleri uykuya dalmamız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı? dakika

3 Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?

4 Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir) saat

5 Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

	Haftada	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'den Çok
a	30 dakika içinde uykuya dalamadınız	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Gece yansı veya sabah erkenden uyanınız	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Tuvalete gittiniz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Rahat bir şekilde nefes alı veremediniz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Aşırı derecede üşüdünüz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	Kötü rüyalar gördünüz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	Ağrı duydunuz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	Diğer nedenler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.

Çok iyi Oldukça iyi Oldukça kötü Çok kötü

7 Geçen hafta uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

Hiç 1'den az 1 - 2 kez 3'den Çok

8 Geçen hafta araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

Hiç 1'den az 1 - 2 kez 3'den Çok

9 Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istikle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

Hiç problem oluşturmadı Bir dereceye kadar problem oluşturdu

Yalnızca çok az bir problem oluşturdu Çok büyük bir problem oluşturdu

10 Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil

Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var Partner aynı yatakta

11 Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkta yaşadığını sorun.

		Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'den Çok
a	Gürültülü horlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Diğer huzursuzluklarınız:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK 4: KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

Etkinlikler	Puan	Bağımsız (1 Puan)	Bağımlı (0 Puan)
Banyo yapma	-----	Kendi başına yıkanabiliyor veya vücudunun küçük bir parçasının yıkanması için yardım alıyor.	Kendi başına yıkanamıyor veya vücudunun büyük bir kısmının yıkanmasında başkasına ihtiyaç duyuyor
Giyinme	-----	Dolaptan kendi başına kıyafetlerini çıkarıp giyinebilir (Ayakkabısını bağlarken yardım alabilir).	Giyinirken yardım alıyor veya tamamen başkası tarafından giydiriliyor.
Tuvalet yapma	-----	Tuvalete gitme, tuvaletini yapma, temizlenme, üzerini tekrar giyme gibi aktiviteleri kendi başına yapabiliyor.	Tuvalete giderken yardım alıyor, tek başına temizlenme vb. etkinlikleri yapamıyor ya da lazımlık (sürgü) veya lazımlıklı iskemle kullanıyor.
Transfer	-----	Yataktan kanepeye veya tersi etkinliği tek başına veya baston vb. cihaz ile yapabiliyor.	Yataktan sandalyeye geçerken kısmi veya tam olarak bir başkasının yardımına ihtiyaç duyuyor.
Kontinans	-----	Defekasyon ve mesane üzerine tam kontrolü mevcut.	Kısmi veya tam mesane veya bağırsak inkontinansı mevcut
Beslenme	-----	Yemeği tabaktan ağzına kendisi götürebiliyor (Yemeği başkası hazırlayabilir).	Bir başkası tarafından yediriliyor veya parenteral beslenmeye muhtaç

EK 5: İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Formu

İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Formu

Enerji	Kesinlikle katılıyorum	Orta derecede katılıyorum	Ne katılıyor ne de katılmıyorum	Orta derecede katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Zamanın çoğunda kendimi yorgun hissettim.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Gün boyunca durup dinlenmek istedim.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Yapmak istediğim şeyleri yapmak için çok yorgun oluyordum.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Aile Rollerini	Kesinlikle katılıyorum	Orta derecede katılıyorum	Ne katılıyor ne de katılmıyorum	Orta derecede katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Sadece eğlenmek için olan faaliyetlerde aileme katılmadım.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Aileme yük olduğumu düşünüyorum.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Fiziksel fonksiyonum kişisel yaşamımı etkiledi.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Lisan	Kesinlikle yapamadım	Çok güçlük çektim	Biraz güçlük çektim	Çok az güçlük çektim	Hiç sorun yaşamadım
Konuşurken güçlük çektiniz mi? Örneğin, takılmak, kekelemek, ağızda yuvarlamak veya kötü telaffuz etmek gibi?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Telefonu kullanacak kadar net konuşmakta güçlük çektiniz mi?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Diğer insanlar sizin söylediklerinizi anlamakta güçlük çektiniz mi?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Söylemek istediğiniz kelimeyi bulmakta güçlük çektiniz mi?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Diğerlerinin sizi anlayabilmesi için söylediklerinizi tekrarlamak zorunda kaldınız mı?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Mobilite	Kesinlikle yapamadım	Çok güçlük çektim	Biraz güçlük çektim	Çok az güçlük çektim	Hiç sorun yaşamadım
Yürürken zorluk çektiniz mi? (Eğer hasta yürüyemiyorsa 15. soruya gidin ve 13 ve 14. soruları 1 olarak işaretleyin.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Öne doğru eğildiğinizde veya bir şeye uzandığınızda dengeyi kaybettiğiniz mi?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Merdiven tırmanmakta güçlük çektiniz mi?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Yürürken veya tekerlekli sandalye kullanırken umduğunuzdan daha çok durmak ve istirahat etmek zorunda kaldınız mı?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Ayakta dururken güçlük çektiniz mi?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Sandalyeden kalkarken güçlük çektiniz mi?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Sayfa-2

Ruh halı

	Kesinlikle katılıyorum	Orta derecede katılıyorum	Ne katılıyor ne de katılmıyorum	Orta derecede katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Geleceğim hakkında cesaretim kırıldı.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Diğer insanlarla veya aktivitelerle ilgilenmedim.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Kendimi içine kapanık hissettim.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Kendime çok az güveniyorum.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Canım bir şey yemek istemiyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Kişilik

	Kesinlikle katılıyorum	Orta derecede katılıyorum	Ne katılıyor ne de katılmıyorum	Orta derecede katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Alıngandım.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Başkalarına karşı sabırsızdım.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Kişiliğim değişti.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Öz bakım

	Tamamen yardımcı	Çok yardımcı	Biraz yardımcı	Çok az yardımcı	Tamamen yardımcı değil
Yemek hazırlarken yardıma ihtiyacınız oldu mu?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Yemek yerken yardıma ihtiyacınız oldu mu? Örneğin yemeği kesmekte vs.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Giyinirken yardıma ihtiyacınız oldu mu? Örneğin, çorap veya ayakkabı giymekte, düğmeleri iliklemede veya fermuar çekmekte?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Duş almakta veya banyo yapmakta güçlük çektiniz mi?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız oldu mu?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sosyal roller

	Kesinlikle katılıyorum	Orta derecede katılıyorum	Ne katılıyor ne de katılmıyorum	Orta derecede katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
İstedğim kadar sık dışarıya çıkamadım.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Hobilerimi veya rekreasyonel aktivitelerimi, istediğimden daha az yapabildim.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
İstedğim kadar çok insanı göremedim.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
İstedğimden çok daha az seks yaptım.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Fiziksel kondisyonum sosyal hayatımı kısıtladı.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

İnme Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Sayfa-3

Düşünme

	Kesinlikle katılıyorum	Orta derecede katılıyorum	Ne katılıyor ne de katılmıyorum	Orta derecede katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Konsantre olmak, bir konuya yoğunlaşmak benim için çok zordu.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Bazı şeyleri hatırlamakta güçlük çektim.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Hatırlayabilmek için bazı şeyleri yazmak zorunda kaldım.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Üst ekstremite fonksiyonu

	Kesinlikle yapamadım	Çok güçlük çektim	Biraz güçlük çektim	Çok az güçlük çektim	Hiç sorun yaşamadım
Kalemle veya daktilo ile yazı yazarken güçlük çektiniz mi?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Çoraplarınızı giymekte güçlük çektiniz mi?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Düğmelerinizi iliklemede güçlük çektiniz mi?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Fermuar çekmekte güçlük çektiniz mi?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Herhangi bir kavanozu açmakta güçlük çektiniz mi?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Görme

	Kesinlikle yapamadım	Çok güçlük çektim	Biraz güçlük çektim	Çok az güçlük çektim	Hiç sorun yaşamadım
Televizyonu bir programdan zevk alacak kadar iyi derecede görmekte güçlük çektiniz mi?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Zayıf görme nedeniyle nesnelere ulaşmakta güçlük çektiniz mi?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Bir taraftaki (sağdaki veya soldaki) nesnelere görmekte güçlük çektiniz mi?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

İş / Üretkenlik

	Kesinlikle yapamadım	Çok güçlük çektim	Biraz güçlük çektim	Çok az güçlük çektim	Hiç sorun yaşamadım
Ev içindeki günlük işleri yapmakta güçlük çektiniz mi?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Başladığınız işleri bitirmekte güçlük çektiniz mi?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Eskiden devamlı yaptığınız işleri yapmakta güçlük çektiniz mi?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

EK 6: Michigan Hand Outcomes Questionnaire Türkçe Versiyonu

Michigan Hand Outcomes Questionnaire Türkçe Versiyonu

I. Aşağıdaki sorular geçen hafta boyunca el veya ellerinizin ve/veya elbilek veya elbileklerinizin fonksiyonuna yöneliktir. (Lütfen her soru için bir cevabı daire içine alın). Lütfen **BÜTÜN** soruları, el ve/veya elbileklerinizde probleminiz olmasa bile cevaplayınız.

A. Aşağıdaki sorular sağ el/elbileğinize yöneliktir.

	çok iyi	iyi	orta	kötü	çok kötü
1. Genelde <i>sağ</i> eliniz ne kadar iyi çalıştı?	1	2	3	4	5
2. <i>Sağ</i> el parmaklarınız ne kadar iyi hareket etti?	1	2	3	4	5
3. <i>Sağ</i> elbileğiniz ne kadar iyi hareket etti?	1	2	3	4	5
4. <i>Sağ</i> elinizdeki gücünüz nasıldı?	1	2	3	4	5
5. <i>Sağ</i> elinizdeki his(duyu) nasıldı?	1	2	3	4	5

B. Aşağıdaki sorular sol el/elbileğinize yöneliktir.

	çok iyi	iyi	orta	kötü	çok kötü
1. Genelde <i>sol</i> eliniz ne kadar iyi çalıştı?	1	2	3	4	5
2. <i>Sol</i> el parmaklarınız ne kadar iyi hareket etti?	1	2	3	4	5
3. <i>Sol</i> elbileğiniz ne kadar iyi hareket etti?	1	2	3	4	5
4. <i>Sol</i> elinizdeki gücünüz nasıldı?	1	2	3	4	5
5. <i>Sol</i> elinizdeki his(duyu) nasıldı?	1	2	3	4	5

II. Aşağıdaki sorular geçen hafta boyunca el veya ellerinizin belli işleri yapabilme yeteneğine yöneliktir.

(Lütfen her soru için bir cevabı daire içine alın).

Eğer bu işleri yapmıyorsanız, lütfen yapsaydınız yaşayacağınız zorluğu tahmin ediniz

A. Sağ elinizi kullanarak aşağıdaki aktiviteleri yapmak sizin için ne kadar zordu?

	zor değil	çok az zor	Biraz zor	orta derecede zor	çok zor
1. Kapı tokmağını çevirmek.	1	2	3	4	5
2. Bozuk parayı almak.	1	2	3	4	5
3. Bir bardak suyu tutmak.	1	2	3	4	5
4. Kilit anahtarını çevirmek.	1	2	3	4	5
5. Kızartma tavasını tutmak.	1	2	3	4	5

B. Sol elinizi kullanarak aşağıdaki aktiviteleri yapmak sizin için ne kadar zordu?

	zor değil	çok az zor	Biraz zor	orta derecede zor	çok zor
1. Kapı tokmağını çevirmek.	1	2	3	4	5
2. Bozuk parayı almak.	1	2	3	4	5
3. Bir bardak suyu tutmak.	1	2	3	4	5
4. Kilit anahtarını çevirmek.	1	2	3	4	5
5. Kızartma tavasını tutmak.	1	2	3	4	5

C. *Her iki* elinizi kullanarak aşağıdaki aktiviteleri yapmak sizin için ne kadar zordu?

	zor değil	çok az zor	Biraz zor	orta derecede zor	çok zor
1. Kavanoz açmak.	1	2	3	4	5
2. Gömlek veya bluz düğmelerini ilikleme.	1	2	3	4	5
3. Bıçak ve çatal ile yemek yemek.	1	2	3	4	5
4. Alışveriş çantası taşımak.	1	2	3	4	5
5. Bulaşıkları yıkamak.	1	2	3	4	5
6. Saçınızı yıkamak.	1	2	3	4	5
7. Ayakkabı bağı veya düğümü bağlamak.	1	2	3	4	5

III. Aşağıdaki sorular geçen 4 hafta boyunca normal işinizde (ev işi ve okul işinide içermekte) nasıl olduğunuza yöneliktir.

(Lütfen her soru için bir cevabı daire içine alın).

	her zaman	sıklıkla	bazen	nadiren	hiçbir zaman
1. El veya elleriniz ve/veya elbilek veya elbileklerinizdeki problem nedeniyle ne kadar sıklıkla işinizi yapamadınız?	1	2	3	4	5
2. El veya ellerinizdeki problem nedeniyle ne kadar sıklıkla günlük iş sürenizi kısalttınız?	1	2	3	4	5
3. El veya elleriniz ve/veya elbilek veya elbileklerinizdeki problem nedeniyle ne kadar sıklıkla işinizi boşvermek zorunda kaldınız?	1	2	3	4	5
4. El veya elleriniz ve/veya elbilek veya elbileklerinizdeki problem nedeniyle ne kadar sıklıkla işinizde daha azını başardınız?	1	2	3	4	5
5. El veya elleriniz ve/veya elbilek veya elbileklerinizdeki problem nedeniyle ne kadar sıklıkla işiniz daha uzun zaman aldı?	1	2	3	4	5

IV. Aşağıdaki sorular geçen hafta boyunca el veya ellerinizde ve/veya elbilek veya elbileklerinizde ne kadar ağrı olduğuna yöneliktir.

(Lütfen her soru için bir cevabı daire içine alın).

A. Aşağıdaki sorular el/elbileğinizdeki ağrıya yöneliktir.

1. El veya elbileğinizde ne kadar sıklıkla ağrınız oldu?

1. her zaman
2. sıklıkla
3. bazen
4. nadiren
5. hiçbir zaman

Eğer soru IV-A1'i Hiçbir zaman olarak cevapladıysanız, lütfen aşağıdaki soruları atlayın ve diğer sayfaya geçin.

2. Lütfen el veya elbileğinizdeki ağrıyı tarif edin.

5. çok hafif
4. hafif
3. orta
2. şiddetli
1. çok şiddetli

	her zaman	sıklıkla	bazen	nadiren	hiçbir zaman
3. El veya elbileğinizdeki ağrı uykunuzu ne kadar sıklıkla etkiledi?	1	2	3	4	5
4. El veya elbileğinizdeki ağrı günlük aktivitelerinizi(yemek yemek veya banyo yapmak gibi) ne kadar sıklıkla etkiledi?	1	2	3	4	5
5. El veya elbileğinizdeki ağrı ne kadar sıklıkla sizi mutsuz etti?	1	2	3	4	5

V. A. Aşağıdaki sorular geçen hafta boyunca *sağ* elinizin görünümüne yöneliktir.

(Lütfen her soru için bir cevabı daire içine alın).

	kesinlikle katılıyorum	katılıyorum	bilmiyorum	katılmıyorum	kesinlikle katılmıyorum
1. <i>Sağ</i> elimin görünümünden memnundum.	5	4	3	2	1
2. <i>Sağ</i> elimin görünümü beni toplum içinde bazen rahatsız etti.	1	2	3	4	5
3. <i>Sağ</i> elimin görünümü beni üzdü.	1	2	3	4	5
4. <i>Sağ</i> elimin görünümü normal sosyal aktivitelerimi etkiledi.	1	2	3	4	5

B. Aşağıdaki sorular geçen hafta boyunca *sol* elinizin görünümüne yöneliktir.

(Lütfen her soru için bir cevabı daire içine alın).

	kesinlikle katılıyorum	katılıyorum	bilmiyorum	katılmıyorum	kesinlikle katılmıyorum
1. <i>Sol</i> elimin görünümünden memnundum.	5	4	3	2	1
2. <i>Sol</i> elimin görünümü beni toplum içinde bazen rahatsız etti.	1	2	3	4	5
3. <i>Sol</i> elimin görünümü beni üzdü.	1	2	3	4	5
4. <i>Sol</i> elimin görünümü normal sosyal aktivitelerimi etkiledi.	1	2	3	4	5

VI. A. Aşağıdaki sorular geçen hafta boyunca sağ el veya elbileklerinize yöneliktir.

(Lütfen her soru için bir cevabı daire içine alın).

	çok memnunum	biraz memnunum	bilmiyorum	biraz memnun değilim	hiç memnun değilim
1. Sağ elinizin genel fonksiyonu?	1	2	3	4	5
2. Sağ elinizde parmaklarınızın hareketi?	1	2	3	4	5
3. Sağ elbileğinizin hareketi?	1	2	3	4	5
4. Sağ elinizin gücü?	1	2	3	4	5
5. Sağ elinizdeki ağrının şiddeti?	1	2	3	4	5
6. Sağ elinizin hissi(duyusu)?	1	2	3	4	5

B. Aşağıdaki sorular geçen hafta boyunca sol el veya elbileklerinize yöneliktir.

(Lütfen her soru için bir cevabı daire içine alın).

	çok memnunum	biraz memnunum	bilmiyorum	biraz memnun değilim	hiç memnun değilim
1. Sol elinizin genel fonksiyonu?	1	2	3	4	5
2. Sol elinizde parmaklarınızın hareketi?	1	2	3	4	5
3. Sol elbileğinizin hareketi?	1	2	3	4	5
4. Sol elinizin gücü?	1	2	3	4	5
5. Sol elinizdeki ağrının şiddeti?	1	2	3	4	5
6. Sol elinizin hissi(duyusu)?	1	2	3	4	5

Lütfen kendinizle ilgili aşağıdaki bilgileri doldurun. (Lütfen her soru için bir cevabı daire içine alın.)

1. Sağ elinizi mi sol elinizi mi kullanırsınız?

a. Sağ el b. Sol el c. Her ikisi

2. Hangi eliniz daha çok problem çıkarıyor?

a. Sağ el b. Sol el c. Her ikisi

3. Elinizle problem yaşadığınızdan buyana işinizi değiştirdiniz mi?

a. Evet b. Hayır

Lütfen elinizle ilgili problem yaşamadan önceki işinizin tipini tarif ediniz.

Lütfen şu anda yaptığımız işinizi tarif ediniz.

4. Cinsiyetiniz nedir?

a. Erkek b. Kadın

5. Nerelisiniz?

a. marmara b. ege c. akdeniz d. iç anadolu e. karadeniz f. doğu anadolu g. güneydoğu anadolu

6. Öğrenim durumunuz nedir?

a. okur yazar değil b. ilköğretim c. orta öğretim d. lise e. üniversite

7. Sağlık güvenceniz var mı?

a. Evet b. Hayır

EK 7: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onay Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi Haliç Üniversitesi'nde Fizyoterapi ve Rehabilitasyon yüksek lisans tezi olarak yürütülen “İnme Sonrası Omuz Ağrısı Olan ve Olmayan Hastalarda Uyku Kalitesinin; Günlük Yaşam Aktivitesi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı; inme geçirmiş omuz ağrısı olan ve olmayan hastaların uyku kalitesinin değerlendirilmesi ve uyku kalitesinin bu hastaların günlük yaşam aktivitesine ve yaşam kalitesine olan etkisini incelemek. Sadece anket cevaplayacağınız değerlendirme yapılacaktır. Bu çalışmada karşılaşabileceğiniz herhangi bir zarar veya risk yoktur. Araştırmada sizden tahminen 20 dakikanızı ayırmanız istenmektedir. Çalışmaya 30 kişinin katılması planlanmıştır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz ayrıca size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece iznimize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya senavarinli@gmail.com e-posta adresinden ulaşabilirsiniz.

Sayın Fzt. Sena Varinlioğlu tarafından Fizyoterapi ve Rehabilitasyon yüksek lisans tezi için tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağını bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Fzt. Sena Varinlioğlu'nu 05558517836 numaralı telefonda arayabileceğimi ve Haliç Üniversitesi Sütluce Kampüsünden ulaşabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

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

Gönüllünün;

Adı-soyadı:

İletişim Bilgileri:

e-posta:

Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için “ortak araştırma havuzuna” aktarılmasını;

kabul ediyorum kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

İmzası:

Açıklamaları yapan araştırmacının;

Adı-soyadı: Fzt. Sena Varinlioğlu

İmzası:

Araştırmacının;

Adı- Soyadı : Prof. Dr. Nur Tunalı

İmzası:

Rıza alma işleme başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin;

Adı- soyadı:

İmzası:

Görevi:

EK 8: İl Sağlık Müdürlüğü Gerekli İzin Belgesi

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ GEREKLİ İZİN BELGESİ



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Sena VARINLIOĞLU'nun
Anket İzni Hk.

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : a) 03/01/2018 tarihli ve 71211201-14 sayılı yazı.
b) 16/01/2019 tarihli ve 23898784-604.01.01-14 sayılı yazı.
c) 16/01/2019 tarihli ve 54230385-604.02-12 sayılı yazı.
d) 09/01/2019 tarihli ve 54132726-771-10 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazı ile Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Programı öğrencisi Sena VARINLIOĞLU'nun, Prof. Dr. Nur TUNALI'nın danışmanlığında devam eden "İnme Sonrası Omuz Ağrısı Olan ve Olmayan Hastalarda Uyku Kalitesinin, Günlük Yaşam Aktivitesi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" başlıklı araştırması, ilgi b), c) ve d) sayılı yazımız ile Müdürlüğümüz tarafından onaylanmış olup, araştırmanın yürütülmesi esnasında adı geçene gerekli kolaylığın gösterilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Başkan

Dağıtım:

T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
T.C. Sağlık Bakanlığı Sultan Abdülhamid Han Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
T.C. Sağlık Bakanlığı Ümraniye Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Seyitnizam Mah. Mevlana Cd. No:85, 34015 Kat: 1 Oda No: 102 Zeytinburnu/İst.
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi
Telefon: Faks No:

e-Posta: arzu.sarmusak@saglik.gov.tr İnt. Adresi: www.istanbul.saglik.gov.tr

Bilgi için: Arzu SARMUSAK

FİRMA

Telefon No: 0212 638 33 99 - 3102

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2706ad33-b3a1-423f-90ee-061105d49d11 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5079 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

9. ETİK KURUL



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 85
KONU: Etik Kurul İzni

30.10.2018

Sayın; Sena Varinlioğlu

Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapılmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, Prof. Dr. Nur Tunalı'nın danışmanlığında planladığınız "İnme Sonrası Omuz Ağrısı Olan ve Olmayan Hastalarda Uyku Kalitesinin; Günlük Yaşam Aktivitesi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" isimli araştırmanız kurulumuzun 30.10.2018 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Melek Güneş YAVUZER
Etik Kurul Başkan Yardımcısı

EK.Etik Kurul Kararı

Sütlüce Mah. İmrahor Cad. No:82 Beyoğlu- İSTANBUL
Tel: 0212 924 24 44/2704 Faks: 0212 343 08 78
etikkurul@halic.edu.tr Internet:www.halic.edu.tr



TC
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK
KURULU
KARARLAR

Yayın Tarihi :10.12.2015
Revizyon Tarihi :25.01.2016
Revizyon No : 01
Sayfa No : 1 / 1

Tarih:30 Ekim 2018
Toplantı Sayısı:08

Karar No :10

Sena Varinlioğlu'nun Prof. Dr. Nur Tunalı'nın danışmanlığında planladığı "İnme Sonrası Omuz Ağrısı Olan ve Olmayan Hastalarda Uyku Kalitesinin; Günlük Yaşam Aktivitesi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" konulu çalışması incelendi, yapılan inceleme sonucunda araştırmanın etik yönden uygun olduğuna karar verildi.

ÜYELER

Adı-Soyadı	Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilişkisi	Toplantıya Katılma	İmza
Prof. Dr. Abdurrahman EREN (Başkan)	Hukuk	Haliç Üniversitesi Rektör Vekili	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Güneş YAVUZER	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Kut SARPYENER	Antrenörlük	Haliç Üniversitesi Beden Eğt. ve Spor Yük. Okulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Filiz AÇKURT	Beslenme ve Diyetetik	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Feridun VURAL	Tip Fakültesi	Haliç Üniversitesi Tip Fakültesi	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Burcu IRMAK YAZICIOĞLU	Moleküler Biyol. Genetik	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Moleküler Biyoloji ve Genetik Bölümü	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Leman KUTLU (Yürütücü Sekreter)	Ebelik	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlhan ODABAŞ	Spor Yöneticiliği	Haliç Üniversitesi Beden Eğt. ve Spor Yük. Okulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Atilla TEKİN	Psikoloji	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	

ETKU:10

10. ÖZGEÇMİŞ

1995 yılında İstanbul’da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini İstanbul’da tamamladı. 2013 yılında T.C. Haliç Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu’nu kazandı ve 2017 yılında mezun oldu. 2016 güz döneminde T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon tezli yüksek lisansına özel öğrenci olarak başladı. 2017 güz döneminde asil olduğu yüksek lisans eğitimine halen devam etmektedir.

