



**İNME GEÇİREN HASTALARDA
FONKSİYONEL BAĞIMLILIK DURUMUNUN
DEPRESYON VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

**Yasemin TURAN
1168207152**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Dr. Öğretim Üyesi Nurhan ÖZPANCAR**

**Tez No: 2020/83
2020-TEKİRDAĞ**

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İNME GEÇİREN HASTALARDA
FONKSİYONEL BAĞIMLILIK DURUMUNUN
DEPRESYON VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Yasemin TURAN
1168207152

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Nurhan ÖZPANCAR

Tez No: 2020/83
2020-TEKİRDAĞ

KABUL ve ONAY

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Dr. Öğretim Üyesi Nurhan ÖZPANCAR danışmanlığında yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi

13.12.2020

Dr. Öğr. Üyesi Zeynep TOSUN
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi
Jüri Başkanı

Dr. Öğr. Üyesi Nurhan ÖZPANCAR
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Seda KURT
Trakya Üniversitesi (Edirne)
Üye

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Yasemin TURAN'ın "İnme Geçiren Hastalarda, Fonksiyonel Bağımlılık Durumunun Depresyon ve Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı tezi 13.12.2020 günü saat 13.00'da Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Nilda TURGUT
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca, her daim büyük bir özveri ve titizlikle bana rehberlik ederek, çalışmalarımın her aşamasında ilgi, destek, anlayış ve güler yüzünü benden hiç esirgemeyen değerli tez danışmanım, sayın hocam Dr. Öğr. Üyesi Nurhan ÖZPANCAR'a

Yüksek lisans eğitimim süresince, eğitim hayatıma olan katkılarından ve desteğinden dolayı sayın hocam Dr. Öğr. Üyesi Zeynep TOSUN'a,

Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Servisinde beraber çalışma fırsatı bulduğum, desteklerini hep hissettiğim, değerli hocalarım Sayın Doç. Dr. Aliye YILDIRIM GÜZELANT ve Sayın Doç. Dr. Ayşe Banu SARIFAKIOĞLU'na ve tüm ekip arkadaşlarıma;

Bugün burada olmamın sebebi bana her daim güvenen ve destekleyen canım aileme;

Bana olan desteğini her zaman hissettiğim, anlayışı ve inancıyla her an yanımda olan sevgili eşim SERHAT TURAN'a ve bu uzun, zorlu süreçte sevgisi ve anlayışıyla yanımda olan biricik oğluma;

Adını saymadığım yanımda olup destek veren tüm arkadaşlarıma tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla,

Yasemin TURAN

ÖZET

Turan, Y. İnme Geçiren Hastalarda Fonksiyonel Bağımlılık Durumunun Depresyon ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ, 2020. Bu çalışma, inme geçiren hastaların fonksiyonel bağımlılık durumlarının, depresyon ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı nitelikte planlandı. Nisan 2018-Mayıs 2019 tarihleri arasında Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Servisi, Ayaktan Tedavi Ünitesi ve Polikliniği'nde yapıldı. Araştırmanın örneklemini, 18 yaş ve üzerinde inme tanısı almış çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 125 hasta oluşturdu. Veriler; araştırmacı tarafından, 'Hasta Veri Toplama Formu', 'Beck Depresyon Envanteri', 'Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği', 'Barthel İndeksi' ve 'İNme Etki Ölçeği 3.0', formları kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile elde edildi. Verilerin değerlendirilmesinde, ortalama, standart sapma, frekans, yüzde, Pearson korelasyon testi, bağımsız gruplar t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında ve $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi. Hastaların yaş ortalamaları $57,14\pm 14,05$ olup, %61,6'sı erkek, %56'sı ilköğretim mezunudur. Hastaların, %51,2'si 2-5 yıldır inme hastası olup, çoğunluğunun (%74,4) inme tipi iskemik inmedir. Hastaların; Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği toplam ortalama puanı $77,04\pm 19,44$ olup, %80,8'inin yarı bağımlı olduğu, Barthel İndeks toplam ortalama puanı $46,36\pm 23,4$ olup, %59,2'sinin ileri derecede bağımlı olduğu belirlenmiştir. Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanı $21,2\pm 10$ olup, %55,2'sinde depresif belirti bulunduğu ve İnme Etki Ölçeği 3,0 toplam ortalama puanı $169,21\pm 27,28$ olduğu ve yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır. Çalışma sonucunda; hastaların fonksiyonel bağımsızlık düzeyleri arttıkça yaşam kalitelerinde arttığı saptanmıştır ($p<0,001$). Fonksiyonel bağımlılık durumunun artmasının ise depresif belirti düzeylerinin artmasına yol açtığı belirlenmiştir ($p<0,001$). Hastaların depresif belirti durumları ile yaşam kaliteleri arasında ise negatif yönlü istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). İnmeli hastaların fonksiyonel bağımlılık durumlarının yaşam kalitesini ve depresif belirtileri etkilediği belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: İnme, Depresyon, Fonksiyonel Bağımlılık, Yaşam Kalitesi.

ABSTRACT

Turan, Y., The Effect of Functional Dependence of Stroke Patients on Depression and Quality of Life, Tekirdağ Namık Kemal University Institute of Health Sciences Department of Internal Medicine Nursing, Master's Thesis, Tekirdağ, 2020. This study was planned having descriptive quality to evaluate the effect of the functional dependence situation of the patients who had a stroke on depression and quality of life. It was implemented at Tekirdağ Namık Kemal University, Health Practice and Search Centre, Physiotherapy and Rehabilitation Service, Outpatient Clinic between April 2018 and May 2019. The sample of the study consisted of 125 patients aged 18 years and over with a diagnosis of stroke and voluntarily accepted to participate in the study. The data was obtained by the researcher through face to face interview method by using 'Patient Data Collection Form', 'Beck Depression Inventory', 'Functional Independence Scale', 'Barthel Index' and 'Stroke Effect Scale 3.0' forms. On the evaluation of the data, average standard deviation, frequency, percentage, Pearson correlation test, independent groups t test, track one-way analysis of variance (ANOVA) were used. Results were evaluated in 95% confidence interval and $p < 0,05$ significance level. Age average of the patients is 57.14 ± 14.05 and 61.6% of the mismale and 56% is primary school graduate. 51.2% of the patients has been suffering from the stroke for 2-5 years, most of them (74.4%) have ischemic stroke. Total average point of "Functional Independence Scale" of the patients is 77.04 ± 19.44 , 80.8% is semi dependent, Barthel Index total average point is 46.36 ± 23.4 , 59.2% is dependent on highest degree. Total average point of Beck Depression Inventory is 21.2 ± 10 , 55.2% of them have depressive symptoms, total average point of Stroke Effect Scale 3.0 is 169.21 ± 27.28 and it was detected that their quality of life was affected negatively. As a result of the research; it was determined that as the functional independence level of the patients increases, their quality of life increases as well ($p < 0,001$). It was indicated that the increase in the state of functional dependence causes the increase on the levels of depressive symptoms ($p < 0,001$). It has been determined that there is statistically a negative correlation on the highest degree between the state of depressive symptoms of the patients and quality of their life ($p < 0.001$). It has been

designated that the state of functional dependence of stroke patients affects quality of life and depressive symptoms.

Key words: Stroke, Depression, Functional Dependence, Quality of Life.



İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
TABLolar DİZİNİ	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. İnme Tanımı	4
2.2. İnme Epidemiyolojisi	4
2.3. İnme Etiyolojisi	7
2.3.1. İskemik İnme	7
2.3.2. Hemorajik İnme	8
2.4. İnmede Risk Faktörleri	9
2.4.1. İnmede Değişirilemeyen Risk Faktörleri	10
2.4.2. İnmede Değişirilebilir Risk Faktörleri	11
2.5. İnme Sonrası Fonksiyonel Bağımlılık Durumu	13
2.5.1. Fonksiyonel Bağımlılık	13
2.5.2. Fonksiyonel Durumuna Etki Eden Faktörler	13
2.5.3. Fonksiyonel Bağımlılık Durumundaki Değişikliklerin Bireylere Olan Etkisi	14
2.5.4. Engellilik ve Özürlülük	14
2.6. İnme Sonrası Depresyon	15
2.7. İnme Sonrası Yaşam Kalitesi Durumu	17

2.8. İnme Sonrası Maliyet Yüğü	18
2.9. İnme Sonrası Hemşirelik Bakımı	19
3.GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	21
3.2. Araştırma Soruları	21
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	21
3.4. Örneklem Ölçütleri	21
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	22
3.6. Etik Uygulamalar	22
3.7. Araştırmanın Yöntemi	22
3.8. Veri Toplama Araçları	23
3.8.1.Hasta Veri Toplama Formu	23
3.8.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE)	24
3.8.3. Barthel İndeksi (BI)	25
3.8.4. Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ)	26
3.8.5. İnme Etki Ölçeği 3.0 (İEÖ 3.0)	27
3.8.6. İstatistiksel Analiz	29
4. BULGULAR	30
4.1. İnme Geçiren Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri	30
4.2. İnme Geçiren Hastaların Hastalıkla İlgili Özellikleri	32
4.3. İnme Geçiren Hastaların Beck Depresyon Envanteri, Barthel İndeksi ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği Düzeylerinin Puan Dağılımı	34
4.4. İnme Geçiren Hastalarda Kullanılan Ölçeklerin ve Ölçek Alt Boyutları Puanlarının Betimleyici İstatistikleri ve Ölçek Güvenirlikleri	35
4.5. İnme Geçiren Hastaların Ölçek Puanlarının Hastaların Yaşlarına Göre Karşılaştırılması	37

4.6. İnme Geçiren Hastaların Ölçek Puanlarının Hastaların Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması	38
4.7. İnme Geçiren Hastaların Ölçek Puanlarının Hastaların Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırılması	40
4.8. İnme Geçiren Hastaların Ölçek Puanlarının Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması	41
4.9. İnme Geçiren Hastaların Ölçek Puanlarının Hastaların Yaşadıkları Yere Göre Karşılaştırılması	43
4.10. İnme Geçiren Hastaların Ölçek Puanlarının Hastaların Gelir Durumlarına Göre Karşılaştırılması	45
4.11. İnme Geçiren Hastaların Ölçek Puanlarının Hastaların Beraber Yaşadığı Kişilere Göre Karşılaştırılması	47
4.12. İnme Geçiren Hastaların Ölçek Puanlarının Hastaların İnme Türüne Göre Karşılaştırılması	49
4.13. İnme Geçiren Hastaların Ölçek Puanlarının Hastalarda Ek Kronik Hastalık Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması	50
4.14. İnme Geçiren Hastaların Ölçek Puanlarının Hastaların Konuşma Durumlarına Göre Karşılaştırılması	51
4.15. İnme Geçiren Hastaların İEÖ 3.0 Toplam ve Alt Boyut Puanlarının; BDE, FBÖ ve BI Puanları ile İlişkisi	52
4.16. Beck Depresyon Envanteri, Fonskiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Barthel İndeksi Puanlarının Birbirleriyle Olan İlişkisi	54
5. TARTIŞMA	56
5.1. İnme Geçiren Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tartışılması	56
5.2. İnme Geçiren Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerinin Tartışılması	58

5.3. İnme Geçiren Hastaların Beck Depresyon Envanteri, Barthel İndeksi, Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve İnme Etki Ölçeği Puan Dağılımlarının Tartışılması	60
5.4. İnme Geçiren Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri İle Ölçek Puanlarının Tartışılması	62
5.5. İnme Geçiren Hastaların Hastalığa İlişkin Özellikleri İle Ölçek Puanlarının Tartışılması	65
5.6. İnme Geçiren Hastaların İEÖ 3.0 Toplam ve Alt Boyutları ile BDE, FBÖ Alt Boyutları ve BI Puanları ile İlişkinin Tartışılması	67
5.7. Beck Depresyon Envanteri, Fonskiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Barthel İndeksi Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması	69
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	71
KAYNAKLAR	75
EKLER	87

KISALTMALAR DİZİNİ

AHA	Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association)
ASA	Amerikan İnme Derneği (American Stroke Association)
BDE	Beck Depresyon Envanteri
Bİ	Barthel İndeks
BKİ	Beden Kitle İndeksi
DM	Diabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FBÖ-FIM	Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (Functional Independence Measurement)
GYA	Günlük Yaşam Aktiviteleri
HDDÖ	Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
HT	Hipertansiyon
İEÖ 3,0	İnme Etki Ölçeği 3,0 (Stroke İmpact Scala Version 3.0)
İSK	İntraserebral Kanama
SAK	Subaraknoid Kanama
SKA	Serebral Kan Akımı
SS	Standart Sapma
SPSS	Statistical Package for the Social Science
SVH	Serebrovasküler Hastalık
TDK	Türk Dil Kurumu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1 Dolaşım sistemi hastalıklarından ölümlerin alt gruplara göre dağılımı, 2017-2018.	6
Tablo 4.1 İnme geçiren hastaların sosyo-demografik özellikleri	31
Tablo 4.2 İnme geçiren hastaların hastalıkla ilgili özellikleri	33
Tablo 4.3 İnme geçiren hastaların Beck Depresyon Envanteri, Barthel İndeksi ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği düzeylerinin puan dağılımı	35
Tablo 4.4 İnme geçiren hastalarda kullanılan ölçeklerin ve ölçek alt boyut puanlarının betimleyici istatistikleri ve ölçek güvenilirlikleri	36
Tablo 4.5 İnme geçiren hastaların ölçek puanlarının hastaların yaşlarına göre karşılaştırılması	37
Tablo 4.6 İnme geçiren hastaların ölçek puanlarının hastaların cinsiyetlerine göre karşılaştırılması	39
Tablo 4.7 İnme geçiren hastaların ölçek puanlarının hastaların medeni durumlarına göre karşılaştırılması	40
Tablo 4.8 İnme geçiren hastaların ölçek puanlarının hastaların eğitim durumlarına göre karşılaştırılması	42
Tablo 4.9 İnme geçiren hastaların ölçek puanlarının hastaların yaşadıkları yere göre karşılaştırılması	44
Tablo 4.10 İnme geçiren hastaların ölçek puanlarının hastaların gelir durumlarına göre karşılaştırılması	45
Tablo 4.11 İnme geçiren hastaların ölçek puanlarının hastaların beraber	

yaşadığı kişilere göre karşılaştırılması	47
Tablo 4.12 İnme geçiren hastaların ölçek puanlarının hastaların inme türüne göre karşılaştırılması	49
Tablo 4.13 İnme geçiren hastaların ölçek puanlarının hastalarda ek kronik hastalık olma durumuna göre karşılaştırılması	50
Tablo 4.14 İnme geçiren hastaların ölçek puanlarının hastaların konuşma Durumlarına göre karşılaştırılması	52
Tablo 4.15 İnme geçiren hastaların İEÖ 3.0 toplam ve alt boyut puanlarının; BDE, FBÖ ve BI puanları ile ilişkisi	54
Tablo 4.16 Beck Depresyon Envanteri, Fonskiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Barthel İndeksi puanlarının birbirleriyle olan ilişkisi	55

1.GİRİŞ

Günümüzde tıbbın ve teknolojinin gelişmesine bağlı olarak, bireylerin yaşam sürelerinin uzamasıyla birlikte, kronik hastalıklar tüm dünyada ve ülkemizde giderek daha önemli bir yer tutmaya başlamıştır. Mortalite ve morbidite etkeni olmaları nedeniyle kronik hastalıklarla ilişkili risk faktörlerine karşı, yeni ulusal politikalar ve stratejiler geliştirilmeye başlanmıştır (Sağlık Bakanlığı Türkiye Kalp Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı 2010). Kronik hastalıklar içerisinde yer alan inme, ölüme neden olan hastalıklar arasında ilk sıralardadır (Akçalı ve diğ. 2010, Doğan ve diğ. 2009, Erden 2009). İnme dünyada ölüme neden olan hastalıklar sıralamasında kalp hastalıkları ve kanser hastalığı sonrasında üçüncü sıradadır (Creutzfeldt ve diğ. 2012).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerinde; 2005 yılında kalp ve damar hastalıklarından kaynaklı olarak 17,5 milyon kişinin öldüğü belirlenmiş ve bu hastalıkların küresel ölüm nedenlerinin %30'unu oluşturduğu düşünülmüştür. Kalp ve damar hastalıklarından kaynaklanan ölümlerin 7,6 milyonunu kalp krizleri, 5,7 milyonunu ise inme hastalığı oluşturmaktadır. Kalp ve damar hastalıklarından kaynaklı bu ölümlerden %80'i düşük ve orta gelire sahip ülkelerde görülürken, %20'side gelişmiş ülkelerde görülmektedir (Sağlık Bakanlığı Türkiye Kalp Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı 2010). 2016 yılında ise kalp damar hastalıkları ile inmeden kaynaklanıp ölüme sonuçlanan toplam 15,2 milyon olgu vardır. Bu hastalıklar, son 15 yılda küresel olarak önde gelen ölüm nedenleri olmaya devam etmektedir (Global Health Estimates 2016). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 verilerinde ülkemizdeki ölümlerin %24,3'ünün serebrovasküler hastalıklar (SVH)'dan kaynaklandığı; TÜİK'in 2016 yılındaki verilerine göre de dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklanan ölümlerden, %23,6'sının SVH'dan kaynaklı olduğu belirtilmektedir (TÜİK 2015-2016).

İnme, engelliliğin en önemli nedenlerinden biridir. İnme geçiren hastaların yaklaşık olarak yarısından çoğunda engellilik durumu ve sakatlıklar bulunmakta bu mevcut durumda bireylerde fonksiyon kayıplarına ve fonksiyonel durumda bağımlılığa neden olmaktadır. İnme, siyah ırklarda, beyaz ırklara göre 2 kat daha fazla görülmektedir (State of the Nation Stroke statistics 2016).

Özürlülüğe yol açan hastalıklar arasında inme ilk sırada bulunmaktadır. İnmeyle birlikte oluşan konuşma, denge, yutma ve kognitif fonksiyonlarla ilgili bozuklukların her biri özürlülük durumuna neden olmaktadır. Eklenen fiziksel ve ruhsal sorunlar, uzun süreli bakım alma gereksinimi, iş ve sosyal hayatta olumsuz yönde oluşan değişiklikler, hastanın yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (Kısabay ve diğ. 2014).

İnme geçiren birey, inme sonrası farklı bir yaşama uyum sağlama zorluğu ile karşı karşıya kalmaktadır. Hafıza kayıpları, anlama güçlüğü, anlatım bozuklukları, anksiyete, depresyon, bilişsel bozukluklar en çok karşılaşılan zorluklar arasında yer almaktadır (Boakye ve diğ. 2019).

İnme geçiren bireylerde, hareketsizlik artmakta, motor fonksiyon bozukluklarına bağlı olarak besin alımları için daha fazla enerji tüketmelerine rağmen, fonksiyonel becerilerini tam olarak yerine getiremedikleri için besin alımları azalmaktadır. İnme geçirmiş hastaların karşılaştığı sorunlar malnütrisyonuna neden olabilir ve yaşam kalitelerini olumsuz şekilde etkiler. Yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilenmesiyle bireylerin motor, duyuşsal ve emosyonel durumlarında oluşan bozulmalar; iş hayatı, özel hayat ve sosyal yaşamlarındaki aktivitelere katılma becerilerinin azalmasına ve kişilerin yaşam kalitelerinin olumsuz biçimde etkilenmesine yol açmaktadır (Cin 2016, Kristensen ve diğ. 2012). Ilut ve diğ. inme sonrası depresyon şiddetini değerlendirdikleri çalışmada hastaların %40'ında şiddetli depresif belirti olduğu bulunmuş ve depresyonun yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediğini belirtmişlerdir (Ilut ve diğ. 2017).

İnme geçiren bireylerin bağımlılık derecelerinden dolayı yaşam doyumlarını; boş zaman aktivitelerine, günlük yaşam aktivitelerine katılımlarında ve üretkenliklerinde oluşmuş olan kısıtlılıklar etkilemektedir. Bununla birlikte hayatlarındaki yaşam memnuniyeti ve günlük aktivitelere katılımdaki kısıtlılıklar arttıkça bireylerde depresyon problemi de ortaya çıkmaktadır (Karakul Meral 2010). Ezama ve diğ. çalışmalarında inme sonrası depresyonun bağımsızlıkla ilişkisini incelemişler ve inme sonrası gelişen fonksiyonel bağımlılığın depresyon için olumsuz etkisinin olduğunu belirlemişlerdir. Aynı çalışmada, inme sonrası depresyon yaşayan hastaların günlük yaşamda daha bağımlı oldukları ifade edilmektedir (Ezema ve diğ. 2018).

İnme geçiren hastaların yaklaşık 1/3'ünde ilk 2 yılda depresyon belirtilerinin gözlendiği, bu belirtilerin fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak hastalarda inme sonrası oluşan kayıpların düzelmesini geciktirdiği ve mortalite ve morbidite üzerinde de etkisi olduğu bilinmektedir (Havle ve diğ. 2010). Hastaların fonksiyonel bağımlılık durumları arttıkça depresyon belirtilerinin görölme sıklığının da arttığı ve bununla birlikte depresyon belirtilerinin iyileşmeyi etkilediği anlaşılmaktadır (Atlığ ve diğ. 2012).

Bu alışma, inme geçiren hastaların fonksiyonel bağımlılık durumlarının depresyon ve yaşam kalitelerine etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. İnme Tanımı

Serebrovasküler hastalık, kronik hastalıklar arasında yer alan, beynin beslenmesini sağlayan kan damarlarında gelişen, trombüs, emboli ve kanamaya bağlı, beyinin kanlanması meydana gelen değişikliklerle, nörolojik bozukluklara sebebiyet veren bir hastalıktır (Fesci ve diğ. 2006).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre; inme, "Beyindeki kan damarlarının hasar görmesi veya tıkanmasıyla aniden ortaya çıkan beyin kan dolaşımının, oksijenlenmesinin ve beslenmesinin etkilenmesiyle oluşan doku hasarı" olarak tanımlanmaktadır (WHO 2014).

Ülkemizde genç nüfus daha fazla olmasına rağmen, giderek artan yaşlı nüfusa bakıldığında ilerde inmenin daha da önemli bir sağlık sorunu oluşturması beklenmektedir. Günümüzde inmeyle ilgili önemli ilerlemeler kaydedilmesinin yanında, inme tedavisi hala yetersizdir (Urvaylıoğlu 2011). Türkiyede, 15 yaş ve üzeri bireylerin %0,9'u 2012 yılı boyunca hekim tarafından inme tanısı almıştır (TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012).

2.2. İnme Epidemiyolojisi

İnme sıklığı ile ilgili verilerde değişiklik görülmesine rağmen, her yıl ortalama 200-280/100000 kişide inme geçirme riskinin olduğu, yapılmış pek çok çalışma ile ortaya konmuştur (Özbabalık 2004).

2017 yılında yapılmış olan Ulusal Hastalık Yükü Çalışmasının verilerine göre ülkemizde her yıl yaklaşık 132.000 yeni inme vakasıyla karşılaşmakta olduğu ve 191.000 kişinin inme komplikasyonlarıyla yaşamak zorunda kaldığı bildirilmektedir (Arsava 2017). Tüm dünyaya bakıldığında inme tanısı alan hasta sayısının 25,7 milyon olduğu ve bunlardan 6,5 milyonunun ölümle sonuçlandığı görülmektedir (Feigin ve diğ. 2015).

Serebrovasküler hastalıkların ülkemiz genelinde erkekler için %15,5, kadınlar için ise %15,7 oranında ölüme neden olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde kentsel ve kırsal alanda SVH görülme oranlarına baktığımızda, SVH'nin kentsel alanda 15-59 yaş grubundaki erkeklerde %10,7, kadınlardada %7,3 oranında ölüm nedeni olduğu, bu oranların, 60 yaş ve üzerindeki erkekler için %20,8, kadınlar içinde %20,2'ye yükseldiği görülmektedir. Kırsal alanda ise SVH; erkeklerde %14,5, kadınlarda %16,2 oranında ölüm nedenidir (Cin, 2016). Ülkemizde SVH; 15-59 yaş aralığındaki bireylerde %10,2; 60 yaş ve üzerindeki bireylerde ise %20,7 oran ile ikinci ölüm nedenidir (Sağlık Bakanlığı Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarının Önleme ve Kontrol Programı 2010).

Türkiye İstatistik Kurumu 2018 ölüm nedeni istatistiklerinde görüldüğü gibi; dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklı ölüm nedenleri arasında SVH ülkemizde, iskemik kalp hastalığı ve diğer kalp hastalıklarından sonra üçüncü sırada yer almaktadır (Tablo 2.1).

İnme insidansı (bir yılda toplum içerisinde ortaya çıkan inme tanısı almış yeni olgu sayısı) ortalama yaşam süresi arttıkça artış göstermektedir. Afrika'da bazı bölgelerde yaşanan ölümlerin %40'ından fazlasının enfeksiyöz ve paraziter hastalıklardan kaynaklı olması sebebiyle, bu bölgeler epidemiyolojik geçişin birinci evresinde bulunmaktadır. Bu bölgelerdeki, en sık ölüm nedeni inmedir ve kalp damar hastalıkları da bölgedeki, ölümlerin yaklaşık %10'undan sorumludur (Sağlık Bakanlığı Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarının Önleme ve Kontrol Programı 2010).

Yetişkinlerde serebrovasküler hastalık görülme durumuna baktığımızda tüm Türkiye'de SVH sıklığının erkekler için %1,8; kadınlar için ise %2,2 olduğu bulunmuştur. Tüm yaş gruplarına baktığımızda; kadınlarda SVH sıklığının erkeklere oranla daha fazla olduğu görülmüştür (T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2013). İnme tüm dünyada ciddi bir sağlık sorunudur. Son verilerde her 100.000 kişilik nüfusta 258 kişilik bir insidans ve 502 kişilik prevalans olduğu, bu rakamların ülkemiz için ise sırasıyla 100.000 kişilik nüfusta 177 kişi insidans ve 254 kişi prevalans şeklinde olduğu bildirilmektedir. Her yıl ülkemizde 132.000'e yakın yeni tanı almış inme vakası görülmekte, şuanda ülkemizde inme ve oluşturduğu problemler ile yaşamaya devam eden ise yaklaşık 191.000 kişi bulunmaktadır (Arsava 2017). Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association-AHA)

raporlarına göre, Amerikalılarda inme; ölüme sebep olarak tüm hastalıklar içerisinde beşinci sırada görülmektedir. ABD'li çocuklarda inme görülme sıklığı yıl içerisinde toplamda 100.000 çocukta (0-15 yaş arası) 6.4'tür ve bunların yaklaşık %50'si hemorajik inmedir (ASA 2013).

Tablo 2.1: Dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklı ölümlerin alt gruplara göre dağılımı, 2017-2018.

	2017(r)		2018	
	n	(%)	n	(%)
Dolaşım sistemi hastalıkları	167 267	100,0	161 920	100,0
İskemik kalp hastalığı	66 885	40,0	64 301	39,7
Serebro-vasküler hastalık	38 099	22,8	36 280	22,4
Diğer kalp hastalığı	38 931	23,3	39 513	24,4
Hipertansif hastalıklar	14 792	8,8	13 510	8,3
Diğer	8 560	5,1	8 316	5,1

Tablodaki rakamlar, yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.(r) İdari kayıtların güncellenmesi nedeniyle, 2017 yılına ait veri revize edilmiştir.

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm nedeni İstatistikleri 2018.

İnme prevalansının (belirli bir sürede bir popülasyondaki bireylerin toplam sayısı) yetişkinlerde %2,8 olduğu ve cinsiyete göre bakıldığında ise, erkeklerde %2,6 kadınlarda da bu oranın %3,0 olduğu belirlenmiştir. Raporda, her geçen yıl inme görülme oranının artacağı da belirtilmektedir. Her yıl 610 bini ilk kez inme geçirmiş bireyler olmak üzere yaklaşık 795 bin kişi inme geçirmektedir. Yani inme geçirenlerin yaklaşık $\frac{3}{4}$ 'ünü yeni tanı almış inme hastaları oluşturmaktadır (ASA 2013).

2.3. İnme Etiyolojisi

AHA'ya göre; inme ikiye ayrılır. Bunlardan %87'si iskemik inme iken, %13'ü hemorajik inmedir. Subaraknoid kanamalar ise hemorajik inmelerin %3'üdür (GO ve diğ. 2014).

2.3.1. İskemik İnme

Trombotik, embolik ve lakünler inmeyi birleştiren, serebral kan akımının (SKA) bozulmasından kaynaklanan serebral inme çeşididir. İskemik inme de hipertansiyon, hiperkolesterolemi, diabetes mellitus, iskemik kalp hastalığı, atrial fibrilasyon ve sigara kullanımı başlıca risk faktörlerini oluşturmaktadır (Kaymak Karataş 2011, Harvey ve diğ. 2010).

Beyin oksijenlenmiş kan desteğine en çok ihtiyaç duyan organdır. Canlılarda, kan akımının 5 dakikadan uzun süre durması; organlara yeteri kadar kan gitmesini engellediği için organlarda dönüşümü olmayan hasarlara yol açar. Beyine kan gitmediği durumlarda, iskemik nekroz veya infarkt gelişir. İskeminin şiddeti ve oluştuğu süre vücuttaki genel durum bozukluklarının ve fonksiyonel kayıpların oluşmasının en önemli etkenleridir (Kaya ve Özdemir 2011).

Serebral tromboz: Çoğunlukla büyük damarlar olmak üzere, büyük veya küçük damarlardan birinin tıkanmasıyla, kollateral dallanmanın olmadığı durumlarda enfarktler oluşur. Tıkanma hızına bağlı olarak enfarkt alanı genişliği değişebilir. Trombotik tıkanma, en sık gece uykuda ve inaktivite durumlarında görülür (Kaymak Karataş 2011, Harvey ve diğ. 2010).

Serebral emboli: Tüm inmelerin yaklaşık %20'sini oluşturmaktadır. Çoğunlukla emboli; kalp, kapakçıklar ve büyük eksternal arterlerdeki trombüsten oluşabilir. Embolinin parçalanarak damarları tıkanmasıyla gözlenir. Antikoagülan tedaviyle tekrarlanma riski azaltılabilir (Kaymak Karataş 2011, Harvey ve diğ. 2010).

Laküner inme: Laküner enfarkt lezyonlarının boyutu 1,5 cm çapında veya daha küçüktür. Bu enfarktlar genellikle çoğul biçimde gözlendiğinden karışık yapıda bir klinik bulgu gözlenir (Kaymak Karataş 2011, Harvey ve diğ. 2010).

2.3.2. Hemorajik İnme

İnmede en önemli risk faktörü hipertansiyon'dur. Mortalitesi iskemik inmeye göre daha yüksektir (Kaymak Karataş 2011). İntraserebral ve subaraknoid kanama olarak iki biçimde gelişen inme çeşididir.

İntraserebral kanama (İSK): Yaygın olarak tutulum bazal ganglion, talamus, pons, serebellum ve oksipital lobda olur. Anevrizma rüptürü, arteriovenöz malformasyonlar, travma, serebral enfarkt, beyin tümörü, kanama bozuklukları, antikoagülan tedavi İSK nedenlerindedir. Bu kanama türünde hızlı tanı önemlidir, çünkü başlangıcından itibaren, 1-2 saat içerisinde erken kötüleşme yaygındır. Önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Mortalite oranı iskemik inmeden daha yüksektir. Etyolojisi belli olmayan İSK 'larda tümör veya diğer kitlesel hasarlardan dolayı kanama gelişmediğine emin olunması için gerekli görüntüleme işlemlerinden yararlanılmalıdır. Ciddi pıhtılaşma faktörü eksikliği ve trombositopeni durumlarında hastalar uygun faktör replasman tedavisi veya trombosit tedavisi almalıdır. Alkol kullanımı ve sigara kullanımı İSK riskini arttırdığından bunların kullanımı kesilmelidir (Hemphill ve diğ. 2015, Kaymak Karataş 2011).

Subaraknoid kanama (SAK): Orta ve ileri yaşlarda kanamanın subaraknoid mesafeye dağıldığı patolojik bir durumdur. Sıklıkla anevrizma rüptürü sonucunda oluşur. Tedavide primer hedef anevrizma odağının güvenli bir şekilde yok edilmesidir. Cerrahi müdahaleye gerek duyulabilir. Başlangıçtaki komplikasyonlara karşı dikkatli olunmalıdır. SAK sonrasındaki ilk 24 saat içerisinde yeniden kanama görülebilir. SAK tedavisine acil serviste hızlıca başlanmalıdır (Evcili ve Utku 2016).

2.4. İnmede Risk Faktörleri

İNme oluşumuna neden olan başlıca risk faktörleri; yaş, cinsiyet, ırk, aile öyküsü, hipertansiyon (HT), diabetes mellitus (DM), hiperlipidemi, tütün kullanımı, atriyal fibrilasyon, fiziksel hareketsizlik, obeziteye yol açabilen sağlıksız beslenme, kalp yetmezliği ve kalp krizleridir (Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı 2010).

İNmede en sık görülen risk faktörlerinden, hipertansiyon %70,1, diyabet %32 ve hiperlipidemi %21,1 oranında risk taşımaktadır. Bunlar dışında alkol kullanımı ve oral kontraseptif kullanımı da oldukça fazla eşlik eden risk faktörleri arasındadır (Koçer ve diğ. 2002). Hipertansiyon tanısına sahip hastalardan %83'ü, ilk on yıllık sürede %5'ten daha fazla inme riski taşımaktadır. On yıllık inme olasılığı gruplarında, cinsiyete göre dağılıma bakıldığında, kadınların %50'sinin inme geçirme olasılığı %10'dan daha fazla, erkeklerin inme geçirme olasılığı ise %76 olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı 2010).

Urvaylıoğlu' nun yapmış olduğu çalışmaya göre; çalışmaya katılan bireylerin inmeye neden olan risk faktörlerinin neler olduğunu bilme durumlarına bakıldığında, değiştirilebilen risk faktörlerinden en çok bilineninin %87.9 oranıyla hipertansiyon, değiştirilemeyen risk faktörlerinde ise en çok bilinen risk faktörü %27.9 oranla aile öyküsü olarak görülmektedir (Urvaylıoğlu 2011).

Günümüzde inme tedavisinden önce hastaların yaşam biçimlerinin değiştirilmesi, sigara bırakma, egzersiz ve kolesterol tedavileri, hipertansiyonun kontrol altında tutulması ve koruyucu olarak verilen tedavi önem kazanmıştır. İnmede görülen risk faktörlerinden, hipertansiyon başta olmak üzere risk faktörlerinin bir çoğunun kontrol altına alınabileceği görülmektedir. Risk faktörleri açısından halkın bilinçlendirilmesi ve risk faktörlerinin önemini belirtmek için periyodik olarak gerekli eğitimlerin verilmesi çok önemlidir. Bu eğitimler birey açısından risk oluşturabilecek faktörlerin etkenlerinin bilinmesi, inme insidansı'nın azaltılması ve tedavi yaklaşımları oluşturulup, koruyucu önlemlerin bunlara yönelik seçilmesi açısından yol gösterici olacaktır (Urvaylıoğlu 2011).

İnmede değiştirilemeyen risk faktörleri

- Yaş
- Cinsiyet
- Irk
- Aile öyküsü

İnmede değiştirilebilen risk faktörleri

- Diabetes mellitus
- Hiperlipidemi
- Hipertansiyon
- Diyet ve beslenme
- Sigara
- Kalp hastalıkları
- Orak hücreli anemi
- Beslenme alışkanlıkları
- Obezite
- Depresyon
- Hiperkoagülibite
- Hormon tedavisi
- İlaç tedavisi ve madde bağımlılığı
- Alkol kullanımı
- Fiziksel inaktivite (Cin 2016, Bellikci Koyu ve diğ. 2016, O'Donnell ve diğ. 2016, Midi ve Afşar 2010).

2.4.1. İnmede Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Yaş: Bireylerde, 55 yaşın üzerine çıkıldıkça inme riskinin daha çok arttığı gözlemlenmektedir. Gelişen ölkelerde yaşlı sayısının artışı riski arttırmaktadır. İnmenin her on yılda iki katına çıkması beklenilmektedir (Brown ve diğ. 1996).

Cinsiyet: İnme erkeklerde bayanlara göre daha fazla görölmektedir fakat bayarlarda inme insidansı erkeklere göre daha fazladır. Cinsiyete göre bakıldığında

inme oranının erkeklerde %2,6 kadınlarda ise %3 olduğu belirlenmiştir. Gebelik ve oral kontraseptif kullanımı genç kadınlarda inme riskini arttırmaktadır (Goldestein ve diğ. 2006).

İrk: İnme, siyah ırklarda, beyaz ırklara göre 2 kat fazla görülmektedir (State of the Nation Stroke statistics 2016).

Aile: Aile öyküsünün risk faktörü oluşturmasında çeşitli etmenlerin rolü vardır. Bunlar; yaşam tarzlarındaki benzerlikler, beslenme alışkanlıkları ve bazı herediter özellikler olabilir. İkizlerde yapılan çalışmalarda; inme riski ile ailesel kalıtım arasında güçlü ilişkiler olduğu saptanmaktadır. Tek yumurta ikizlerinde inme riski çift yumurta ikizlerine göre daha yüksektir (Utku ve Çelik 2009).

2.4.2. İnmede Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Hipertansiyon: Kan basıncının artması inme riskini artırır ve en önemli risk faktörüdür. Kan basıncının normal seviyelerde tutulması inme hastalığı için çok önemlidir. İleri yaştaki erkeklerde oluşan hipertansiyon inme için daha yüksek risk oluşturur (Powers ve diğ. 2018, Price ve diğ. 2018, O'Donnell ve diğ. 2016).

Diyabet: Diabetes mellitus, özellikle inme için bağımsız bir risk faktörüdür. İskemik inme riski diabetli olan kadın hastalarda daha yüksektir. Diyabet ateroskleroz yatkinliğini artırarak hipertansiyon ve obeziteye yol açarak inme riskini artırır (Uludüz ve Duman 2013, Goldestein ve diğ. 2006).

Diyet ve beslenme: İnme riskinin azalması açısından doğru beslenme alışkanlıkları edinilip, bu alışkanlıkların sürdürülmesi çok önemlidir. Diyetle sodyum kısıtlaması ve potasyumun artırılması inme riskini azaltılacaktır. Yeterli miktarda sebze ve meyve, doymuş yağ içeriği düşük, tam tahıllardan zengin, sodyum açısından sınırlı bir diyet inme hastalığından korunmada riskin azalması açısından gereklidir (Bellikci Koyu ve diğ. 2016, O'Donnell ve diğ. 2016, Goldestein ve diğ. 2011).

Kalp hastalıkları: Tromboembolizm açısından atriyal fibrilasyon başta olmak üzere kalp hastalıkları inme riskini oldukça arttırmaktadır (O'Donnell ve diğ. 2016).

Madde ve ilaç kullanımı: Madde kullanımının (kokain, amfetamin, eroin gibi) inme riskini artırdığı bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda yüksek inme riski taşıyan kadınların oral kontraseptif kullanımı ile birlikte 35 yaş üzerinde olma, sigara içme, hipertansiyon ve diyabetinin bulunması gibi özelliklerinin olduğu tespit edilmiştir. Menapoz sonrası hormon kullanımı özellikle ilk 6 ayda hipertansiyon riskini çok arttırmaktadır (Midi ve Afşar 2010, Bousser ve diğ. 2000).

Obezite: Artmış yağ dokusu ve kilonun inme riskini arttırdığı görülmektedir. Kilo kaybı hipertansiyonun azalmasıyla yardımcıdır. Kilo kaybı ve kolesterolün düşüşü inme risk faktörlerini azaltır. Doğum ağırlığı 2500 gramın altında olan düşük doğum ağırlıklı bebeğin, doğum ağırlığı 4000 gram olan bebeğe göre inme geçirme riskinin ileri yaşlarda, iki kattan daha fazla olduğu belirtilmektedir (Powers ve diğ. 2018, Bellikci Koyu ve diğ. 2016, O'Donnell ve diğ. 2016, Goldestein ve diğ. 2011).

Orak hücreli anemi: Orak hücreli anemisi olan özellikle homozigot hastalar yüksek inme riski taşımaktadırlar. Bu hastalarda en yüksek inme riski çocukluk çağlarında görülmektedir (Midi ve Afşar 2010, Goldestein ve diğ. 2006, Adams ve diğ. 1997).

Alkol kullanımı: Ayda 1-30 içecek arası alkol alımı vasküler risk azalmasına yol açarken, 30 içecekten fazlası inme riskini arttırmaktadır. Kullanılan alkol çeşidine göre veriler değişiklik gösterebilir. İntraserebral inme için ise risk alkol alımıyla artış göstermektedir (O'Donnell ve diğ. 2016). İnme riskini azaltmak için; erkekler günde en fazla 2 içki tüketmeli, kadınlar ise bir alkollü içecekten fazlasını tüketmemelidir (Goldestein ve diğ. 2011).

Sigara: İnme risk faktörlerinin değerlendirildiği çalışmalarda sigara içiminin serebral iskemi için güçlü bir risk faktörü olduğu, intraserebral kanama gelişme riskini 2-4 kat artırdığı belirtilmektedir (Powers ve diğ. 2018, O'Donnell ve diğ. 2016, Utku ve Çelik 2009).

Hiperlipidemi: Lipoprotein (a) yüksekliği kalp hastalıkları için risk faktörü olarak görülmekle birlikte iskemik inme riskini artırabileceği düşünölmüş fakat tamamen uyumlu bulunmamıştır (O'Donnell ve diğ. 2016, Midi ve Afşar 2010).

Depresyon: Depresif belirtilerin görölmesi ve stres inme için risk faktörlerindedir (O'Donnell ve diğ. 2016).

Fiziksel aktivite: Düzenli fiziksel aktivite, spor ve egzersiz inme riskini azaltıcı etki sağlamaktadır (O'Donnell ve diğ. 2016, Goldestein ve diğ. 2006).

İnme tedavisinde üstünde durulması gereken en önemli şey ilk basamak risk faktörlerini kontrol altına alarak; inme oluşumunu önlemeye yönelik birincil korumanın sağlanmasıdır. Tıp ve bilim insanları uzun yıllardır inme konusunda değiştirilebilir olan risk faktörlerini kontrol altına almak veya bu risk faktörlerinin oluşumunu önlemek amacı ile inme hastalarının daha iyi birer yaşama kavuşmaları için çalışmalar yapmaktadır. Birincil korunmanın sağlanamadığı hastalarda, inmeye özgü tedavi, destek tedaviler ve rehabilitasyon programları ile, inmeden iyileşme sağlanması amaçlanır (Durna ve Tülek 2012).

2.5. İnme Sonrası Fonksiyonel Bağımlılık Durumu

2.5.1 Fonksiyonel Bağımlılık

Fonksiyonel durum tanımı; bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal entelektüel rolleri gibi bazı alanları içeren, günlük yaşam gereksinimleri ve gün boyunca gerçekleştirmiş oldukları aktiviteler biçiminde adlandırılabilir (Aydın Bektaş ve Akdemir 2009).

2.5.2. Fonksiyonel Durumuna Etki Eden Faktörler

Fonksiyonel durum bireylerin içinde buldukları duruma ve gereksinimlere göre değişkenlik göstererek, yetersiz hale gelebilir. Bireylerin geçirdiği bazı hastalıklar günlük yaşam sorumluluklarını yerine getirmelerinde engel oluşturmakta, sorumluluklarını yerine getirme performanslarını ve fonksiyonel kapasitelerini etkileyebilmektedir (Aydın Bektaş ve Akdemir 2009).

2.5.3. Fonksiyonel Bağımlılık Durumundaki Değişikliklerin Bireylere Olan Etkisi

Dünya Sağlık Örgütüne göre; dünyadaki toplam nüfusun %10 kadarında fonksiyonel bir bağımlılık durumu mevcuttur. Bağımlılık durumu, bazı kişilerde inme sonrasında fiziksel ve mental özürlülük durumu olarak gözlenmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde tıp ve teknolojinin gelişmesiyle inme sonrası hayatta kalan kişi sayısı arttıkça özürlü hasta sayısında artış göstermektedir (Yalın 2011).

İnme, bireylerin tüm yaşamsal fonksiyonlarını etkileyebilmekte ve hareket özgürlükleri başta olmak üzere tüm yaşamsal aktivitelerinde farklı düzeylerde bağımlılığa neden olmaktadır. İnmeli bireylerde hastalığın ortaya çıkmasıyla, bağımlılık-bağımsızlık durumlarında oluşan değişiklikler, hastaların yaşam kalitelerini ve hayattan beklentilerini büyük oranda etkileyebilir (Holland ve diğ. 2019, Aktaş 2010).

Ülkemizde 9.5 milyona yakın özürlü birey olduğu düşünülmektedir. Bu kişilerin çoğu engellilik durumları nedeniyle kendilerini sosyal hayattan ve yaşamdan soyutlayıp yardıma muhtaç hale düşürmektedir. Bu durum ülkemiz için önemli maddi ve manevi kayıplara neden olarak ülke ekonomisine zarar vermektedir (Süleymanoğlu 2015).

İnme sonrası çoğunlukla kişilerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme yeteneklerine bakarak bağımlılık durumları değerlendirilebilir. Yürüme yeteneği, yemek yiyebilme durumu, tuvalet alışkanlığı, iletişim kurabilme becerisi, öz bakımını yerine getirebilme gibi bazı motor ve bilişsel durum özelliklerini değerlendirerek engellilik ve özürlülük oranlarını saptayabilmek mümkündür.

2.5.4. Engellilik ve Özürlülük

Genel olarak engellilik, yetersizlik ve özürlülük olarak adlandırılır fakat hepsinin ayrı ayrı tanımları vardır.

Yetersizlik: Anatomik yapıların değişmesi ve organ seviyelerinde bozukluklar oluşması durumudur (World Health Organisation 1980).

Özürlülük: Sağlığın bozulması sonucunda yetersizlikten kaynaklı olarak, bir yeteneğin kişide normalde olduğundan az olması yada tamamen kaybedilmesi durumudur (World Health Organisation 1980, Türk Dil Kurumu 2019).

Engellilik: Özürlülük veya yetersizlik sebebiyle, kişilerin yaşına, cinsiyetine, sosyal ve kültürel durumlarına bakıldığında, karşılaşılan yaşantılarındaki işlevleri yerine getirememe durumu olarak tanımlanmıştır. Toplumda oluşan, sosyal yaşantıdaki bozukluk ve aksamaları içerir. Diğer bir tanıma göre engellilik kişinin oluşan vücut fonksiyon bağımlılıklarına bağlı olarak kaybettiği özgürlüğüdür (Türk Dil Kurumu 2019).

Engelli insan sayısı her geçen gün artmaktadır. Bunun nedeni yaşlı sayısının her geçen gün artışıdır. İnsanlarda engellilik riski eklenen hastalıklarla birlikte yaşlandıkça artmaktadır. Engelli insanların çoğu kendi yaşamlarıyla ilgili karar verme özgürlüklerini kaybederler. Şiddete maruz kalma konusunda korunmasız oldukları gözlenir. Engelli insanların yaşam kalitelerinde olumsuzluklar gözlenir, sağlık durumlarında birçok risk faktörü ortaya çıkar (Dünya Engellilik Raporu 2011).

TC. Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri 2012 raporuna göre; inme geçirmiş olan hastalardan %50'si hastalık öncesi fonksiyonel durumlarına dönmekte ya da hafif sekeller ile taburcu olmakta, %30'u kalıcı hasar ve fonksiyonel bağımlılık durumları sebebi ile bakıma ihtiyaç duymakta, %20'si ise daha hastanede yaşamını yitirmektedir (Bilgili ve Gözüm 2014).

2.6. İnme Sonrası Depresyon

İlk inmenin geçirilmesinden sonraki bir yıl %75 oranındaki hastada depresif belirtiler görülür. Bireyler ileri dönemlerde inmeden kurtulsa bile depresif belirtiler nedeniyle yaşam kaliteleri düşer, mortalite düzeyleri artar ve bu kişilerde inme sonrası rehabilitasyona uyum azalır. İnme hastalığı yorgunluk ve depresyonun çokça tetiklendiği durumları barındırır. İnmede iyileşmede depresif belirtiler önemli bir engelleyicidir. Bu nedenle inme rehabilitasyon tedavisinde öncelik depresif belirtileri önleyici tedavi olmalıdır (Wen ve diğ. 2018).

Yaşanılan duyguların dışarı vurulması ve yaşamı algılamayı sağlayan sürekli duygu haline duygu durum denir. Depresif belirtilerin görülmesi durumunda bir duygu

durum bozukluğudur. Bireylerin duygu durum halleri çok iyi, iyi ya da kötüleşmiş olabilir. Depresif belirtilerin görüldüğü durumlarda, duygu durumunun kötüleşmiş olması beklenir. Tıbbi hastalıklarda en sık görülen bozukluklar depresyon ve anksiyete oluşumudur. Bazı durumlarda karmaşık ve sinsi belirtiler gözlemlendiği için depresyon tanısı koymak çok zor olabilir. Hastalarda depresif belirtiler ve anksiyete genellikle birlikte görülür (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal 2011).

Bütün bedensel hastalıklar, hastanın vücut bütünlüğünü, yaşama doyumunu ve yaşam kalitesini etkileyebilecek travmatik sonuçlar oluşturabilir. Bu tarz hastalıklarda bireyler hastalığın gidişatı ve yaşanabilecek olumsuz durumlar açısından oldukça büyük kaygılar duyar. Bunun sonucunda bireylerde hastalığı kabullenememe durumu oluşarak, 'inkar' mekanizması oluşumuna sebep olabilir. Sonrasında kişi 'neden ben ?' gibi sorularla 'öfke evresi' ardından depresif belirtilerin ortaya çıktığı 'depresif evreye' girebilir. Bu depresif dönem bir hastalık değil, hastalığa uyum sağlama çabasıdır. Hasta bu evreler arasında gidip gelir ve sonuç olarak kabulleniş evresi başlar. Psikiyatrik belirtiler belli bir hastalığa özgü değildir. Depresif bozukluklar her türlü hastalık sonucunda gözlenebilir. Her depresif belirti ilaç tedavisi gerektirmez (Kulaksızoğlu 2009).

İnme sonrasında, inme geçiren hastaların ortalama üçte birinde ilk 2 sene içerisinde oluşan fiziksel ve bilişsel fonksiyon bozuklukları etkisiyle depresif belirtiler gözlenmekte fakat depresyonun sık bir biçimde gözlemlendiği bilinmesine rağmen kısa sürede tanı konup tedavi edilememektedir. İnme sonrası depresyonun patogenezi belirlenmemektedir. İnme hastalarında oluşan depresif belirtilerin önemli mortalite ve morbidite nedeni olduğu bilinmektedir. Bunun için, inme sonrası depresyonun erken tanınması ve tedavisi oldukça önemlidir (Havle ve diğ. 2010).

Uslu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; inme tanılı hastaların depresif belirti düzeylerinin; medeni duruma, sosyoekonomik düzeye, çalışma durumuna, aile tipine, sosyal güvence durumuna, en uzun süre yaşanan yere, genel sağlık algısına, sağlık kontrolü yaptırma durumuna, hareket durumuna, hastalık süresine ve algılanan kişiler arası ilişkilere göre önemli derecede farklılık gösterdiği belirtilmiştir. İnme geçiren bireylerin, inme sonrası her yönden değerlendirilmesi ve bireydeki depresif belirtileri azaltmaya veya önlemeye yönelik hemşirelik girişimlerinde bulunulması çalışmacılar tarafından önerilmiştir (Uslu ve diğ. 2008).

Depresyon tüm dünyada en sık görülen tıbbi durumlar arasında yer almaktadır. Tedavi edilmeyen depresif belirtilerin beklenmedik ölümlere ve ciddi sağlık sorunlarına neden olabileceği görülmektedir. Uygun tedavi sonrasında, depresif hastanın sağlık durumunun iyi yönde etkilenerek yaşam kalitesi arttırılabilmektedir. İntihar ve diğer birçok tıbbi hastalığa depresyonun neden olduğu gözlenmiştir. Depresif belirtiler artış gösterdikçe hem hastaya hemde etrafındakilere zarar verebilmektedir. Sadece zihni değil fiziksel durumuda etkilemekte hastanın yaşam doyumu ve yaşam kalitesinde birçok değişikliğe yol açmaktadır (Babayiğit ve Karaaziz 2018).

Bireylerde, mutsuzluk ve üzüntü olması depresyon durumu varlığı anlamına gelmez. Depresyonda karamsarlık, öz saygıda azalma, suçluluk, değersizlik mevcuttur. İlerleyen dönemlerde bu depresif belirtiler artarak daha ciddi hastalıklar ve psikiyatrik destek ihtiyacı oluşturabilir (Kulaksızoğlu 2009).

2.7. İnme Sonrası Yaşam Kalitesi Durumu

Yaşam kalitesi, birey üzerindeki sakatlık ve hastalığın sadece basitçe etkilediği vücut fonksiyonları veya sistem kaybı değil, tüm bunların bütüncül olarak gözlenmesine olanak sağlayan çok yönlü bir kavramdır. Bundan dolayı yaşam kalitesinin yeterli ve doğru bir biçimde ölçülmesi, değerlendirilmesi çok önemlidir. Yaşam kalitesini değerlendirirken, hastalık ve sakatlıklarla alakalı hangi faktörlerin hayat kalitesini en çok etkilediğini belirleyen kişisel görüşler almak çok önemlidir. Çünkü her bireyin, her aktiviteye katılımı ve bu aktivitelere verdiği değer aynı değildir (Armağan 2011). İşlevsellik, mutlu olma durumu, esenlik, ve bunların tümü düşünüldüğünde yaşam kalitesi sağlığı değerlendirme parametreleri arasında görülmektedir. Sağlıkta yaşam kalitesi parametresi, sağ kalım sonrası ikinci en önemli parametredir (Aydemir 2014).

Yaşam kalitesini etkileyen birden çok faktör bulunmaktadır. Bunlardan bazıları; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyoekonomik durum geçirilen inmenin şiddeti, fiziksel fonksiyon, depresyon, anksiyete, kognitif bozukluk, inkontinans, yerleşim durumu, sosyal destek, sosyal katılım, başa çıkma stratejileri ve kendini algılama vb. olarak değerlendirilebilir. Farklı kültürlerdeki

bireyleri etkileyen faktörler aynı olsa da, bu bireylerin yaşam kalitelerini farklı açılardan ve farklı şiddetlerde etkileyebilir (Wang ve Langhammer 2017).

İnme sonrasında oluşan yaşam kalitesindeki değişiklikler kişilerin hastalık sonrası yaşamlarında oluşan değişikliklerin ve hastalık algılarındaki farklılıkların bir göstergesidir. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi yaşam kalitelerinin artırılması açısından oldukça önemlidir. Özürlülük ve fonksiyonel değişiklikler inme sonrası yaşam kalitesini en çok etkileyen faktörlerdir. Bu faktörlerin belirlenip bunlara yönelik rehabilitasyon planlaması yapılması önemlidir. İnme kişilerde önemli derecede fiziksel aktivite kaybı, fonksiyonel kayıp vb. kayıplara neden olarak inme geçirmiş bireylerin yaşam kalitelerini oldukça önemli biçimde etkilemektedir. Yaşam kalitelerini etkileyen birçok faktör olduğu bilindiği için hastaların her yönden değerlendirilip, özürlülük nedenleri ve durumlarının bilinmesi oldukça önemlidir (Şenocak ve diğ. 2008).

İnme sonrası oluşan komplikasyonlar ve günlük yaşam aktivitelerine katılımlarındaki değişiklikler açısından fonksiyonel durum değerlendirmeleri çok önemlidir. Bu değerlendirmeler sonucunda, kişilerin toplum yaşantısına yeniden katılımı sağlanabilir ve bağımsızlıklarına yeniden kavuşmaları açısından bu kişilere rehabilitasyon desteği verilebilir. Rehabilitasyonun amacı; komplikasyonları önlemek, bozuklukları azaltmak, fonksiyonları eski haline döndürmek ve inmenin tekrarını sağlayabilecek risk faktörlerini yok etmektir (Koç 2012).

2.8. İnme Sonrası Maliyet Yükü

DSÖ verilerine göre; dünyada her yıl on beş milyon kişide inme gözlenmekte ve bunların yaklaşık 1/3'ü ölümlerle sonuçlanmakta, 1/3'ü kalıcı sakatlıklara yol açmaktadır. Bu durum ülke, toplum ve aile ekonomilerine büyük ölçüde yük oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı. Türkiye kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı 2010). Tüm sağlık hizmetleri için gerekli olan maliyetlerin yaklaşık %5'ini kapsayan bu hastalık, anlaşılacağı gibi toplum için çok önemli derecede maliyet yükü getirmektedir (Hankey 2013).

Tedavi maliyetinin yüksek olması, yüksek mortalite ve morbidite riski taşımasından dolayı inme, toplum sağlığı yönünden büyük öneme sahiptir (Cin 2016).

İnme ülkemizde ve tüm dünyada ikinci sırada yer alan ölüm nedenidir. Sebep olduğu sakatlıklarla, kaybedilen yaşam yılı bakımından da tüm hastalıklar arasında üçüncü sırada yer almaktadır (Arsava 2017). İnme endüstrileşmiş toplumlarda, hastaneye başvuran kişi sayıları ve bu kişiler için sarf edilen tüm sağlık harcamaları açısından oldukça önemlidir. Sakatlığın en önemli nedenlerinden olan inme sadece hastaların değil hasta yakınlarının da yaşam kalitelerini düşürerek, toplumsal ve sosyo-ekonomik sorunlara yol açmaktadır (Karaman ve diğ. 2015).

2.9. İnme Sonrası Hemşirelik Bakımı

İnme, çoğunlukla ani olarak ortaya çıkmakta ve şaşırtıcı belirtiler ile kendini göstermektedir. Ani başlangıçlı nörolojik kayıplara neden olabilen subdural hematoma, beyin apsesi, beyin tümörü veya epilepsi inme ile karıştırılabilmektedir. Bu nedenle inme tedavisine başlamadan önce, tanısının kesin olarak konulması şarttır. Tanı mümkün olan en kısa süre içerisinde görüntüleme yöntemleri ile kesinleştirilmelidir (Erden 2009).

İnme geçirdiği kesinleşen bireylere hemşirelik bakımı uygulanabilmesi açısından depresif belirtilere neden olabilecek sosyo-demografik özellikleri, hastalıktan etkilenme durumları ve fonksiyonel durum özelliklerinin saptanmalı ve bu bireylerin bakımlarına katılacak yakınları ile işbirliği yapılarak bireysel özellikte bir bakım planı oluşturulmalıdır. Planlanan bakım programlarında bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde (GYA) kendi kendilerine yeter hale gelebilmeleri için, gereken hareket ve egzersiz programları saptanmalı ve bağımlılık durumlarına göre kendi kendilerine yerine getirebilecekleri işlerini yapmalarına izin verilmesi sağlanmalıdır. İnme sonrası hastaların yaşam kalitelerinin, fiziksel fonksiyon ve sosyal fonksiyon alanlarındaki bağımlılık-bağımsızlık durumundan etkilenmesi nedeniyle rehabilitasyon programları düzenlenmeli ve bu programların uygulanmasının devamlılığı açısından birey ve yakınları ile işbirliği içerisinde olunmalıdır. İnmeli hastalarda kişiler arası ilişkileri geliştirme, yalnızlık hissini azaltma ve hastada

yaşamın bir anlamı olduğu duygusunu yeniden geliştirme ile bireyin sosyal fonksiyonlarının iyileştirilmesi için bireye uygun zaman ayrılması, sorunlarının dinlenmesi ve bu sorunlara yönelik uygun çözümler sunulması çok önemlidir. Aile-arkadaş ilişkilerinin sürdürülmesi, hobileri ile ilgili faaliyetlerinin desteklenmesi bu faaliyetleri gerçekleştirebilecekleri kişilere uygun yerlerin hazırlanması gerekir. İnmeli bireyler için hastaneden taburculuk öncesi günlük yaşam aktiviteleri ve fonksiyonel durumları belirlenerek bireye özgü evde bakım eğitimi verilmelidir (Doğan 2014).

Hasta eğitimi hemşirenin en önemli görev ve sorumlulukları arasındadır. Sağlığın yeniden kazandırılmasında, sağlıklı bireyin sağlığının korunmasında, hastanın günlük yaşam aktivitelerinin desteklenmesi ve bağımsızlığını yeniden kazanmasının sağlanmasında hemşirenin görevi oldukça büyüktür (Yıldırım ve Özkahraman 2011, Şenyuva 2016).

İnmeden sonraki dönemde hastaya multidisipliner bir yaklaşım sergileyerek, hastaya uygun tıbbi tedavi ve rehabilitasyon programları uygulamak, fonksiyonel bağımsızlıklarını geri kazandırmak, depresif belirti durumunu ortadan kaldırmak ve yaşam kalitesini devamlı bir şekilde arttırmak, iyileştirmek amaç edinilmelidir (Kısabay ve diğ. 2014).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma inme geçiren hastalarda fonksiyonel bağımlılık durumunun depresyon ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırma Soruları

1. İnme geçiren bireylerde sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özellikler nasıldır?
2. İnme geçiren bireylerin fonksiyonel bağımlılık durumu, depresif belirti durumu ve yaşam kaliteleri nasıldır?
3. İnme geçiren bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile fonksiyonel bağımlılık durumu, depresif belirti durumu ve yaşam kaliteleri arasında fark var mıdır?
4. İnme geçiren bireylerin hastalığa ilişkin özellikleri ile fonksiyonel bağımlılık durumu, depresif belirti durumu ve yaşam kaliteleri arasında fark var mıdır?
5. İnme geçiren bireylerin fonksiyonel bağımlılık durumu, depresif belirti durumu ve yaşam kaliteleri arasında ilişki var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Etik kurul ve kurum izinlerinin alınmasını takiben, Nisan 2018 – Mayıs 2019 tarihleri arasında Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi; Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Servisi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Ayaktan Tedavi Ünitesi ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Polikliniğinde yapılmıştır.

3.4. Örneklem Ölçütleri

Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmanın örneklemini;

- İnme tanısı alan,
- 18 yaş ve üzeri olan,

- Bilinci açık olan,
- İletişim kurulabilen ve Türkçe konuşulabilen,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler oluşturmuştur.

Örneklem kriterlerini karşılamayan hastalar örneklem dışı bırakılmıştır.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi; Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Servisi, Ayaktan Tedavi Ünitesi ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Polikliniğinde araştırmamızın yürütüldüğü dönemde, inme tanısı ile takipli 160 hasta olduğu belirlenmiştir. Örneklemimizi, araştırmanın yapıldığı tarihlerde inme tanısı almış olan bu hastalardan, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 132 hasta oluşturmuştur. Bu hastalardan; 5'i vakti olmadığı için çalışmaya katılımı reddederken, 2'si ise bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu imzalamak istemediği için çalışmaya katılmamıştır. Sonuç olarak; araştırmamız 125 inme tanılı hasta ile tamamlanmıştır.

3.6. Etik Uygulamalar

Araştırmanın yapılabilmesi için Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü'nden kurum izni (Ek-8) ve Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan araştırma için gerekli etik kurul onayı (Ek-7) alınmıştır. Çalışmayı kabul eden hastalara çalışmanın amacı açıklanarak gerekli bilgi verilmiş, araştırmaya dahil edilen hastalara, tamamen gönüllülük ilkesi esas alınarak aydınlatılmış onam formu imzalatılmış, yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçekler, geçerlilik ve güvenilirliklerini yapan araştırmacılardan e-mail yoluyla onay alınarak kullanılmıştır (Ek-9).

3.7. Araştırmanın Yöntemi

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi; Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Servisinde tetkik ve tedavi görmek amacıyla yatan inme tanılı hastalar, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Ayaktan Tedavi Ünitesinde tedavi görmek amacıyla gelen inme tanılı hastalar ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Polikliniğine tektik ve tedavi amacıyla başvuran inme tanısı almış hastalardan, araştırmanın yapıldığı tarihler arasında gelenlerin araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun ve araştırmaya katılmaya gönüllü olanları ile görüşülmüştür. Hastalardan “İmzalı Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu” (EK-6) alınmıştır.

Tüm veri toplama formları, hastalar boş bir odaya alınarak yüz yüze görüşme tekniği uygulanarak doldurulmuştur. Her bir bireyle yapılan görüşme 30-40 dk. civarında sürmüştür. Tüm formlar doldurulduktan sonra hastaların kan basınçları kalibrasyonu yetkili firma tarafından yapılmış olan tansiyon aleti ile araştırmacı tarafından ölçülmüştür. Daha sonra hastaların kilogram cinsinden beden ağırlıkları ve santimetre cinsinden boy ölçümleri yapılmıştır. Araştırmacı tarafından son olarak ulaşılan verilere göre beden kitle indeksleri kg/m^2 cinsinden hesaplanmıştır.

3.8. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın birinci kısmında; konumuzla ilgili daha önce yapılmış olan çalışmalar incelendikten sonra ulaşılan literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulan Hasta Veri Toplama Formu (EK-1), devamında Türkçe geçerlilik güvenilirlikleri yapılmış olan hastaların depresif belirti düzeyini belirlemeye yönelik Beck Depresyon Envanteri (Ek-2), günlük yaşam aktivitelerindeki değişiklikleri ve bağımsızlık durumlarını belirlemek için Barthel İndeksi (Ek-3), Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (Ek-4) ve yaşam kalitelerini belirlemek için İnme Etki Ölçeği 3.0 (Ek-5) kullanılarak veriler elde edilmiştir.

3.8.1.Hasta Veri Toplama Formu

Araştırmada veri toplamak için kullanılan “Hasta Veri Toplama Formu” (Ek-1), araştırmacı tarafından çalışma konusuyla ilgili literatür taranarak oluşturulmuştur. Hastaların yaş, cinsiyet, kilo, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, inmeye ek kronik hastalığının olup olmaması, sosyal güvencesinin varlığı, gelir durumu, ne zaman inme geçirdiği inme sonrası hekim kontrolüne gidip gitmediği

gibi sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerini değerlendiren 29 sorudan oluşmaktadır. Bu sorulardan ilk 10 tanesi katılımcılarla ilgili tanıtıcı bilgilerinin bulunduğu (cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, sosyal güvence, algılanan gelir düzeyi, halen çalışıp çalışmadığı, yaş vb.) sorulardır. Diğer 19 soru ise hastanın inme tanısı alması ve sonrasında inme polikliniğindeki takiplerini değerlendiren (inme tipi, inme geçirdiği zaman ve hangi taraftan inme geçirdiği, inmeye ek kronik hastalık olup olmadığı, düzenli hekim kontrolüne gidip gitmediği, konuşma durumu, inme sonrası rehabilitasyon alıp almadığı vb.) soruları içerir.

3.8.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Hastaların duygu durum değişikliklerini, belirtilerin hangi düzeyde ve şiddette gerçekleştiğini değerlendirebilmek amacıyla Aaron T. Beck ve ark. tarafından 1961'de önce orijinali oluşturulmuş, daha sonra 1978'de geliştirilmiştir. Ülkemizde N.HİSLİ tarafından 1989 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Hisli 1989).

Beck depresyon envanteri erişkinlerde depresif belirti taramalarında sıkça kullanılan “duygusal, somatik, bilişsel ve motivasyonel” depresif belirtilerin ortaya konmasında etkili, 21 maddelik bir ölçektir. BDE'ye göre her madde 0-3 arasında puanlanarak dörtlü likert tipinde ölçüm sağlar. Puan olarak en yüksek 63 alınabilir (Hisli 1988).

Alınan toplam puana göre ölçek değerlendirmesi şu şekildedir;

- 1-9 puan: Normal duygu durumu
- 10-17 puan: Hafif duygu durum değişiklikleri
- 18-29 puan: Sınırdan orta düzey depresif belirtiler
- 30-63 puan: Şiddetli düzey depresif belirtiler

Ölçeğin geçerlilik güvenilirliğine göre kesme puanı 17 olarak kabul edilmiştir. BDÖ'ünde 17 puan üstünde puan alınması depresif belirtilerin tedavi gerektirebileceğini gösterir (Beck ve diğ. 1997, Hisli 1989).

BDE'nin maddeleri; üzüntü, karamsarlık, başarısızlık hissi, memnuniyetsizlik, suçluluk, kendinden memnun olma durumu, kendini suçlu bulma, intihara eğilimli düşünceler, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyallikten uzaklaşma, kararsızlık, bedensel imaj değişimi yapabilme durumu, uykusuzluk, yorgunluk, kilo kaybı, iştahsızlık, fiziksel kaygı, libido azalması, cezalandırılma beklentisi alanlarını içermektedir. Ölçek araştırmacı tarafından gönüllüye maddelerin tek tek açıklanmasıyla 10-15 dk. gibi bir sürede uygulanmaktadır.

3.8.3. Barthel İndeksi (BI)

Barthel ve Mahoney'in 1965 yılında geliştirdikleri, Barthel indeksi (BI), GYA'daki, fonksiyonel duyu ve motor kayıpları değerlendirmede, fonksiyonel gelişimi belirlemede kullanılmaktadır. İndeksin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Küçükdeveci ve diğ. tarafından 2000 yılında yapılmıştır (Küçükdeveci ve diğ. 2000). İndeks; yemek yeme, banyo, günlük bakım, giyinme, defekasyon, miksiyon, tuvalete gitme, yataktan kalkma, dolaşma ve merdiven çıkma gibi GYA'ndeki bağımlılık ve bağımsızlık durumlarının değerlendirildiği 10 maddeden oluşmuştur. Bu 10 maddeden her biri, 0-15 puan aralığında değerlendirilir. Barthel İndeksi, kendine bakım ve mobilite ile sınırlıdır. Değerlendirme 10 dk. kadar sürmektedir.

Ölçeğin puanlamaya göre sınıflandırması şu şekildedir;

0-20 puan: Tam bağımlı

21-61 puan: İleri derecede bağımlı

62-90 puan: Orta derecede bağımlı

91-99 puan: Hafif derecede bağımlı

100 puan: Tam bağımsız

Bu indekxin değerlendirilmesinde 0'dan (tam bağımlılık) 100'e (tam bağımsızlık) doğru değişen toplam puanlamaya göre; bireyin günlük yaşam aktivite

kapasitesi ve fonksiyonel bağımsızlığı toplam ölçek skoru yükseldikçe artar (Mahoney ve Barthel 1965, Küçükdeveci ve diğ. 2000).

3.8.4. Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ)

Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (Functional Independence Measurement–FIM) günlük yaşam aktivitelerini ve hastanın bağımsızlık düzeyini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Amerikan Tıbbi Rehabilitasyon kongresi ve Amerikan Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Akademisi tarafından 1983 yılında geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Küçükdeveci ve diğ. tarafından 1998 yılında yapılmıştır. FBÖ, Barthel İndeksine göre daha kapsamlı ve duyarlıdır ve genel bir özürlülük indeksidir. FBÖ'nin ülkemizde inmeli ve spinal kord yaralanmalı hastalarda geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır (Yavuzer ve diğ. 2000, Fiedler ve diğ. 1996).

Fonksiyonel değerlendirmede bulunmamızın nedeni, fonksiyonel bir bozukluk oluşturabilecek hastalıklarda, bireylerin fonksiyonel yeteneklerinin ve kısıtlılıklarının saptanarak günlük yaşamda karşılıklarına çıkacak zorluklara, sosyal aktivitelere ve sosyal ilişkilere karşı sergilediği beceri, algılama, iletişim, mesleğini yerine getirme, öz bakım aktivitelerindeki sınırlılıkları, becerilerinde ki farklılıklar vb. GYA deki değişkenleri ortaya koymaktır.

Çok yönlü bir ölçek olarak tanımlanan FBÖ bireyin genel vücut fonksiyonlarını fiziksel/motor fonksiyonlar ve kognitif fonksiyonlar olmak üzere iki alanda değerlendirir. Ölçek 6 alt ana bölümden oluşmuştur. Bu alt bölümler; kendine bakım (6 madde), sfinkter kontrolü (2 madde), mobilite (3 madde), iletişim (2 madde), sosyal algılama (3 madde), lokomotor fonksiyon (2 madde)'dur.

Her alt bölüm kendi kategorisinde maddeler içermekte ve bunlar fiziksel/motor fonksiyonlar olarak 13 maddede, kognitif fonksiyonlar olarak ise 5 maddede değerlendirilir. FBÖ toplam 18 maddeden oluşur ve her bir maddesi 7 puanlı likert skalası kullanılarak en yüksek skor 7, en düşük skor 1 olarak değerlendirilir. 1-2 puan bağımlı, 3-5 puan kısmi bağımlı, 6-7 puan bağımsız olarak

değerlendirilir. FBÖ için toplam skor 18 ile 126 arasında değişebilir. Skorun 18 puan oluşu bireyin tamamen bağımlı olduğunu, 126 puan oluşu ise tam bağımsızlığı ifade eder (Küçükdeveci ve diğ. 2001, Yavuzer ve Küçükdeveci 2000). Değerlendirmede kullanılan 7 puanlı likert skalası ölçütleri şunlardır;

Bağımsız (İnsan yardımına ihtiyaç yoktur)

7. Tam bağımsız
6. Kısmi bağımsız (Yardımcı cihaz gereklidir)

Kısmi Bağımlı (İnsan kontrolü veya fiziksel yardımı gereklidir)

5. Fiziksel yardım gerekmez, sözel uyarılar yeterlidir.
4. Minimal yardım (Hasta = %75-99)
3. Orta derecede yardım (Hasta = %50-75)

Tam Bağımlı (İnsan yardımı gereklidir)

2. Maksimal yardım (Hasta = %25-50)
1. Tam yardım (Hasta = %0-25)

Anlaşılabacağı üzere bu ölçeğin sonucunda oluşan skor yükseldikçe bireylerin, fonksiyonel bağımsızlık düzeylerinin de arttığı gözlenir. Değerlendirme gözleme dayalıdır yaklaşık 20 dakika sürmektedir.

3.8.5. İnme Etki Ölçeği 3.0 (İEÖ 3.0)

İnme etki ölçeği hem hastalardan hem de onlara bakım veren kişilerden sağlanan verilere dayanılarak 1999 yılında oluşturulmuştur. İEÖ 3.0 2003 yılında Mapi Research Trust tarafından geliştirilmiştir (Nichols Larsen ve diğ. 2005). Türkçe geçerlilik güvenirliği 2013 yılında Özmaden Hantal ve diğ. tarafından yapılmıştır (Özmaden Hantal ve diğ. 2014).

İnme sonrası, hasta bireylerin yaşam kalitelerini ve fonksiyonel bağımlılık durumlarını değerlendirmek amacıyla, hasta bireylerin ve bakım vericilerinin hastanın genel durumuyla ilgili değerlendirme yapmasını amaçlayan inmeye özgü bir

sağlık durumu ölçeğidir. İEÖ 3.0, 8 alt bölümden ve toplam 59 sorudan oluşmaktadır. Tüm sorular, hasta bireyin son bir haftada yaşadığı zorlukların değerlendirilmesinde kullanılır. Değerlendirme 5 puanlı likert skalası üzerinden puanlanır. Her bir bölüm için skor 0-100 arasında değişir. Ayrıca İEÖ 3.0'da 8 alt bölümdeki 59 soruya ek olarak inme sonrası iyileşme algısının 0-100 puanla değerlendirildiği görsel analog bir skalada (0: Hiç iyileşme yok, 100: Tam iyileşme olarak değerlendirilir) içerir (Lai ve diğ. 2002). Ölçekten alınan toplam puan arttıkça hastaların yaşam kalitelerinin arttığı anlaşılmaktadır.

Ölçekle ilgili değerlendirme yapılırken her alt bölüm için puanlama yapılır.

Alt boyutlar:

1. Kuvvet (4-20)
2. Bellek ve düşünme (Hafıza) (7-35)
3. Duygu (9-45)
4. İletişim (7-35)
5. Günlük yaşam aktiviteleri (10-50)
6. Hareketlilik (Mobilite) (9-45)
7. El fonksiyonu (5-25)
8. Sosyal katılım (8-40)
9. Hastanın global iyileşme algısı (0-100)
10. İEÖ 3.0 toplam puanı (59-295)

İEÖ 3.0 'ın 8 alt bölümünü kuvvet, hafıza, duygu, iletişim, sosyal katılım, el fonksiyonu, günlük yaşam aktiviteleri ve mobilite ile ilgili maddeler oluşturmaktadır. Bu maddeler için hastadan son bir haftasını ölçek puanlamasına göre değerlendirmesi istenir. 1 puan hastanın maddeyi tamamlayamadığını, 5 puansa tamamlamada hiçbir zorluk yaşamadığını gösterir (Özmaden Hantal ve diğ. 2014). Son olarak bu alt bölümlerin dışında hastanın gelişiminin değerlendirildiği; çalışmamız sırasında ki fonksiyonel bağımsızlık durumunun 0 ile 100 değerleri arasında hangi değerlerde yer aldığını belirten inmeden iyileşme ile ilgili analog skala vardır. Hasta bakım vereni tarafından değerlendirilen bu skalaya göre; hastalık öncesi hastanın fonksiyonel bağımsızlık düzeyi skoru 100, hastalığın geçirildiği ilk zamanki fonksiyonel bağımsızlık düzeyi skoru ise 0 olarak kabul edilerek değerlendirme yapılır.

İEÖ 3.0'ın uygulanması yaklaşık 20 dk sürmektedir.

3.8.6. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizi SPSS 25 (IBM SPSS Statistics Crack) programı ile yapılmış ve %95 güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Çalışmada verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel test tekniklerinden Pearson korelasyon testi, bağımsız gruplar t testi ve ANOVA testi kullanılmıştır. Pearson korelasyon testi bağımsız iki nicel değişken arasındaki doğrusal ilişkinin yönü ve kuvvetinin belirlenmesi için kullanılan test tekniğidir. Bağımsız gruplar t testi bağımsız iki grubun nicel bir değişken açısından karşılaştırılmasında kullanılan test tekniğidir. Tek yönlü ANOVA testi; bağımsız k grubun ($k > 2$) nicel bir değişken açısından karşılaştırılmasında kullanılan test tekniğidir (Özdamar 2004). Çalışmada ölçek puanlarının ilişkisi Pearson korelasyon testi ile, ölçek puanlarının demografik değişkenlere göre farklılık göstermesi ise bağımsız gruplar t ve ANOVA testleri ile analiz edilmiştir.

Çarpıklık ve basıklık değerlerinin hesaplanması, ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğunun incelenmesi için gereklidir. Ölçek puanlarından elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir (Groeneveld ve Meeden 1984; Moors 1986; Hopkins ve Weeks, 1990; Carlo, 1997). Çalışmamızda; ölçek puanlarının normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir. Analizlerde parametrik yöntemler kullanılmıştır.

4.BULGULAR

4.1. İnme Geçiren Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılmış olan tüm hastaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamaları $57,14 \pm 14,05$ olup, %36,0'sı 51-64 yaş aralığında, %61,6'sı erkek ve %51,2'si fazla kiloludur. Hastaların %71,2'si evli, %56,0'sı ilköğretim mezunu, tamamına yakınının (%98,4) sosyal güvencesi bulunmakta ve %61,6'sının geliri giderine eşittir. Hastaların çoğunluğu (%93,6) çalışmamakta, %47,2'si emekli ve %28,2'si hastalık sonrası malulen emekli olmuştur. Hastaların %55,2'si ilçede veya köyde yaşamakta, %86,4'ü apartmanda oturmakta, %96,0'sının evde kendine ait odası bulunmakta ve %35,2'si sadece eşiyile yaşamaktadır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1 İnme geçiren hastaların sosyo-demografik özellikleri (N=125)

Sosyo- demografik Özellikler		Ort±SS. (min-maks.)	
Yaş		57,14±14,05 (19-86)	
BKİ (kg/m ²)		27,39±4,51 (17.30-47,63)	
		n	%
Yaş	≤50 yaş	38	30,4
	51-64 yaş	45	36,0
	≥ 65 yaş	42	33,6
Cinsiyet	Kadın	48	38,4
	Erkek	77	61,6
BKİ (kg/m ²)	Zayıf-normal	31	24,8
	Fazla kilolu	64	51,2
	Obez	30	24,0
Medeni durum	Evli	89	71,2
	Bekar	36	28,8
Eğitim durumu	İlköğretim öncesi	18	14,4
	İlköğretim	70	56,0
	Lise ve üstü	37	29,6
Çalışma durumu	Çalışıyor	8	6,4
	Çalışmıyor	117	93,6
Meslek	Ev hanımı	40	32,0
	Diğer serbest memur işçi	26	20,8
	Emekli	59	47,2
Çalışmama nedeni (n:117)	Malulen emeklilik	33	28,2
	Diğer*	84	71,8
Sosyal güvence	Var	123	98,4
	Yok	2	1,6
Yaşanılan yer	İl	56	44,8
	İlçe+köy	69	55,2
Oturlan ev	Apartman	108	86,4
	Müstakil	17	13,6
Evde kendine ait odası	Var	120	96,0
	Yok	5	4,0
Gelir durumu	Gelir giderden az	40	32,0
	Gelir gidere eşit	77	61,6
	Gelir giderden fazla	8	6,4
Evde beraber yaşadığı kişi	Yalnız	10	8,0
	Eşi	44	35,2
	Eşi ve çocukları	41	32,8
	Çocukları	14	11,2
	Diğer**	16	12,8

*(Hastalık nedeniyle, iş bulamama nedeni, ev hanımı olma, öğrenci olma vs.)

** (Anne, baba, kardeş, teyze, vs.)

4.2. İnme Geçiren Hastaların Hastalıkla İlgili Özellikleri

Çalışmamızdaki hastaların, çoğunluğu (%51,2) 2-5 yıl inme hastası ve ortalama $56,67 \pm 59,26$ ay önce inme tanısı almışlardır. Hastaların %74,4'ünün inme tipinin iskemik inme olduğu ve hastaların %48,0'inin vücutlarının sağ tarafının inmeden etkilendiği saptanmıştır. Hastaların %72,0'sinde kronik hastalık bulunduğu, ve çoğunluğunun (%54,4) hipertansiyon hastası olduğu belirlenmiştir. Sistolik kan basıncı (SKB) ortalaması $121,68 \pm 10,3$, diyastolik kan basıncı (DKB) ortalaması $75,44 \pm 6,02$ olarak bulunmuştur. Çoğunluğu (%80,0) düzenli kontrole gittiğini belirtmiş olup, gitmeyenlerin %88,0'i gitmeme nedenini, şikayetinin olmaması olarak ifade etmiştir. Hastaların %92,0'si sürekli ilaç kullanmakta olup, %34,8'inin sadece hipertansiyon ilacı kullandığı ve inme tanısı konulduktan sonra %83,5'inin ilaçlarını düzenli olarak kullandığı, düzenli ilaç kullanmayanların ise %73,7'sinin ilaçları düzenli kullanmama sebebi olarak unutkanlığı sebep gösterdiği saptanmıştır. Hastaların %98,4'ü inme geçirdikten sonra hastaneye yatmış, hastaneye yatanların çoğunluğu (%93,5) sadece 1 kez inme geçirmiş, ortalama $16,7 \pm 21,92$ gün hastanede kalmıştır. Hastaların %32,8'i inme sonrası acil servise gelmiş olup, gelenlerin %34,1'inin hipertansiyon sebebiyle acil servise başvurduğu belirlenmiştir. Hastaların tamamına yakını (%98,4) inme sonrası rehabilitasyon tedavisi (ayaktan ve yatarak) almış, %54,8'i 2-3 kez ve toplamda ortalama $97,66 \pm 69,52$ gün rehabilitasyon tedavisi almıştır. Hastaların %16,8'inin kısmı afazisi olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2 İnme geçiren hastaların hastalıkla ilgili özellikleri (N=125)

Hastalıkla ilgili değişkenler	Ort±SS. (min-maks.)		
İnme sonrası geçen süre (ay)	56,67±59,26 (5-300)		
Hastanede yatış süresi (gün)	16,7±21,92 (3-180)		
Rehabilitasyon alma süresi (ayaktan ve yatarak) (gün)	97,66±69,52 (30-400)		
Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	121,68±10,3 (100-180)		
Diastolik Kan Basıncı (mmHg)	75,44±6,02 (60-100)		
	n	%	
İnme tipi	Hemorajik	32	25,6
	İskemik	93	74,4
İnmeden etkilenen bölge	Sağ taraf	60	48,0
	Sol taraf	58	46,4
	Her iki taraf	7	5,6
İnme tanısı konulduktan sonra geçen süre (yıl)	0 -1	26	20,8
	2- 5	64	51,2
	≥ 6	35	28,0
İnmeye ek kronik hastalık durumu	Var	90	72,0
	Yok	35	28,0
Kronik hastalıklar (n=90)	Hipertansiyon	49	54,4
	Diabet +kalp+ht	41	45,6
Kontrolde düzenli gitme durumu	Evet	100	80,0
	Hayır	25	20,0
Kontrolde düzenli gitmeme nedeni (n=25)	Kont.getiren biri olamaması	1	4,0
	Şikayetinin olmaması	22	88,0
	Maddi yetersizlik	2	8,0
Sürekli ilaç kullanma durumu	Evet	115	92,0
	Hayır	10	8,0
Sürekli kullanılan ilaçlar (n=115)	Hipertansiyon	40	34,8
	Antikoagülan	31	27,0
	Diğer *	44	38,3
İnme tanısından sonra ilaçlarını düzenli kullanma durumu	Evet	96	83,5
	Hayır	19	16,5
İlaçlarını düzenli kullanmama sebebi (n=19)	Maddi yetersizlik	1	5,3
	Yan etki	2	10,5
	Unutkanlık	14	73,7
	Faydasız olduklarına inanıyor	2	10,5
İnme geçirdiğinde hastaneye yatış durumu	Evet	123	98,4
	Hayır	2	1,6
İnme geçirme sayısı (n=123)	1	115	93,5
	2	8	6,5

Tablo 4.2 (Devam) İnme geçiren hastaların hastalıkla ilgili özellikleri (N=125)

Hastalıkla ilgili değişkenler		n	%
Hastanede yatış süresi	7 gün ve daha az	32	26,0
	8-29 gün	80	65,0
	30 gün ve fazlası	11	8,9
İnme sonrası tekrar acil servise gelme durumu	Evet	41	32,8
	Hayır	84	67,2
Acil servise gelme sebebi	HT	14	34,1
	DM	4	9,8
	Solunum hast.	5	12,2
	Tekrar inme	7	17,1
	Diğer**	11	26,8
İnme sonrası rehabilitasyon tedavisi alma durumu	Evet	123	98,4
	Hayır	2	1,6
Rehabilitasyon tedavisi alma sayısı	1	33	26,6
	2-3	68	54,8
	4-5	14	11,3
	>5	9	7,3
Konuşma durumu	Normal	104	83,2
	Kısmi afazi	21	16,8

*(Analjezik, diabetik, vs..)**(Ağrı, bulantı, kusma, vs.)

4.3. İnme Geçiren Hastaların Beck Depresyon Envanteri, Barthel İndeksi ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği Düzeylerinin Puan Dağılımı

Hastaların BDE sınıflamasına göre kesme puanı 17 olarak alındığında %55,2'sinin depresif belirti düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. BI puanları açısından değerlendirildiğinde çoğunluğun (%59,2) ileri derece bağımlı olduğu, FBÖ açısından değerlendirildiğinde hastaların %80,8'inin yarı bağımlı olduğu görülmüştür (Tablo 4.3).

Tablo 4.3 İnme geçiren hastaların Beck Depresyon Envanteri, Barthel İndeksi ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği düzeylerinin puan dağılımı (N=125)

Ölçekler ve alt boyutları	n	(%)	
BDE Sınıflama	0-17: depresif belirti düşük	56	44,8
	18-63: depresif belirti yüksek	69	55,2
Barthel İndeksi (BI)	0-20: tam bağımlı	23	18,4
	21-61: ileri derece bağımlı	74	59,2
	62-90 : orta derece bağımlı	26	20,8
	91-99 : hafif derece bağımlı	2	1,6
	100 : tam bağımsız	0	0
Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ)	Bağımlı	9	7,2
	Yarı bağımlı	101	80,8
	Bağımsız	15	12

4.4. İnme Geçiren Hastalarda Kullanılan Ölçeklerin ve Ölçek Alt Boyut Puanlarının Betimleyici İstatistikleri ve Ölçek Güvenirlikleri

Ölçeklerin alt boyutlarının ve total puanlarının güvenilirlik düzeylerine bakıldığında; Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Barthel İndeksi, ölçeklerinin ve alt boyutlarının güvenilirlik düzeyleri yüksek (Cronbach's Alpha>0,800) iken, İnme Etki Ölçeği 3.0'ın alt boyutlarından kuvvetin güvenilirlik düzeyi düşük olup diğer alt boyutları ve toplam puanının güvenilirlik düzeyleri yüksektir.

BDE toplam puanına bakıldığında, ölçek puanının ortalaması 21,2±10 olarak görülmüş ve çalışmamıza katılan hastalarda orta düzeyde depresif belirtiler bulunduğu saptanmıştır.

FBÖ bakıldığında çalışmamıza katılan hastaların motor alt boyut ortalama puanı 48,21±16,75, kognitif alt boyut ortalama puanı 28,92±4,87 ve ölçek toplam ortalama puanı 77,04±19,44 olarak görülmüştür. Hastaların toplam FBÖ puanlarına bakıldığında orta düzeyde fonksiyonel bağımlılık durumlarının olduğu ve bunun daha çok motor fonksiyon bozukluklarından kaynaklandığı görülmüştür.

Barthel İndeks total puanına bakıldığında, ölçeğin toplam puan ortalaması $46,36 \pm 23,4$ olarak görülmektedir ve çalışmaya katılan hastalarda ileri derece bağımlılık mevcuttur.

İnme Etki Ölçeği 3.0 alt boyutlarına ve toplam puanına bakıldığında ortalama puanları; kuvvet alanı $10,67 \pm 2,73$, hafıza alanı $28,85 \pm 4,65$, duygu durum alanı $25,6 \pm 2,8$, iletişim alanı $30 \pm 3,55$, günlük yaşam aktiviteleri alanı $22,82 \pm 6,85$, mobilite alanı $22,65 \pm 8,26$, el fonksiyonu alanı $8,6 \pm 3,97$, sosyal katılım alanı $19,6 \pm 4,63$, inmeden iyileşme algısı alanı $61,84 \pm 12,98$ ve inme etki ölçeği toplam alanı $169,21 \pm 27,28$ olarak bulunmuştur. Bu ölçeğin toplam puanına baktığımızda çalışmamıza katılan hastaların yaşam kalitelerinin normalden düşük olduğu görülmektedir.

Ölçek puanlarına bakıldığında basıklık ve çarpıklık katsayıları $-3;+3$ aralığında olduğu için normal dağılım sağlanmıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.4 İnme geçiren hastalarda kullanılan ölçeklerin ve ölçek alt boyut puanlarının betimleyici istatistikleri ve ölçek güvenilirlikleri (N=125)

Ölçekler ve alt boyutları	Min-Maks.	Ort.±ss.	Çarpıklık	Basıklık	Cronbach's Alpha
BDE	6-49	21,2±10	0,885	0,136	0,903
FBÖ Motor	13-84	48,21±16,75	-0,26	-0,75	0,951
FBÖ Kognitif	15-35	28,92±4,87	-1,10	0,47	0,926
FBÖ Total	35-118	77,04±19,44	-0,30	-0,64	0,947
Barthel İndeks	0-95	46,36±23,4	-0,40	-0,44	0,877
Kuvvet	4-18	10,67±2,73	-0,32	0,18	0,541
Hafıza	10-35	28,85±4,65	-1,32	2,00	0,926
Duygu durum	19-33	25,6±2,8	0,18	-0,29	0,808
İletişim	19-35	30±3,55	-0,76	0,32	0,823
Günlük Yaşam Aktiviteleri	10-42	22,82±6,85	0,21	-0,23	0,873
Mobilite	9-45	22,65±8,26	0,32	-0,15	0,958
El Fonksiyonu	5-20	8,6±3,97	1,10	0,40	0,841
Sosyal Katılım	8-36	19,6±4,63	0,67	1,74	0,883
İnmeden İyileşme Algısı	30-90	61,84±12,98	-0,48	0,01	x
İnme Etkisi Total	110-246	169,21±27,28	0,22	-0,08	0,946

4.5. İnme Geçiren Hastaların Ölçek Puanlarının Hastaların Yaşlarına Göre Karşılaştırılması

Hastaların yaşlarına göre ölçek puanlarına bakıldığında; İEÖ 3.0 alt boyutlarından Günlük Yaşam Aktiviteleri puanı ($25,03\pm 6,85$), El Fonksiyonu puanı ($9,84\pm 4,14$), Sosyal Katılım puanı ($20,53\pm 5,07$) ve İnme Etki Total puanı ($177,5\pm 26,33$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). 50 yaş altındakilerin günlük yaşam aktiviteleri, el fonksiyonu, sosyal katılım, inme etki toplamı açısından algı düzeyleri en yüksektir yaş yükseldikçe hastaların algı düzeyi düşmektedir .

Diğer ölçek puanlarının yaşa göre değişmediği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5 İnme geçiren hastaların ölçek puanlarının hastaların yaşlarına göre karşılaştırılması (N=125)

Ölçekler ve alt boyutları	n	Ort.±ss.	F	p	
BDE	50 yaş altı	38	21,53±10,28	0,091	0,913
	51-64 yaş	45	20,69±11,21		
	65 yaş ve üstü	42	21,45±8,48		
FBÖ Motor	50 yaş altı	38	53,34±14,75	2,944	0,056
	51-64 yaş	45	47,29±17,14		
	65 yaş ve üstü	42	44,55±17,28		
FBÖ Kognitif	50 yaş altı	38	29,16±5,16	0,071	0,931
	51-64 yaş	45	28,76±4,86		
	65 yaş ve üstü	42	28,88±4,71		
FBÖ Total	50 yaş altı	38	82,18±17,98	2,150	0,121
	51-64 yaş	45	76,07±20,05		
	65 yaş ve üstü	42	73,43±19,53		
Barthel İndeksi	50 yaş altı	38	52,76±20,88	2,567	0,081
	51-64 yaş	45	45,89±24,06		
	65 yaş ve üstü	42	41,07±23,98		
Kuvvet	50 yaş altı	38	11,24±2,42	1,172	0,313
	51-64 yaş	45	10,4±3		
	65 yaş ve üstü	42	10,45±2,69		
Hafıza	50 yaş altı	38	28,76±4,69	0,146	0,864
	51-64 yaş	45	28,64±5,05		
	65 yaş ve üstü	42	29,17±4,25		

Tablo 4.5 (Devam) İnme geçiren hastaların ölçek puanlarının hastaların yaşlarına göre karşılaştırılması (N=125)

Ölçekler ve alt boyutları	n	Ort.±ss.	F	p	
Duygu Durum	50 yaş altı	38	25,61±2,83	0,010	0,990
	51-64 yaş	45	25,56±2,73		
	65 yaş ve üstü	42	25,64±2,92		
İletişim	50 yaş altı	38	30,61±3,69	0,902	0,408
	51-64 yaş	45	29,93±3,64		
	65 yaş ve üstü	42	29,55±3,31		
Günlük Yaşam Aktiviteleri	50 yaş altı	38	25,03±6,85	4,006	0,021*
	51-64 yaş	45	22,84±6,91		
	65 yaş ve üstü	42	20,79±6,3		
Mobilite	50 yaş altı	38	24,58±7,77	1,773	0,174
	51-64 yaş	45	22,42±7,93		
	65 yaş ve üstü	42	21,14±8,87		
El Fonksiyonu	50 yaş altı	38	9,84±4,14	4,709	0,011*
	51-64 yaş	45	8,69±4,03		
	65 yaş ve üstü	42	7,38±2,34		
Sosyal Katılım	50 yaş altı	38	20,53±5,07	3,668	0,028*
	51-64 yaş	45	20,27±4,42		
	65 yaş ve üstü	42	18,07±4,12		
İnmeden İyileşme Algısı	50 yaş altı	38	64,74±11,56	2,932	0,057
	51-64 yaş	45	62,89±13,92		
	65 yaş ve üstü	42	58,1±12,54		
İnme Etki Total	50 yaş altı	38	177,5±26,33	3,267	0,042*
	51-64 yaş	45	168,76±28,34		
	65 yaş ve üstü	42	162,19±25,48		

*p<0,05 anlamlı fark var; F: ANOVA testi

4.6. İnme Geçiren Hastaların Ölçek Puanlarının Hastaların Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması

Hastaların cinsiyetlerine göre ölçek puanlarına bakıldığında; inme etki ölçeği alt boyutlarından mobilite puanı bakımından anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Erkek hastaların yaşam kalitesi açısından mobilite algı düzeyi daha yüksektir (23,97±8,45).

Hastaların cinsiyetlerine göre diğer ölçek puanları ile arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6 İnme geçiren hastaların ölçek puanlarının hastaların cinsiyetlerine göre karşılaştırılması (N=125)

Ölçekler ve alt boyutları		n	Ort.±ss.	t	p
BDE	Kadın	48	23,25±10,3	1,826	0,070
	Erkek	77	19,92±9,66		
FBÖ Motor	Kadın	48	46,77±18,24	-0,756	0,451
	Erkek	77	49,1±15,81		
FBÖ Kognitif	Kadın	48	28,63±5,09	-0,533	0,595
	Erkek	77	29,1±4,75		
FBÖ Total	Kadın	48	75,4±21,83	-0,745	0,458
	Erkek	77	78,06±17,87		
Barthel İndeksi	Kadın	48	42,19±23,56	-1,583	0,116
	Erkek	77	48,96±23,08		
Kuvvet	Kadın	48	10,56±2,84	-0,352	0,725
	Erkek	77	10,74±2,68		
Hafıza	Kadın	48	28,48±4,51	-0,714	0,476
	Erkek	77	29,09±4,74		
Duygu Durum	Kadın	48	25,13±2,48	-1,502	0,136
	Erkek	77	25,9±2,97		
İletişim	Kadın	48	30,27±3,37	0,653	0,515
	Erkek	77	29,84±3,66		
Günlük Yaşam Aktiviteleri	Kadın	48	21,63±7,23	-1,543	0,125
	Erkek	77	23,56±6,54		
Mobilite	Kadın	48	20,52±7,56	-2,312	0,022*
	Erkek	77	23,97±8,45		
El Fonksiyonu	Kadın	48	8,5±3,58	-0,238	0,812
	Erkek	77	8,66±3,79		
Sosyal Katılım	Kadın	48	19,27±4,7	-0,641	0,522
	Erkek	77	19,82±4,6		
İnmeden İyileşme Algısı	Kadın	48	60,42±14,73	-0,968	0,335
	Erkek	77	62,73±11,77		
İnme Etki Total	Kadın	48	164,35±27,86	-1,580	0,117
	Erkek	77	172,23±26,65		

*p<0,05 anlamlı fark var; t: Bağımsız gruplar t testi

4.7 İnme Geçiren Hastaların Ölçek Puanlarının Hastaların Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Hastaların medeni durumlarına göre ölçek puanlarına bakıldığında; BDE, Fonksiyonel Bağımsızlık, Barthel İndeksi, İnme Etki total ve bunların alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7 İnme geçiren hastaların ölçek puanlarının hastaların medeni durumlarına göre karşılaştırılması (N=125)

Ölçekler ve alt boyutları		n	Ort.±ss.	t	p
BDE	Evli	89	20,74±10,93	-0,953	0,343
	Bekar	36	22,33±7,22		
FBÖ Motor	Evli	89	48,48±16,71	0,288	0,774
	Bekar	36	47,53±17,08		
FBÖ Kognitif	Evli	89	28,99±4,96	0,247	0,805
	Bekar	36	28,75±4,7		
FBÖ Total	Evli	89	77,35±19,37	0,278	0,782
	Bekar	36	76,28±19,88		
Barthel İndeksi	Evli	89	46,69±23,82	0,243	0,808
	Bekar	36	45,56±22,64		
Kuvvet	Evli	89	10,64±2,86	-0,202	0,840
	Bekar	36	10,75±2,43		
Hafıza	Evli	89	28,89±4,67	0,119	0,905
	Bekar	36	28,78±4,67		
Duygu Durum	Evli	89	25,75±3,08	1,146	0,255
	Bekar	36	25,22±1,97		
İletişim	Evli	89	30,11±3,83	0,593	0,555
	Bekar	36	29,75±2,74		
Günlük Yaşam Aktiviteleri	Evli	89	23,4±7,27	1,706	0,092
	Bekar	36	21,36±5,5		
Mobilite	Evli	89	22,85±8,24	0,437	0,663
	Bekar	36	22,14±8,41		
El Fonksiyonu	Evli	89	8,91±3,97	1,712	0,090
	Bekar	36	7,83±2,8		
Sosyal Katılım	Evli	89	19,81±4,87	0,762	0,448
	Bekar	36	19,11±3,99		
İNmeden İyileşme Algısı	Evli	89	61,8±13,53	-0,057	0,955
	Bekar	36	61,94±11,67		
İNme Etki Total	Evli	89	170,93±29,08	1,250	0,215
	Bekar	36	164,94±22,01		

* $p<0,05$ anlamlı fark var; t: Bağımsız gruplar t testi

4.8. İnme Geçiren Hastaların Ölçek Puanlarının Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Hastaların eğitim durumlarına göre ölçek puanlarına bakıldığında; BDE puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). İlköğretim öncesi (okur yazar olmayan) depresif belirti düzeyi en yüksektir ($26,94\pm 11,7$).

Hastaların eğitim durumlarına göre ölçek puanlarına bakıldığında; Barthel İndeksi puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Lise ve üstü mezunu olanların BI düzeyi en yüksektir ($51,76\pm 21,61$).

Hastaların eğitim durumlarına göre ölçek puanlarına bakıldığında; İnme Etki Ölçeği 3.0 alt boyutlarından Günlük Yaşam Aktiviteleri puanı ($24,84\pm 6,03$), Sosyal Katılım puanı ($21,51\pm 4,76$), İnme Etki Total puanı ($179,62\pm 27,93$) bakımından istatistiksel ileri derecede anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,01$). Lise ve üstü mezunu olanların günlük yaşam aktiviteleri, sosyal katılım, inme etki total düzeyi en yüksektir.

Hastaların eğitim durumlarına göre ölçek puanlarına bakıldığında; İEÖ 3.0 alt boyutlarından İletişim puanı için, istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Lise ve üstü mezunu olanların iletişim düzeyi en yüksektir ($30,51\pm 3,93$).

Hastaların eğitim durumlarına göre ölçek puanlarına bakıldığında; diğer ölçek puanları ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8 İnme geçiren hastaların ölçek puanlarının hastaların eğitim durumlarına göre karşılaştırılması (N=125)

Ölçekler ve alt boyutları	n	Ort.±ss.	F	p	
BDE	İlköğretim öncesi	18	26,94±11,7	3,615	0,030*
	İlköğretim	70	20,21±8,91		
	Lise ve üstü	37	20,27±10,41		
FBÖ Motor	İlköğretim öncesi	18	40,72±16,97	2,812	0,064
	İlköğretim	70	48,14±16,72		
	Lise ve üstü	37	51,97±15,88		
FBÖ Kognitif	İlköğretim öncesi	18	27,67±5,04	1,253	0,289
	İlköğretim	70	28,77±4,98		
	Lise ve üstü	37	29,81±4,53		
FBÖ Total	İlköğretim öncesi	18	68,39±18,94	2,819	0,064
	İlköğretim	70	76,93±19,36		
	Lise ve üstü	37	81,46±18,9		
Barthel İndeksi	İlköğretim öncesi	18	34,17±23,15	3,574	0,031*
	İlköğretim	70	46,64±23,54		
	Lise ve üstü	37	51,76±21,61		
Kuvvet	İlköğretim öncesi	18	10,06±3,1	2,662	0,074
	İlköğretim	70	10,39±2,64		
	Lise ve üstü	37	11,51±2,6		
Hafıza	İlköğretim öncesi	18	26,67±4,35	2,960	0,056
	İlköğretim	70	28,89±4,86		
	Lise ve üstü	37	29,86±4,08		
Duygu Durum	İlköğretim öncesi	18	24,89±2,89	1,902	0,154
	İlköğretim	70	25,41±2,45		
	Lise ve üstü	37	26,3±3,29		
İletişim	İlköğretim öncesi	18	28,11±2,97	3,197	0,044*
	İlköğretim	70	30,23±3,35		
	Lise ve üstü	37	30,51±3,93		
Günlük Yaşam Aktiviteleri	İlköğretim öncesi	18	18,83±6,16	4,948	0,009*
	İlköğretim	70	22,77±7,06		
	Lise ve üstü	37	24,84±6,03		
Mobilite	İlköğretim öncesi	18	19,44±6,84	2,328	0,102
	İlköğretim	70	22,5±8,22		
	Lise ve üstü	37	24,49±8,66		

Tablo 4.8 (Devam) İnme geçiren hastaların ölçek puanlarının hastaların eğitim durumlarına göre karşılaştırılması (N=125)

Ölçekler ve alt boyutları	n	Ort.±ss.	F	p	
El Fonksiyonu	İlköğretim öncesi	18	7,06±2,07	2,181	0,117
	İlköğretim	70	8,66±3,95		
	Lise ve üstü	37	9,24±3,67		
Sosyal Katılım	İlköğretim öncesi	18	17,5±3,75	5,765	0,004*
	İlköğretim	70	19,14±4,46		
	Lise ve üstü	37	21,51±4,76		
İNmeden İyileşme Algısı	İlköğretim öncesi	18	57,78±12,15	1,066	0,348
	İlköğretim	70	62,29±13,53		
	Lise ve üstü	37	62,97±12,22		
İNme Etki Total	İlköğretim öncesi	18	152,56±22,39	6,680	0,002*
	İlköğretim	70	167,99±25,98		
	Lise ve üstü	37	179,62±27,93		

*p<0,05 anlamlı fark var; F: ANOVA testi

4.9. İnme Geçiren Hastaların Ölçek Puanlarının Hastaların Yaşadıkları Yere Göre Karşılaştırılması

Hastaların yaşadıkları yere göre; FBÖ motor puanı (52,13±14,49) ve FBÖ total puanı (81,46±17,12) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). İlde yaşayanların fonksiyonel bağımsızlık motor ve fonksiyonel bağımsızlık toplam puanları düzeyi daha yüksektir.

Hastaların yaşadıkları yere göre; Barthel İndeksi puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). İlde yaşayanların barthel indeksi düzeyi daha yüksektir (51,61±20,52).

Hastaların yaşadıkları yere göre; İEÖ 3.0 alt boyutlarından Kuvvet puanı (11,34±2,35), Günlük Yaşam Aktiviteleri puanı (24,48±6,01), Mobilite puanı (24,59±8,17), İnmeden İyileşme Algısı puanı (64,64±11,75), İnme Etki Total puanı (175,32±23,9) bakımından istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). İlde yaşayanların kuvvet, günlük yaşam aktiviteleri, mobilite, inmeden iyileşme algısı, inme etki total düzeyleri daha yüksektir.

Hastaların yaşadıkları yere göre bakıldığında diğer ölçek puanları ile istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9 İnme geçiren hastaların ölçek puanlarının hastaların yaşadıkları yere göre karşılaştırılması (N=125)

Ölçekler ve alt boyutları		n	Ort.±ss.	t	p
BDE	İl	56	19,96±9,94	-1,247	0,215
	İlçe+köy	69	22,2±10,01		
FBÖ Motor	İl	56	52,13±14,49	2,452	0,016*
	İlçe+köy	69	45,03±17,86		
FBÖ Kognitif	İl	56	29,5±4,8	1,202	0,232
	İlçe+köy	69	28,45±4,91		
FBÖ Total	İl	56	81,46±17,12	2,377	0,019*
	İlçe+köy	69	73,45±20,57		
Barthel İndeksi	İl	56	51,61±20,52	2,297	0,023*
	İlçe+köy	69	42,1±24,84		
Kuvvet	İl	56	11,34±2,35	2,509	0,013*
	İlçe+köy	69	10,13±2,92		
Hafıza	İl	56	29,48±4,29	1,361	0,176
	İlçe+köy	69	28,35±4,9		
Duygu Durum	İl	56	25,66±2,57	0,217	0,828
	İlçe+köy	69	25,55±3		
İletişim	İl	56	30,61±3,47	1,715	0,089
	İlçe+köy	69	29,52±3,56		
Günlük Yaşam Aktiviteleri	İl	56	24,48±6,01	2,500	0,014*
	İlçe+köy	69	21,46±7,23		
Mobilite	İl	56	24,59±8,17	2,412	0,017*
	İlçe+köy	69	21,07±8,05		
El Fonksiyonu	İl	56	9,13±3,63	1,437	0,153
	İlçe+köy	69	8,17±3,72		
Sosyal Katılım	İl	56	20,04±4,41	0,930	0,354
	İlçe+köy	69	19,26±4,8		
İnmeden İyileşme Algısı	İl	56	64,64±11,75	2,210	0,029*
	İlçe+köy	69	59,57±13,55		
İnme Etki Total	İl	56	175,32±23,9	2,296	0,023*
	İlçe+köy	69	164,25±28,97		

* $p<0,05$ anlamlı fark var; t: Bağımsız gruplar t testi

4.10. İnme Geçiren Hastaların Ölçek Puanlarının Hastaların Gelir Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Hastaların gelir durumuna göre; BDE puanı bakımından istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,01$). Geliri giderinden az olanların depresif belirti düzeyi daha yüksektir ($25,28\pm 11,53$).

Hastaların gelir durumuna göre; İEÖ 3.0 alt boyutlarından Duygu durum puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,01$). Geliri giderinden fazla olanların duygu durum düzeyleri daha yüksektir ($27,25\pm 3,01$).

Diğer puanlar hastaların gelir durumuna göre değişmemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10 İnme geçiren hastaların ölçek puanlarının hastaların gelir durumlarına göre karşılaştırılması (N=125)

Ölçekler ve alt boyutlar	n	Ort.±ss.	t	p	
BDE	Gelir giderden az	40	25,28±11,53	5,246	0,007*
	Gelir gidere eşit	77	19,36±8,56		
	Gelir giderden fazla	8	18,5±9,78		
FBÖ Motor	Gelir giderden az	40	49,4±17	0,859	0,426
	Gelir gidere eşit	77	46,95±17,1		
	Gelir giderden fazla	8	54,38±10,82		
FBÖ Kognitif	Gelir giderden az	40	29±4,78	0,238	0,789
	Gelir gidere eşit	77	28,77±4,85		
	Gelir giderden fazla	8	30±6		
FBÖ Total	Gelir giderden az	40	78,35±20	0,870	0,421
	Gelir gidere eşit	77	75,6±19,5		
	Gelir giderden fazla	8	84,38±15,64		
Barthel İndeksi	Gelir giderden az	40	48,38±23,13	1,813	0,167
	Gelir gidere eşit	77	43,96±24,2		
	Gelir giderden fazla	8	59,38±9,04		
Kuvvet	Gelir giderden az	40	10,53±2,52	1,439	0,241
	Gelir gidere eşit	77	10,58±2,89		
	Gelir giderden fazla	8	12,25±1,83		

Tablo 4.10 (Devam) İnme geçiren hastaların ölçek puanlarının hastaların gelir durumlarına göre karşılaştırılması (N=125)

Ölçekler ve alt boyutlar		n	Ort.±ss.	t	p
Hafıza	Gelir giderden az	40	28,25±5,11	0,522	0,595
	Gelir gidere eşit	77	29,1±4,19		
	Gelir giderden fazla	8	29,5±6,61		
Duygu Durum	Gelir giderden az	40	24,55±2,64	5,199	0,007*
	Gelir gidere eşit	77	25,97±2,72		
	Gelir giderden fazla	8	27,25±3,01		
İletişim	Gelir giderden az	40	30,05±3,58	0,144	0,866
	Gelir gidere eşit	77	29,92±3,48		
	Gelir giderden fazla	8	30,63±4,41		
Günlük Yaşam Aktiviteleri	Gelir giderden az	40	23,43±6,83	1,735	0,181
	Gelir gidere eşit	77	22,12±6,89		
	Gelir giderden fazla	8	26,5±5,81		
Mobilite	Gelir giderden az	40	23,18±8,73	1,351	0,263
	Gelir gidere eşit	77	21,95±8,13		
	Gelir giderden fazla	8	26,75±6,43		
El Fonksiyonu	Gelir giderden az	40	9,25±4	0,910	0,405
	Gelir gidere eşit	77	8,29±3,56		
	Gelir giderden fazla	8	8,38±3,38		
Sosyal Katılım	Gelir giderden az	40	18,85±4,19	2,442	0,091
	Gelir gidere eşit	77	19,68±4,77		
	Gelir giderden fazla	8	22,75±4,5		
İnmeden İyileşme Algısı	Gelir giderden az	40	168,08±27,33	1,262	0,287
	Gelir gidere eşit	77	168,26±27,82		
	Gelir giderden fazla	8	184±18,73		
İnme Etki Total	Gelir giderden az	40	61,25±13,62	0,079	0,924
	Gelir gidere eşit	77	62,21±12,73		
	Gelir giderden fazla	8	61,25±13,56		

*p<0,05 anlamlı fark var; t: Bağımsız gruplar t testi

4.11. İnme Geçiren Hastaların Ölçek Puanlarının Hastaların Beraber Yaşadığı Kişilere Göre Karşılaştırılması

Hastaların beraber yaşadığı kişilere göre; BDE, Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği, Barthel İndeksi, İnme Etki Ölçeği 3.0 puanları ve alt boyutları bakımından istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11 İnme geçiren hastaların ölçek puanlarının hastaların beraber yaşadığı kişilere göre karşılaştırılması (N=125)

Ölçekler ve alt boyutlar	n	Ort.±ss.	F	p	
BDE	Yalnız	10	24,5±10,61	0,913	0,459
	Eşi	44	19,16±10,3		
	Eşi ve çocukları	41	21,56±11,12		
	Çocukları	14	23,21±7,36		
	Diğer*	16	22,06±7,37		
FBÖ Motor	Yalnız	10	51,2±10,98	0,588	0,672
	Eşi	44	49,52±16,29		
	Eşi ve çocukları	41	48,41±17,08		
	Çocukları	14	42,29±19,51		
	Diğer*	16	47,38±18,3		
FBÖ Kognitif	Yalnız	10	30,3±3,23	1,903	0,114
	Eşi	44	30,23±4,24		
	Eşi ve çocukları	41	27,93±5,45		
	Çocukları	14	28,5±4,4		
	Diğer*	16	27,38±5,52		
FBÖ Total	Yalnız	10	81,5±11,26	0,741	0,566
	Eşi	44	79,55±17,71		
	Eşi ve çocukları	41	76,29±20,96		
	Çocukları	14	70,79±23,26		
	Diğer*	16	74,75±20,83		
Barthel İndeksi	Yalnız	10	51,5±9,73	1,066	0,376
	Eşi	44	47,84±22,71		
	Eşi ve çocukları	41	46,95±25,17		
	Çocukları	14	34,64±27,28		
	Diğer*	16	47,81±22,43		
Kuvvet	Yalnız	10	11,3±1,89	1,175	0,325
	Eşi	44	10,98±2,78		
	Eşi ve çocukları	41	10,66±2,9		
	Çocukları	14	9,29±2,43		
	Diğer*	16	10,69±2,75		

Tablo 4.11 (Devam) İnme geçiren hastaların ölçek puanlarının hastaların beraber yaşadığı kişilere göre karşılaştırılması (N=125)

Ölçekler ve alt boyutlar		n	Ort.±ss.	F	p
Hafıza	Yalnız	10	29,4±3,24	0,787	0,536
	Eşi	44	29,75±4,44		
	Eşi ve çocukları	41	28,12±4,84		
	Çocukları	14	28,57±4,55		
	Diğer	16	28,19±5,55		
Duygu Durum	Yalnız	10	24,9±2,38	2,137	0,080
	Eşi	44	26,57±2,98		
	Eşi ve çocukları	41	25,1±2,95		
	Çocukları	14	25,29±1,94		
	Diğer*	16	24,94±2,35		
İletişim	Yalnız	10	30±2,83	0,419	0,795
	Eşi	44	30,48±3,43		
	Eşi ve çocukları	41	29,88±4,18		
	Çocukları	14	29,14±2,51		
	Diğer*	16	29,81±3,45		
Günlük Yaşam Aktiviteleri	Yalnız	10	22,6±2,59	1,773	0,139
	Eşi	44	24,07±7,06		
	Eşi ve çocukları	41	23,39±7,48		
	Çocukları	14	18,93±5,51		
	Diğer*	16	21,44±6,65		
Mobilite	Yalnız	10	21,2±4,73	0,448	0,774
	Eşi	44	22,93±7,86		
	Eşi ve çocukları	41	23,22±8,66		
	Çocukları	14	20,29±10,25		
	Diğer*	16	23,38±8,63		
El Fonksiyonu	Yalnız	10	9,7±3,65	2,190	0,074
	Eşi	44	9,25±3,8		
	Eşi ve çocukları	41	8,78±4,23		
	Çocukları	14	6,43±1,16		
	Diğer*	16	7,56±2,63		
Sosyal Katılım	Yalnız	10	19,1±3,54	0,740	0,567
	Eşi	44	20,07±4,42		
	Eşi ve çocukları	41	20±5,16		
	Çocukları	14	17,86±3,84		
	Diğer*	16	19,19±5,05		
İnmeden İyileşme Algısı	Yalnız	10	63±8,23	0,259	0,904
	Eşi	44	62,27±13,95		
	Eşi ve çocukları	41	61,95±13,82		
	Çocukları	14	58,57±13,51		
	Diğer*	16	62,5±10,65		
İnme Etki Total	Yalnız	10	168,2±9,38	1,322	0,266
	Eşi	44	174,09±26,98		
	Eşi ve çocukları	41	170,37±31,28		
	Çocukları	14	155,79±25,47		
	Diğer*	16	165,19±24,1		

F: ANOVA testi*(Anne, baba, kardeş, arkadaş vs.)

4.12. İnme Geçiren Hastaların Ölçek Puanlarının Hastaların İnme Türüne Göre Karşılaştırılması

Hastaların inme türüne göre; İEÖ 3.0 alt boyutlarından Duygu durum puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Hemorajik inmesi bulunanlarda duygu durum düzeyi daha yüksektir ($26,34\pm 2,18$).

Hastaların inme türüne göre diğer ölçek puanları değişmemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12 İnme geçiren hastaların ölçek puanlarının hastaların inme türüne göre karşılaştırılması (N=125)

Ölçekler ve alt boyutları	n	Ort.±ss.	t	p	
BDE	Hemorajik	32	21,13±8,82	-0,049	0,961
	İskemik	93	21,23±10,42		
FBÖ Motor	Hemorajik	32	46,63±17,47	-0,618	0,538
	İskemik	93	48,75±16,56		
FBÖ Kognitif	Hemorajik	32	28,19±5,51	-0,987	0,326
	İskemik	93	29,17±4,63		
FBÖ Total	Hemorajik	32	74,84±21,1	-0,739	0,461
	İskemik	93	77,8±18,9		
Barthel İndeksi	Hemorajik	32	43,44±25,35	-0,818	0,415
	İskemik	93	47,37±22,75		
Kuvvet	Hemorajik	32	10,41±2,92	-0,636	0,526
	İskemik	93	10,76±2,68		
Hafıza	Hemorajik	32	28,75±4,32	-0,149	0,882
	İskemik	93	28,89±4,78		
Duygu Durum	Hemorajik	32	26,34±2,18	2,030	0,046*
	İskemik	93	25,34±2,96		
İletişim	Hemorajik	32	29,19±3,9	-1,526	0,130
	İskemik	93	30,29±3,39		
Günlük Yaşam Aktiviteleri	Hemorajik	32	21,88±6,95	-0,900	0,370
	İskemik	93	23,14±6,82		
Mobilite	Hemorajik	32	21,72±7,91	-0,736	0,463
	İskemik	93	22,97±8,4		
El Fonksiyonu	Hemorajik	32	8±3,64	-1,065	0,289
	İskemik	93	8,81±3,71		
Sosyal Katılım	Hemorajik	32	19,34±4,19	-0,373	0,710
	İskemik	93	19,7±4,79		
İnmeden İyileşme Algısı	Hemorajik	32	62,81±11,98	0,490	0,625
	İskemik	93	61,51±13,35		
İnme Etki Total	Hemorajik	32	165,63±25,68	-0,860	0,391
	İskemik	93	170,44±27,84		

* $p<0,05$ anlamlı fark var; t: Bağımsız gruplar t testi

4.13. İnme Geçiren Hastaların Ölçek Puanlarının Hastalarda Ek Kronik Hastalık Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Hastaların ek kronik hastalıklarına göre; BDE, Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği, Barthel İndeksi, İnme Etki Ölçeği 3.0 puanları ve alt boyutları bakımından istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.13 İnme geçiren hastaların ölçek puanlarının hastalarda ek kronik hastalık olma durumuna göre karşılaştırılması (N=125)

Ölçekler ve alt boyutlar	Ek kronik hastalık	n	Ort.±ss.	t	p
BDE	Var	90	21,3±9,65	0,179	0,859
	Yok	35	20,94±10,99		
FBÖ Motor	Var	90	47,22±16,52	-1,055	0,293
	Yok	35	50,74±17,33		
FBÖ Kognitif	Var	90	29,04±4,62	0,422	0,675
	Yok	35	28,6±5,52		
FBÖ Total	Var	90	76,28±18,93	-0,701	0,484
	Yok	35	79±20,86		
Barthel İndeksi	Var	90	44,83±22,9	-1,171	0,244
	Yok	35	50,29±24,55		
Kuvvet	Var	90	10,5±2,7	-1,129	0,261
	Yok	35	11,11±2,82		
Hafıza	Var	90	28,66±4,5	-0,772	0,442
	Yok	35	29,37±5,05		
Duygu Durum	Var	90	25,32±2,57	-1,791	0,076
	Yok	35	26,31±3,28		
İletişim	Var	90	29,88±3,43	-0,657	0,512
	Yok	35	30,34±3,86		
Günlük Yaşam Aktiviteleri	Var	90	22,28±6,63	-1,414	0,160
	Yok	35	24,2±7,32		
Mobilite	Var	90	21,83±7,17	-1,521	0,135
	Yok	35	24,74±10,4		
El Fonksiyonu	Var	90	8,34±3,41	-1,242	0,216
	Yok	35	9,26±4,34		
Sosyal Katılım	Var	90	19,43±4,14	-0,675	0,501
	Yok	35	20,06±5,75		
İnmeden İyileşme Algısı	Var	90	60,78±13,09	-1,475	0,143
	Yok	35	64,57±12,45		
İnme Etki Total	Var	90	166,24±25,69	-1,970	0,051
	Yok	35	176,83±30,06		

* $p<0,05$ anlamlı fark var; t: Bağımsız gruplar t testi

4.14. İnme Geçiren Hastaların Ölçek Puanlarının Hastaların Konuşma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Hastaların konuşma durumuna göre; BDE puanı bakımından istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,01$). Kısmi afazi olanlarda depresif belirti düzeyi daha yüksektir ($27,19\pm 10,25$).

Hastaların konuşma durumuna göre; FBÖ Motor puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Normal konuşması olanlarda fonksiyonel bağımsızlık motor düzeyi daha yüksektir ($49,7\pm 16$).

Hastaların konuşma durumuna göre; FBÖ Kognitif puanı bakımından istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). Normal konuşması olanlarda fonksiyonel bağımsızlık kognitif düzeyi daha yüksektir ($30,04\pm 4,11$).

Hastaların konuşma durumuna göre; FBÖ Total puanı bakımından istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,01$). Normal konuşması olanlarda fonksiyonel bağımsızlık düzeyi daha yüksektir ($79,63\pm 18,12$).

Hastaların konuşma durumuna göre; İEÖ 3.0 alt boyutu Hafıza puanı ($29,3\pm 4,6$) ve İnmeden İyileşme Algısı puanı ($63,17\pm 13,02$) bakımından istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Normal konuşması olanlarda hafıza ve inmeden iyileşme algısı düzeyi daha yüksektir.

Hastaların konuşma durumuna göre; İEÖ 3.0 alt boyutu İletişim puanı bakımından istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). Normal konuşması olanlarda iletişim düzeyi daha yüksektir ($30,71\pm 3,19$).

Hastaların konuşma durumuna göre; İEÖ 3.0 alt boyutu Günlük Yaşam Aktiviteleri puanı ($23,7\pm 6,67$), El Fonksiyonu puanı ($8,92\pm 3,86$), İnme Etkisi Total puanı ($172,68\pm 27,19$) bakımından istatistiksel ileri derecede anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,01$). Normal konuşması olanlarda GYA düzeyi daha yüksektir

Hastaların konuşma durumuna göre diğer puanlar değişmemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.14)

Tablo 4.14 İnme geçiren hastaların ölçek puanlarının hastaların konuşma durumlarına göre karşılaştırılması (N=125)

Ölçekler ve alt boyutlar	Konuşma durumu	n	Ort.±ss.	t	p
BDE	Normal	104	19,99±9,55	-3,113	0,002*
	Kısmi afazi	21	27,19±10,25		
FBÖ Motor	Normal	104	49,7±16	2,255	0,026*
	Kısmi afazi	21	40,81±18,78		
FBÖ Kognitif	Normal	104	30,04±4,11	6,633	0,000*
	Kısmi afazi	21	23,38±4,59		
FBÖ Total	Normal	104	79,63±18,12	3,464	0,001*
	Kısmi afazi	21	64,19±21,08		
Barthel İndeksi	Normal	104	48,17±22,67	1,949	0,054
	Kısmi afazi	21	37,38±25,43		
Kuvvet	Normal	104	10,86±2,79	1,684	0,095
	Kısmi afazi	21	9,76±2,3		
Hafıza	Normal	104	29,3±4,6	2,412	0,017*
	Kısmi afazi	21	26,67±4,35		
Duygu Durum	Normal	104	25,75±2,87	1,334	0,185
	Kısmi afazi	21	24,86±2,39		
İletişim	Normal	104	30,71±3,19	5,485	0,000*
	Kısmi afazi	21	26,52±3,2		
Günlük Yaşam Aktiviteleri	Normal	104	23,7±6,67	3,346	0,001*
	Kısmi afazi	21	18,43±6,16		
Mobilite	Normal	104	23,02±8,35	1,119	0,265
	Kısmi afazi	21	20,81±7,74		
El Fonksiyonu	Normal	104	8,92±3,86	3,174	0,003*
	Kısmi afazi	21	7±2,17		
Sosyal Katılım	Normal	104	19,94±4,75	1,813	0,072
	Kısmi afazi	21	17,95±3,67		
İnmeden İyileşme Algısı	Normal	104	63,17±13,02	2,616	0,010*
	Kısmi afazi	21	55,24±10,78		
İnme Etki Total	Normal	104	172,68±27,19	3,292	0,001*
	Kısmi afazi	21	152±20,81		

*p<0,05 anlamlı fark var; t: Bağımsız gruplar t testi

4.15. İnme Geçiren Hastaların İEÖ 3.0 Toplam ve Alt Boyut Puanlarının; BDE, FBÖ Alt Boyutları ve BI Puanları ile İlişkisi

BDE puanı ile yaşam kalitesi alt boyutlarından Kuvvet, Hafıza, Duygu Durum, İletişim, Günlük Yaşam Aktiviteleri, Mobilite, Sosyal Katılım, İnmeden İyileşme Algısı, İnme Etki Total puanları arasında negatif yönlü istatistiksel çok ileri derecede anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0,001). İlişkiler orta kuvvetlidir. BDE puanı ile İEÖ 3.0 alt boyutu olan el fonksiyonu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır

($p>0,05$). Buna göre hastalarda görülen depresif belirtiler arttıkça yaşam kaliteleri düşmektedir.

Fonksiyonel bağımsızlık ölçeği alt boyutu olan motor puanı ile İEÖ 3.0 alt boyutlarından Kuvvet, Hafıza, İletişim, Günlük Yaşam Aktiviteleri, Mobilite, El Fonksiyonu, Sosyal Katılım, İnmeden İyileşme Algısı, İnme Etki Total puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel çok ileri derece anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Duygu durum alt boyutuyla arasında ise pozitif yönlü istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Kuvvet, GYA, mobilite, inme etki total alt boyutları ile ilişkiler güçlü, diğer ilişkiler orta kuvvetli veya zayıftır.

Fonksiyonel bağımsızlık ölçeği alt boyutu olan kognitif puanı ile İEÖ 3.0 alt boyutlarından Kuvvet, Hafıza, İletişim, Günlük Yaşam Aktiviteleri, Mobilite, El Fonksiyonu, Sosyal Katılım, İnmeden İyileşme Algısı, İnme Etkisi Total puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel çok ileri derece anlamlı ($p<0,001$), duygu durum alt boyutu ile ise ileri derece anlamlı ($p<0,01$) ilişki saptanmıştır. Hafıza, iletişim, inme etki total alt boyutları ile ilişkileri güçlü, diğer ilişkiler orta kuvvetli veya zayıftır.

Fonksiyonel bağımsızlık total puanı ile İEÖ 3.0 alt boyutlarından Kuvvet, Hafıza, İletişim, Günlük Yaşam Aktiviteleri, Mobilite, El Fonksiyonu, Sosyal Katılım, İnmeden İyileşme Algısı, İnme Etki Total puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel çok ileri derecede anlamlı ($p<0,001$), Duygu Durum alt boyutu ile ise ileri derece ($p<0,01$) anlamlı ilişki saptanmıştır. Kuvvet, GYA, mobilite, inmeden iyileşme algısı, inme etki total alt boyutları ile ilişkileri güçlü, diğer ilişkiler orta kuvvetli veya zayıftır.

Barthel İndeksi puanı ile İEÖ 3.0 alt boyutlarından Kuvvet, İletişim, Günlük Yaşam Aktiviteleri, Mobilite, El Fonksiyonu, Sosyal Katılım, İnmeden İyileşme Algısı, İnme Etki Total puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel çok ileri derecede anlamlı ($p<0,001$), Hafıza ile ileri derecede anlamlı ($p<0,01$) ilişki saptanmıştır. Duygu durum alt boyutuyla istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Kuvvet, GYA, mobilite, inmeden iyileşme algısı, inme etki total alt boyutları ile ilişkileri güçlü, diğer ilişkiler orta kuvvetli veya zayıftır (Tablo 4.15).

Tablo 4.15 İnme geçiren hastaların İEÖ 3.0 toplam ve alt boyut puanlarının; BDE, FBÖ ve BI puanları ile İlişkisi (N=125)

		BDE	FBÖ Motor	FBÖ Kognitif	FBÖ Total	Barthel İndeksi
Kuvvet	r	-,406**	,703**	,355**	,691**	,726**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Hafıza	r	-,410**	,339**	,673**	,458**	,276**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,002
Duygu Durum	r	-,591**	,198*	,295**	,240**	,183*
	p	0,000	0,027	0,001	0,007	0,041
İletişim	r	-,428**	,382**	,754**	,512**	,333**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Günlük Yaşam Aktiviteleri	r	-,452**	,864**	,495**	,865**	,836**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Mobilite	r	-,426**	,776**	,316**	,745**	,865**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
El Fonksiyonu	r	-,170	,519**	,346**	,530**	,468**
	p	0,058	0,000	0,000	0,000	0,000
Sosyal Katılım	r	-,472**	,574**	,322**	,576**	,532**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
İnmeden İyileşme Algısı	r	-,583**	,675**	,380**	,674**	,717**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
İnme Etki Total	r	-,586**	,834**	,609**	,867**	,820**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

**p<0,01 , *p<0,05 anlamlı ilişki var , Korelasyon katsayısı; 0<r<0,299 zayıf, 0,300<r<0,599 orta, 0,600<r<0,799 güçlü, 0,800<r<0,999 çok güçlü. r; Pearson Korelasyon

4.16. Beck Depresyon Envanteri, Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Barthel İndeksi Puanlarının Birbirleriyle Olan İlişkisi

FBÖ Motor puanının, BDE puanı ile arasında negatif yönlü, Barthel İndeksi puanı ile arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0,001). Depresif belirti puanı ile ilişki orta kuvvetli, Barthel İndeksi puanı ile çok güçlüdür.

FBÖ Kognitif puanının, BDE puanı ile arasında negatif yönlü, Barthel İndeksi puanı ile arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0,001). İlişkiler orta kuvvetlidir.

FBÖ Total puanının, BDE puanı ile arasında negatif, Barthel İndeksi puanı ile arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Depresif belirti ile ilişki orta kuvvetli, Barthel İndeksi ile olan ilişki çok güçlüdür.

Barthel İndeksi puanı ile BDE puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). İlişki orta kuvvetlidir (Tablo 4.16).

Tablo 4.16 Beck Depresyon Envanteri, Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Barthel İndeksi puanlarının birbirleriyle olan ilişkisi (N =125)

		FBÖ Motor	FBÖ Kognitif	Fonksiyonel Bağımsızlık Total	Barthel İndeksi
BDE	r	-,475**	-,428**	-,513**	-,480**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000
Barthel İndeksi	r	,912**	,423**	,889**	1
	p	0,000	0,000	0,000	

** $p<0,01$, * $p<0,05$ anlamlı ilişki var , Korelasyon katsayısı; $0<r<0,299$ zayıf, $0,300<r<0,599$ orta, $0,600<r<0,799$ güçlü, $0,800<r<0,999$ çok güçlü. ; r: Pearson Korelasyon

5.TARTIŞMA

Bu çalışma inme geçirmiş hastaların fonksiyonel bağımsızlık durumlarının; hastalar üzerinde oluşturduğu depresif belirti durumlarının ve yaşam kaliteleri üzerinde oluşturduğu farklılıkların incelenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular aşağıdaki ana başlıklar altında tartışılmıştır.

- İnme Geçiren Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tartışılması
- İnme Geçiren Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerinin Tartışılması
- İnme Geçiren Hastaların Beck Depresyon Envanteri, Barthel İndeksi ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği Düzeylerinin ve İnme Etki Ölçeği Puan Dağılımının Tartışılması
- İnme Geçiren Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri İle Ölçeklerin Tartışılması
- İnme Geçiren Hastaların Hastalığa İlişkin Özellikleri İle Ölçeklerin Tartışılması
- İnme Geçiren Hastaların İEÖ 3.0 Toplam ve Alt Boyutları ile BDE, FBÖ Alt Boyutları ve BI Puanları ile İlişkinin Tartışılması
- Beck Depresyon Envanteri, Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Barthel İndeksi Puanlarının İlişkinin Tartışılması

5.1. İnme Geçiren Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmamızda inme geçiren hastaların yaş ortalaması, $57,14 \pm 14,05$ (min=19, maks=86) olup, 50 yaş üzerindeki hastalar çalışmanın %69,6'sını oluşturmaktadır. İnmeli hastalarla yapılan çalışmalarda yaş ortalamaları; $57,52 \pm 11,35$ (Ezema ve diğ. 2018), $54,97 \pm 14,96$ (Choi ve diğ. 2017), $62,0 \pm 14,0$ (Ytterberg ve diğ. 2017) $60,8 \pm 13,6$ (Haris ve diğ. 2016), $60,60 \pm 14,40$ (Doğan 2014), olup; bizim çalışmamızla benzerlik gösterdikleri görülmüştür. İnmeye neden olan risk faktörleri arasında yaş ilk sırada yer almaktadır. İnmeli hastaların büyük çoğunluğu 50 yaş üzeri bireylerdir ve 60 yaş ve üzerinde inme riskinin daha da arttığı gözlenmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde yaşlı sayısı arttıkça inme riskinin de arttığı görülmektedir

(Cin 2016). Yapılan araştırmalarda yaş ılerledikçe prognozun kötüleştiği sonucuna varılmıştır (Benjamin ve diğ. 2017, elik 2014, Altınel Ertekin 2009).

Çalışmamızda inmeli hastalardan çoğunluğun (%61,6) erkek cinsiyette olduğu belirlenmiştir. İnmeli hastalarda yapılan çalışmalarda da çalışmamıza benzer şekilde erkek cinsiyetin; kadın cinsiyetten fazla olduğu görülmektedir (Zngr ve diğ. 2018, Choi ve diğ. 2017, Mutai ve diğ. 2016, Berzina ve diğ. 2016, Akdeniz ve diğ. 2015, Saji ve diğ. 2015, Adıgüzel 2013, Wit ve diğ. 2013). Literatürde; inmenin erkeklerde kadınlardan daha fazla görüldüğü fakat 35-44 yaş arası kadınlarda inme insidansının gebelik ve oral kontraseptif kullanımından kaynaklı olarak erkeklere göre daha yüksek olduğu vurgulanmıştır (Powers ve diğ. 2018, Kittner ve diğ. 1996).

Çalışmamızda inmeli hastaların %71,2'si evli olduğu, tamamına yakınının (%98,4) sosyal güvencesi'nin bulunduğu, çoğunluğunun (%93,6) alışmadığı, çalışmayanların %28,2'sinin hastalık sonrası malulen emekli olduğu, %35,2'sinin sadece eşiyle yaşadığı ve %61,6'sının gelirinin giderine eşit olduğu saptanmıştır. İnmeli hastalarla yapılan diğer çalışmalara bakıldığında benzer sonuçlar olduğu görülmüştür (Ekstrand ve diğ. 2018, Ytterberg ve diğ. 2017, Doğan 2014, elik 2014, Demir Yazıcı 2010, Eskiuyurt 2005).

Çalışmamızda inme hastalarının %70,4'ünün eğitim seviyesinin düşük olup ilköğretim mezunu, okur-yazar veya okur-yazar olmayan kişilerden oluştuğu belirlenmiştir. Yüksek oğretim seviyesindeki hastalar, örneklemin küçük bir kısmını oluşturmaktadır. Literatürde, eğitim seviyesinin inme grlme sıklığını etkilediği ve yüksek eğitim seviyesine sahip kişilerde inme grlme oranının azaldığı belirtilmektedir (Benjamin ve diğ. 2017, Topçu 2017). Aslan'ın (n=100) serebrovasküler hastalık sonrası inme hastalarda hemşirelik bakımı ve fonksiyonel değişikliklerinin değerlendirildiği çalışmasında; ilköğretim mezunu, okur-yazar veya okur-yazar olmayan hastalar çoğunluğu (%72) oluşturmuştur (Aslan 2012). Karakul Meral'in (n=47) inme geçirmiş yaşlılarda aktivite, katılım ve depresyonun yaşam memnuniyeti ile ilişkisini araştırdığı çalışmasında, okur-yazar olmayan ve ilkokul mezunu olan hastalar örneklemin çoğunluğunu (%91,5) oluşturmuştur (Karakul Meral 2010). Bu alışmalar bizim çalışmamızla uyumlu ve benzerdir.

Çalışmamızda inme hastalarının BKİ ortalamaları $27,39 \pm 4,51$ olup, %51,2'si fazla kilolu bulunmuştur. İnmeli hastalarla yapılan bir çalışmada (n=20) %70'inin fazla kilolu olduğu belirlenmiştir (Ertekin 2009). Yalın'ın inme sonrası hastaların engellilik, fonksiyonel durum ve yaşam kalitelerinin belirlenmesine yönelik yaptığı çalışmada (n=57); hastaların %52,6'sı fazla kilolu ve BKİ ortalamaları $27,8 \pm 3,6$ bulunmuştur (Yalın 2011). Obezite, kronik hastalıklarda ciddi derecede morbidite ve mortalitede artışına neden olmaktadır. Görülme sıklığının artmasıyla; obeziteye bağlı hastalıklar daha fazla ortaya çıkmaktadır. Kan basıncının kilo verildikçe düştüğü ve bundan dolayı inme riski üzerinde etkisinin olduğu bilinmektedir (Karatepe ve diğ. 2007, Goldstein ve diğ. 2006).

5.2. İnme Geçiren Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmamızda, hastaların yarısından fazlasının (%51,2) 2-5 yıl önce inme tanısı aldığı ve inme sonrası geçen ortalama sürenin $56,67 \pm 59,26$ ay olduğu bulunmuştur. Doğan'ın inmeli hastalardaki depresif belirtilerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine etkisini araştırdığı çalışmada (n=100); hastaların %46'sının, 1-4 yıl önce inme tanısı aldığı belirlenmiştir. Uslu ve diğerleri'nin inme tanılı hastaların depresif belirti seviyelerini değerlendirmek amacıyla yaptığı (n=100) çalışmalarında; hastaların %62'sinin 1-4 yıl önce inme geçirmiş olduğu belirlenmiştir. Ödemiş'in inmeli hastalarla ilgili yapmış olduğu (n=90) çalışmada; hastaların %55,5'inin 1-5 yıl önce inme geçirmiş olduğu belirlenmiştir. Aran'ın inmeli bireylerdeki çalışmasında (n=16); hastaların inme sonrası geçen süre ortalamalarının $50,31 \pm 44,72$ ay olduğu belirlenmiştir. Ekstrand ve diğ.'nin yaptıkları (n=45) çalışmada; hastaların inme sonrası geçen süre ortalamalarının $44,0 \pm 28,0$ ay olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonuçları çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Aran 2019, Ödemiş 2018, Ekstrand ve diğ. 2018, Doğan 2014, Uslu ve diğ. 2008).

Çalışmamızda hastaların çoğunluğunun (%74,4) inme türü iskemik inme tipindedir. İnmeli hastalarda yapılan çalışmalarda da benzer şekilde iskemik inmenin hemorajik inme tipinden daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (Özkaya 2019, Altun ve diğ. 2018, Öztürk ve diğ. 2018, Brandao ve diğ. 2018, Ekstrand ve diğ. 2018,

Demiryürek ve Gündoğdu 2017, Harris ve diğ. 2016, Karakul Meral 2010, Kılıç 2009, Nichols-Larsen ve diğ. 2005).

Çalışmamızdaki inmeli hastaların etkilenen bölgeleri, %48,0 sağ taraf, %46,4 sol taraf ve %5,6 her iki taraf olarak belirlenmiştir. Literatürde de çalışmamızdaki gibi inme de etkilenen bölgeler açısından hastalarda belirgin bir fark yoktur (Choi ve diğ. 2017, Özdil 2017, Tarvonen-Schröder ve diğ. 2015, Aslan 2012, Laurent ve diğ. 2011).

Çalışmamızdaki hastaların, inme sonrası hastanede yatış sürelerinin ortalama $16,7 \pm 21,92$ gün (min:3; maks:180) olduğu görülmüştür. Laurent ve diğ.'nin (2011) inmeli hastaların yaşam kalitelerini değerlendirdiği çalışmalarında (n=80); hastanede yatış süresi ortalamalarının $14 \pm 14,7$ gün (min:2; maks:103) olduğu ve çalışmamızla benzerlik gösterdikleri belirlenmiştir.

Çalışmamızda inmeli hastaların %72'sinin inmeye ek bir hastalığının olduğu ve bunlardan %54,4'ünün hipertansiyon hastası olduğu belirlenmiştir. Literatürdeki birçok çalışmada da inmeye ek olarak görülen hastalıklar sıralamasında HT birinci sırada yer almaktadır (Yetişgin ve Satış 2019, Kaya ve Mercan 2018, Altun ve diğ. 2018, Öztürk ve diğ. 2018, Arsic ve diğ. 2016, Doğan 2014, Karahan ve Kaydok 2013, Aslan 2012, Goldstein ve diğ. 2011, Raju ve diğ. 2010). HT gibi bulaşıcı olmayan hastalıklara karşı sağlık personelinin farkındalığının artırılması önemlidir. Böylece; risk gruplarının belirlenmesi, etkin tedavi yaklaşımlarının uygulanması ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ile inme riskinin azaltılması sağlanabilir (Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017).

Çalışmamızdaki hastalardan %92'si sürekli ilaç kullanmakta olup, ilaç kullananların %34,8'i sadece HT ilacı kullanmaktadır. İlaç kullanan hastaların %83,5'inin ilaçlarını düzenli kullandığı belirlenmiş ve ilaçlarını düzgün kullanmayan hastaların %73,7'si ise ilaçlarını unutkanlık nedeniyle kullanamadığını ifade etmiştir. Doğan'ın inmeli hastalarla ilgili çalışmasında da çalışmamıza benzer olarak hastaların %90'ı ilaç kullanmaktadır. İlaçlarını düzgün kullanmayan hastalardan %40'ının ise çalışmamızda olduğu gibi unutkanlık nedeniyle ilaçlarını düzgün kullanamadığı belirtilmiştir (Doğan 2014).

Çalışmamızda hastaların %16,8'inin kısmi afazisinin olduğu belirlenmiştir. Ytterberg ve diğ.'nin inmeli hastalarda yaptığı çalışmasında hastaların %15'inde kısmi afazi olduğu belirlenmiştir (Ytterberg ve diğ. 2017). Yalın'ın çalışmasında hastaların %14'ünde hastada hafif afazi saptanmıştır (Yalın 2011). Bu durum; afazinin kronik hastalıklar arasında en fazla inme sonrası görülmesiyle açıklanabilir (Memiş ve Tülek 2004).

Hastaların tamamına yakını (%98,4) inme sonrası rehabilitasyon tedavisi (ayaktan ve yatarak) almış, %54,8'i en az 2-3 kez ve ortalama 97,66±69,52 gün rehabilitasyon tedavisi almıştır. Karakul ve Meral'in çalışmasında çalışmamızdan farklı olarak %51,1'i sadece rehabilitasyon tedavisi almıştır (Karakul Meral 2010).

5.3. İnme Geçiren Hastaların Beck Depresyon Envanteri, Barthel İndeksi, Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve İnme Etki Ölçeği Puan Dağılımlarının Tartışılması

Çalışmamızda inme sonrası hastaların % 55,2'sinin; kesme puanı 17 puanın üzerinde olduğu için depresif belirti düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Soyuer ve Soyuer'in çalışmasında; inme sonrası hastaların neredeyse yarısında (%46) şiddetli düzeyde depresyon geliştiği saptanmıştır (Soyuer ve Soyuer 2007). Özkaya'nın inmeli hastalarda destek ile fonksiyonel durum, yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında; hastaların % 34'ünde şiddetli düzeyde depresif belirti olduğu tespit edilmiştir (Özkaya 2019). Uslu ve diğ. inme tanılı hastaların depresif belirti düzeyleri ve etki eden faktörlerini inceledikleri çalışmalarında; hastaların %74'ünün depresyon düzeyinin yüksek olduğunu belirlemişlerdir (Uslu ve diğ. 2008). Çalışma sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızdaki Beck Depresyon Envanteri toplam puanına bakıldığında, ölçek puanının ortalaması 21,2±10,0 olarak görülmekte ve çalışmamıza katılan hastalarda orta düzeyde depresif belirtiler bulunduğu görülmektedir. Literatürdeki benzer çalışmada da diğer çalışmalarda inme geçiren hastalarda depresif belirti oranlarının orta düzeyde olduğu görülmektedir (Doğan 2014, Uslu ve diğ. 2008, Soyuer ve Soyuer 2007).

Çalışmamızda inme geçiren hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme düzeyi açısından BI puanları değerlendirildiğinde hastaların çoğunluğunun (%59,2) ileri derece bağımlı oldukları belirlenmiştir. Süslü ve Şendir'in inmeli hastalarda depresif belirtilerin sağlık ile ilişkili yaşam kalitesine etkisini incelediği çalışmasında (n=100); inmeli hastaların %38'inin ileri derecede bağımlı olduğu belirlenmiştir (Süslü ve Şendir 2019). Kılıç'ın inmeli hastalardaki santral ağrıyı değerlendirdiği çalışmasında (n=100) hastaların %31'inin ileri derecede bağımlı olduğu ifade edilmiştir (Kılıç 2009). Doğan'ın inmeli hastalarda depresif belirtilerin yaşam kalitesiyle ilişkisini değerlendirdiği çalışmasında (n=100) hastaların %38'inin ileri derecede bağımlı olduğu saptanmıştır (Doğan 2014). İncelediğimiz çalışmalarla bizim çalışmamız arasında günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme düzeyleri açısından paralellik olduğu belirlenmiş, çalışmalardaki hastaların en az %30'unun ileri derecede bağımlı olduğu görülmüştür. Çalışmamızdan farklı olarak günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme açısından; Guidetti ve diğ.'nin (%13), Kankaya ve Karadakovan'ın (%12) çalışmalarında hastaların ileri derece bağımlılık oranı daha düşük olarak belirlenmiştir (Kankaya ve Karadakovan 2017, Guidetti ve diğ. 2010).

Çalışmamızdaki Barthel İndeks total puanına bakıldığında, ölçeğin toplam puan ortalamasının $46,36 \pm 23,4$ olduğu görülmüş ve çalışmamıza katılan hastalarda günlük yaşam aktivitelerinde ileri derece bağımlılık olduğu belirlenmiştir. Literatürdeki çalışmaların Barthel İndeksi puan ortalamalarına bakıldığında; Çelik'in (2014) puanının $42,6 \pm 28,3$ olduğu, Akdeniz ve diğ.'nin (2015) puanının $49,27 \pm 27,88$ olduğu belirlenmiş ve bizim çalışmamıza benzer olarak hastaların GYA'sında ileri derecede bağımlılık durumuna sahip oldukları saptanmıştır.

Çalışmamızda inme geçiren hastaların fonksiyonel bağımsızlık durumlarını incelediğimizde FBÖ puanları açısından hastaların çoğunun (%80,8) fonksiyonel açıdan yarı bağımlı olduğu saptanmıştır. Balcı ve diğ.'nin akut inme hastalarında hastane içi rehabilitasyon programının etkilerini inceledikleri çalışmalarında (n=42); hastaların tedavi öncesi %35,7'sinin yarı bağımlı, tedavi sonrası ise %28,6'sının yarı bağımlı olduğu belirlenmiştir (Balcı ve diğ.2011). Çalışmada görüldüğü gibi rehabilitasyon ve destek tedaviler hastaların fonksiyonel bağımsızlık durumlarını olumlu yönde etkileyerek bağımsızlıklarını arttırmaktadır.

Çalışmamıza katılan hastaların FBÖ puan ortalamalarına bakıldığında; motor puanı $48,21 \pm 16,75$, kognitif puanı $28,92 \pm 4,87$ ve FBÖ toplam puanı $77,04 \pm 19,44$ olarak görülmüştür. Çalışmamıza benzer olarak, FBÖ puan ortalamalarına bakıldığında; Çelik (2014)'in yaptığı çalışmada, motor puan $42,6 \pm 21,7$, kognitif puan $18,3 \pm 9,4$, FBÖ toplam puanı $61,0 \pm 30,0$ olup, Gün'ün (2017) çalışmasında, motor puan $42,39 \pm 25,48$, kognitif puan $20,1 \pm 10,45$, FBÖ toplam puanı $62,49 \pm 33,60$ olarak belirlenmiştir.

Hastaların inme etki ölçeği 3.0 toplam puanı ortalaması ise; $169,21 \pm 27,28$ olarak bulunmuştur. Çalışmamıza katılan hastaların İEÖ 3,0 ölçek toplam puanına bakıldığında yaşam kalitelerinin düşük olduğu anlaşılmaktadır. Öztürk ve diğ.'nin inmeli hastalarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmalarında inme etki ölçeği toplam puanı ortalaması $177,40 \pm 37,63$ olup, çalışmaya katılan hastaların yaşam kalitelerinin düşük ve bizim çalışmamıza benzer olduğu görülmüştür (Öztürk 2018). Chen ve diğ.'nin (2015) inmeli hastalarda yaptığı çalışmada inme etki ölçeği toplam puanı ortalaması $185,72 \pm 34,14$ 'dür ve bu çalışmadaki hastalarında, bizim çalışmamızdaki gibi düşük yaşam kalitesine sahip oldukları belirlenmiştir. Özmaden Hantal ve diğ.'nin (2014), Vellone ve diğ.'nin (2014), Ekstrand ve diğ.'nin (2018), Ytterberg ve diğ.'nin (2017) çalışmalarına bakıldığında İEÖ 3,0 total puanı ve alt boyut puanları açısından yaşam kalitesi durumlarının, bizim çalışmamıza uyumlu ve benzer oldukları görülmektedir.

5.4. İnme Geçiren Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri İle Ölçek Puanlarının Tartışılması

Çalışmamızdaki inmeli hastaların yaşlarına göre ölçek puanlarına bakıldığında İEÖ 3.0 alt boyutlarından; günlük yaşam aktiviteleri, el fonksiyonu, sosyal katılım ve İEÖ 3.0 total puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$). 50 yaş altındakilerin yaşam kalitesi düzeyleri en yüksektir. Nicholas-Larsen ve diğ.'nin çalışmasında da, bizim çalışmamızdaki gibi, yaş ile İEÖ toplam puanı arasında anlamlı fark bulunmuştur (Nichols-Larsen ve diğ. 2005). Bu sonuçlardan da anlaşılacağı gibi bireylerin yaşı arttıkça, fonksiyonel durumlarındaki olumsuz değişiklikler yaşam kalitelerini de olumsuz etkilemiştir.

Çalışmamızda inme geçiren bireylerin yaşları ile depresif belirti durumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Üzen'in çalışmasında ise, hastaların depresif belirti durumları ile yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Üzen 2010). Mutai ve diğ.'nin çalışmasında; Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ) kullanılmış ve depresif belirti durumu ile yaş arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (Mutai ve diğ. 2016). Ilut ve diğ.'nin inme sonrası depresyonu etkileyen faktörleri incelediği çalışmada; depresyon ve yaş arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (Ilut ve diğ. 2017).

Çalışmamızda FBÖ ile yaş arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışmamıza benzer olarak Berzina ve diğ.'nin çalışmasında da; hastaların yaşları ile FBÖ skorları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Berzina ve diğ. 2016). Çalışmamızdan farklı olarak literatürde yaş ile FBÖ arasında ilişki olduğunu belirten çalışmalarda mevcuttur (Harris ve diğ. 2016, Raju ve diğ. 2010).

Yaş arttıkça hastaların fiziksel yetersizliklerine bağlı olarak bağımlılık durumlarının artması söz konusudur (Ezema ve diğ. 2018, Yüce ve Kavak 2017, Duman 2017, Kankaya ve Karadakovan 2017, Kılıç 2009). Ancak, çalışmamız da yaş ile GYA'daki fonksiyonel bağımsızlık durumu arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Çalışmamızda hastaların cinsiyetlerine göre ölçek puanlarına bakıldığında; İEÖ 3.0 alt boyutlarından mobilite ile cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Erkek hastaların mobilite algı düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun erkeklerin kas yapısının, kadınlara göre daha fazla olması sebebiyle, kadınlara göre daha güçlü ve dirençli olmalarından kaynaklı olduğu düşünülebilir. Hastaların cinsiyetlerine göre diğer ölçek alt boyutlarıyla arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Öztürk ve diğ.'nin çalışmasında inme etki ölçeği alt boyutları ile hastaların cinsiyetleri karşılaştırıldığında; kadın hastaların yaşam kalitelerinin, erkek hastalara göre daha düşük olduğu belirlenmiş fakat, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (Öztürk ve diğ. 2018). Ytterberg ve diğ.'nin inmeli hastalarla yaptığı çalışmada; İEÖ 3,0 toplam puan ve alt boyutları ile cinsiyet arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Ytterberg ve diğ. 2017). İnmeli hastalarla yapılan benzer çalışmalarda da erkek ve

kadınlar arasında FBÖ ile anlamlı ilişki bulunmamıştır (Berzina ve diğ. 2016, Weerd ve diğ. 2011).

Çalışmamızda da olduğu gibi literatürdeki benzer çalışmalarda cinsiyetle depresif belirti düzeyi arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Karahan ve Kaydok 2013, Üzen 2010, Uslu ve diğ. 2008, Soyuer ve Soyuer 2007).

Çalışmamızda hastaların medeni durumlarına göre, BDE, Fonksiyonel Bağımsızlık, Barthel İndeksi, İnme Etki Ölçeği total ve alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

İnmeli hastalarla yapılan çalışmalarda eğitim durumunun, hastaların günlük yaşam aktiviteleri bağımlılık durumunu, depresif belirti düzeylerini ve yaşam kalitelerini etkilediği belirtilmiştir (Bardak ve diğ. 2008, Uslu ve diğ. 2008, Carod-Artal ve diğ. 2008). Çalışmamızda da hastaların eğitim düzeyleri yükseldikçe, yaşam kalitelerinin anlamlı olarak arttığı görülmüştür ($p<0,05$). Hastaların eğitim düzeyi arttıkça günlük yaşam aktiviteleri bağımlılık durumu ve depresif belirti durumlarının ise anlamlı fark oluşturacak düzeyde azaldığı saptanmıştır ($p<0,05$). Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların, ekonomik refah seviyeleri, hastalıkla baş etme becerileri ve kendini ifade etme becerileri, eğitim düzeyi düşük olan hastalara göre daha iyi durumdadır. Bu durumun, inme sonrası hastalık sürecine adaptasyonda bireylere kolaylık sağlayarak, bağımlılık düzeylerinin azalmasına ve depresif belirtilerin daha az görülmesine sebep olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda hastaların yaşadıkları yere göre; fonksiyonel bağımsızlık toplam ve fonksiyonel bağımsızlık motor puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. İlde yaşayanların fonksiyonel bağımsızlık toplam ve motor aktivite bağımsızlık düzeyleri daha yüksektir. Günlük yaşam aktiviteleri Barthel İndeksi puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. İlde yaşayanların barthel indeksi düzeyi daha yüksek bulunmuştur. İnme etki ölçeği 3.0 alt boyutlarından kuvvet, günlük yaşam aktiviteleri, mobilite, inmeden iyileşme algısı, inme etki total puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır. İlde yaşayanların kuvvet, günlük yaşam aktiviteleri, mobilite, inmeden iyileşme algısı, inme etki total düzeyleri açısından yaşam kaliteleri daha yüksek bulunmuştur. İlde yaşayan hastaların yaşam koşullarının ve imkanlarının ilçe yada köyde yaşayan

hastalara oranla daha iyi olmasının, fonksiyonel bağımsızlık durumunu olumlu etkilediğini düşünmekteyiz.

Uslu ve diğ.'nin çalışmasında, köyde yaşayan hastaların depresif belirti seviyelerinin, ilçe ve kentte yaşayan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiş ve puanlar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu sonucun köyde yaşayan hastaların, sağlık kurumlarına ihtiyaç duyduklarında uzaklık ve ulaşım sorunları çekerek, kurumlara zamanında yetişememe korkusu yaşamalarından kaynaklı olabileceğini belirtmişlerdir (Uslu ve diğ. 2008). Ancak çalışmamızda yaşanan yerin hastaların depresif belirtileri üzerinde fark yaratmadığı sonucuna varılmıştır.

Çalışmamızda hastaların gelir durumuna göre; BDE puanı ve İEÖ 3.0 alt boyutlarından duygu durum puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Burdan da anlayabileceğimiz gibi hastaların duygu durumları kötüleştikçe depresif belirtileri artarken depresif belirtileri azaldıkça duygu durum daha iyiye gitmektedir. Hastaların gelir durumunun azalması bireye maddi açıdan psikolojik baskı ve sorumluluk yüklemektedir. Bunun sonucu olarakta sosyal katılım eksikliği ve gelecek kaygısından doğan psikolojik sorunlar depresif belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilir. Hastaların duygu durumlarındaki bu değişikliklerin yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir.

5.5. İnme Geçiren Hastaların Hastalığa İlişkin Özellikleri İle Ölçek Puanlarının Tartışılması

Hastaların inme türüne göre; İEÖ 3.0 alt boyutlarından duygu durum puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Hemorajik inmesi bulunanlarda duygu durum düzeyi daha yüksektir. Çalışmamızdan farklı olarak; Chen ve diğ.'nin inme geçiren hastalarla yaptığı çalışmada (n=119) ise hastaların inme türüne göre yaşam kalitesi alt boyutlarından iletişim ve el fonksiyonunda fark bulunmuştur (Chen ve diğ. 2015).

Yapılan çalışmalarda da çalışmamızda olduğu gibi depresyon ve bağımlılık durumları ile inme tipi arasında fark bulunmamıştır (Demiryürek ve Gündoğdu 2017, Saji ve diğ. 2015, Soyuer ve diğ. 2008).

Türkel ve diğ.'nin çalışmasında inme türüne göre; Bİ puanı açısından anlamlı etkisi olduğu saptanmıştır (Türkel ve diğ. 2010).

Çalışmamızdaki hastaların ek kronik hastalıklarına göre; BDE, Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği, Barthel İndeksi, İnme Etki Ölçeği 3.0 puanları ve alt boyutları bakımından istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

Yüce ve Kavak'ın çalışmasında kronik hastalık öyküsü varlığı ile Bİ puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Kronik hastalığa sahip ve hipertansiyonu olan hastalarda bağımlılık düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Yüce ve Kavak 2017).

Çalışmamızda hastaların konuşma durumları ile FBÖ alt boyutları ve total puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Konuşma durumu normal olan hastaların fonksiyonel bağımsızlık düzeyleri daha yüksektir. Öztürk'ün çalışmasında hastaların konuşma durumuna göre; ilk yatıştaki FBÖ alt boyutları ve total puanı ile arasında anlamlı düzeyde fark bulunmaktadır (Öztürk 2002). Tarvonen-Schröder ve diğ.'nin çalışmasında hastaların konuşma durumu ile FBÖ puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tarvonen-Schröder ve diğ. 2015).

Çalışmamızda hastaların konuşma durumuna göre İEÖ 3.0 alt boyutlarından inmeden iyileşme algısı, hafıza, iletişim, günlük yaşam aktiviteleri, el fonksiyonu ve inme etki toplam puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark belirlenmiştir. Konuşma durumu normal olan hastaların yaşam kaliteleri daha yüksektir. Hastaların konuşma durumlarının etkilenmesi kendini ifade etmesinde güçlük yaşamasına yol açmaktadır. Bu durumun hastanın sosyal hayatını etkileyerek yaşam kalitesini olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Demir Yazıcı'nın çalışmasında hastaların konuşma durumuna göre; İEÖ 3,0 alt boyutlarından inmeden iyileşmenin anlamlı olarak negatif yönde etkilendiği saptanmıştır (Demir Yazıcı 2010).

Akkurt ve diğ.'nin çalışmasında hastaların konuşma durumuna göre; depresyon ile konuşma durumu arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır (Akkurt ve diğ. 2016). Bizim çalışmamızda da hastaların konuşma durumlarına göre; depresyon bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. İnme sonrasında konuşma bozukluğu yaşayan hastaların toplum içinde kendilerini ifade etmekte ve problemlere çözüm bulmakta güçlük yaşayabileceği düşünülmektedir. İnme sonrası konuşma bozukluğu yaşayan hastaların sosyal hayatlarının olumsuz etkilenmesi duygu durum bozukluklarına yol açabilir.

5.6. İnme Geçiren Hastaların İEÖ 3.0 Toplam ve Alt Boyutları ile BDE, FBÖ Alt Boyutları ve BI Puanları ile İlişkisinin Tartışılması

Çalışmamızda BDE puanı ile İEÖ 3.0 alt boyutlarından kuvvet, hafıza, duygu durum, iletişim, günlük yaşam aktiviteleri, mobilite, sosyal katılım, inmeden iyileşme algısı ve inme etki total puanları arasında negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır. Buna göre hastalarda görülen depresif belirtiler arttıkça yaşam kaliteleri düşmekte iken yaşam kaliteleri arttıkçada depresif belirtiler azalmaktadır.

Çalışmamızda fonksiyonel bağımsızlık ölçeği toplam ve alt boyut puanları ile inme etki ölçeği 3.0 toplam ve alt boyut puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Hastaların fonksiyonel bağımsızlıklarının artması, yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilemiştir.

Barthel İndeksi puanı ile İEÖ 3.0 toplam ve alt boyut puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık durumunun artması, yaşam kalitesinin de artmasını sağlamıştır.

Çalışmamıza benzer olarak yapılan çalışmalarda da İEÖ 3.0 toplam puanı ve alt boyut puanlarının, FBÖ ile pozitif, BDE ile negatif ilişkileri olduğu saptanmıştır (Öztürk ve diğ. 2018, Özmaden Hantal ve diğ. 2014). Yaşam kaliteleri arttıkça fonksiyonel bağımsızlığın artış gösterdiğini fakat depresif belirtilerin azaldığını belirtmişlerdir.

Vellone ve diğ.'nin çalışmasında İEÖ 3,0 yaşam kalitesi ölçeği toplam puanı ile BI günlük yaşam aktiviteleri arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur. Aynı çalışmada hastaların depresif durumlarını belirlemek için Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Depresyon alt boyutu puanı kullanılmış ve yaşam kalitesi ve depresyon durumu arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (Vellone ve diğ. 2014). Guidetti ve diğ.'nin çalışmasında, inme sonrası 12 aylık süreçteki değişiklikler değerlendirilmiş ve sonuçta BI ile İEÖ 3,0 alt boyutlarından sosyal katılım arasında negatif yönde anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Hastanın bağımlılık durumunun artması, yaşam kalitesini etkileyen sosyal katılımı olumsuz yönde etkilemiştir (Guidetti ve diğ. 2014).

Kamel ve diğ.'nin çalışmasında İEÖ 2,0 ile BI ve BDE arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Kamel ve diğ. 2010).

Chen ve diğ.'nin çalışmasında BDE'ye göre İEÖ alt boyutları değerlendirildiğinde; hafıza, duygu durum, iletişim, GYA, mobilite, inme etki total puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. FBÖ'ye göre İEÖ alt boyutları değerlendirildiğinde de; duygu durum alt boyutu hariç tüm İEÖ alt boyut puanları ve toplam puan arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Chen ve diğ. 2015).

Çalışma sonuçlarında hastaların fonksiyonel bağımsızlık düzeyleri arttıkça yaşam kalitelerinin de arttığı görülmüştür. Fonksiyonel bağımlılık durumunun artması, depresif belirti düzeylerinin artmasına yol açmıştır. Depresif belirti düzeylerinin artması ve fonksiyonel bağımlılık durumunun artması ise hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkilemiştir.

Hastalarda belirlenen bilişsel fonksiyon bozuklukları, motor fonksiyon ve duyuşal problemlerden kaynaklı tüm bozukluklar, bireylerin yaşantılarında inme sonrası oluşan bağımlılık durumlarını arttırarak yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle hastaların, yaşam kalitelerini arttırmak amacıyla tüm bu bozukluklar iyice değerlendirilerek gerekli tedaviyi almaları sağlanmalıdır.

5.7. Beck Depresyon Envanteri, Fonskiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Barthel İndeksi Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Çalışmamızda FBÖ tüm skorları, BDE puanı ile arasında negatif, Barthel İndeksi puanı ile arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Depresif belirti ile ilişki orta kuvvetli, Barthel İndeksi ile olan ilişki çok güçlüdür.

Süslü ve Şendir'in çalışmasında hastaların BI ve BDE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Günlük yaşam aktivitelerinde ileri derecede ve tamamen bağımlı olan hastaların depresif belirti düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,001$) (Süslü ve Şendir 2019). Kellerman ve diğ.'nin çalışmasında; depresyon ve günlük yaşam aktiviteleri bağımsızlık durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Kellermann ve diğ. 2018). Brown ve diğ.'nin ($n=181$) inmeli hastalarla 3 farklı zamanda Barthel İndeks ve Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği ile yapmış oldukları çalışmada; araştırmanın yapıldığı her 3 zamanda da hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumuyla, depresyon durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Brown ve diğ. 2012). Ezema ve diğ.'nin HDDÖ ve Barthel İndeksi kullanarak yaptıkları çalışmada inme sonrası depresif belirti görülme durumu, günlük yaşam aktivitelerinde daha az fonksiyonel bağımsızlık ile ilişkilendirilmiş olup, depresyon olan ve olmayan katılımcılar arasında fonksiyonel bağımsızlık düzeyinde anlamlı bir fark bulunmuştur (Ezema ve diğ. 2018). Doğan'ın inmeli hastalardaki depresif belirtilerinin, yaşam kalitelerine etkisinin incelendiği çalışmasında; BI ile BDE skorları arasında çok ileri derecede anlamlı fark olduğu saptanmıştır. GYA'ya göre ileri derecede ve tamamen bağımlı olan hastaların depresif belirti düzeylerinin diğerlerine göre yüksek olduğunu bulmuşlardır (Doğan 2014). Öncel ve diğ.'nin çalışmasında da hastaların depresyon belirtilerinin artmasıyla, GYA'da bağımlılıklarının arttığı saptanmıştır (Öncel ve diğ. 2009). Literatürdeki çalışmalarda da görüldüğü gibi hastaların bağımlılık durumu arttıkça depresif belirti durumlarının da arttığı ve bireylerdeki bağımlılık düzeyi arttıkça, depresyon görülme oranında yükseldiği görülmektedir.

Akkurt ve diğ.'nin çalışmasında hastaların depresyon düzeyi ile, fonksiyonel bağımsızlık durumları arasında negatif yönlü ilişki olduğu belirlenmiştir (Akkurt ve

diğ. 2016). Bizim çalışmamızda da bu çalışmada olduğu gibi fonksiyonel bağımsızlık arttıkça, depresif belirti düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir. Atlığ ve diğ.'nin fonksiyonel durum ile uyku kalitesi ve depresyon arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri çalışmada; hastaların FBÖ puanları ile Beck depresyon ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönlü ilişki saptanmıştır (Atlığ ve diğ. 2012). Soyuer ve diğ.'nin çalışmasında; depresif belirtisi olan ve depresif belirtisi olmayan gruplar arasında, FBÖ değerlendirmeleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Depresif belirtisi olmayan gruptaki hastaların, fonksiyonel bağımsızlıkları daha yüksektir (Soyuer ve diğ. 2008).

Eskiyurt ve diğ.'nin çalışmasında FBÖ tüm skorları ile BI'i arasında, pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Eskiyurt ve diğ. 2005).

Sonuç olarak bu konuda yapılan çalışmalara da baktığımızda anlaşıldığı gibi, inmeli hastaların bağımsızlık düzeyleri düzeltilmedikçe, duygu durumları olumsuz etkilenmeye devam edecektir. Hastalardaki duygu durum bozuklukları ve bağımlılık durumları bir birini tamamlayan faktörlerdir. Bu nedenle hastalara destek tedavi ve rehabilitasyon tedavileri önerilerek hastaların hem duygusal hem de fonksiyonel iyileşmesini sağlamak gerekmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız; inme sonrası hastaların fonksiyonel bağımlılık durumlarının yaşam kalitesi ve depresyona etkilerini belirlemek amacıyla 125 hasta bireyle yapılmıştır.

Araştırma sonucunda;

- Hastaların yaş ortalaması $57,14 \pm 14,05$ olup, %36'sı 51-64 yaş aralığında, %61,6'sı erkek, %71,2'si evli, %56'sı ilköğretim mezunu, %61,6'sının geliri giderine eşit ve %51,2'si fazla kiloludur (Tablo 4.1);
- Hastaların %98,4'ünün sosyal güvencesi bulunmakta olup, %93,6'sının çalışmadığı, %47,2'sinin emekli olduğu ve %28,2'sinin hastalık sonrası malulen emekli olduğu saptanmıştır. İnme sonrası hastaların %55,2'sinin ilçede veya köyde yaşadığı ve %35,2'sinin sadece eşiyile yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.1);
- İnmeli hastaların %51,2'sinin 2-5 yıldır inme hastası olduğu ve ortalama $56,67 \pm 59,26$ ay önce inme tanısı aldığı saptanmıştır. Hastaların %74,4'ünün inme tipinin iskemik inme olduğu ve %48'inin vücutlarının sağ tarafının etkilendiği belirlenmiştir. Hastaların %98,4'ü inme geçirdikten sonra hastanede yatmış olup, ortalama $16,7 \pm 21,92$ gün hastanede kaldığı ve %16,8'inin inme sonrası kısmi afazisi olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2);
- Hastaların %72'sinde kronik hastalık olduğu ve %54,4'ünün HT hastası olduğu belirlenmiştir. SKB ortalaması $121,68 \pm 10,3$, DKB ortalaması $75,44 \pm 6,02$ olarak bulunmuştur. Hastaların %92'si sürekli ilaç kullanmakta olup, %34,8'inin sadece HT ilacı kullandığı saptanmıştır (Tablo 4.2);
- Barthel İndeks puanları açısından değerlendirildiğinde hastaların %59,2'sinin ileri derece bağımlı olduğu, FBÖ açısından değerlendirildiğinde ise %80,8'inin yarı bağımlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3);
- İnme sonrası hastaların BDE toplam puan ortalaması $21,2 \pm 10$, olarak bulunmuş ve hastalarda orta düzeyde depresif belirtiler olduğu saptanmıştır. FBÖ alt boyut ve toplam ortalama puanları ise; FBÖ motor $48,21 \pm 16,75$, FBÖ kognitif $28,92 \pm 4,87$ ve toplam $77,04 \pm 19,44$ olarak bulunmuştur. Barthel İndeks total puanı ise $46,36 \pm 23,4$ 'dür (Tablo 4.4);

- Hastaların İnme Etki Ölçeği 3.0 alt boyutlarına ve toplam puanına bakıldığında kuvvet $10,67 \pm 2,73$ puan, hafıza $28,85 \pm 4,65$ puan, duygu durum $25,6 \pm 2,8$ puan, iletişim $30 \pm 3,55$ puan, günlük yaşam aktiviteleri $22,82 \pm 6,85$ puan, mobilite $22,65 \pm 8,26$ puan, el fonksiyonu $8,6 \pm 3,97$ puan, sosyal katılım $19,6 \pm 4,63$ puan, inmeden iyileşme algısı $61,84 \pm 12,98$ puan ve inme etki ölçeği toplam $169,21 \pm 27,28$ puan olarak bulunmuştur. Bu ölçeğin toplam puanına göre çalışmamıza katılan hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4);
- Yaş gruplarına göre incelendiğinde, 50 yaş altındaki inmeli hastaların, günlük yaşam aktiviteleri, el fonksiyonu, sosyal katılım, inme etki toplamı puanları açısından algı düzeyleri en yüksektir yaş yükseldikçe hastaların algı düzeyi düşmektedir ($p < 0,05$). Yaş yükseldikçe bağımlılığın artmasını beklememize rağmen yaş ile BI ve FBÖ tüm alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.5);
- Hastaların cinsiyetleri ile İEÖ 3,0 alt boyutlarından mobilite puanı ile cinsiyet arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Erkek hastaların mobilite algı düzeyi daha yüksek bulunmuştur ($23,97 \pm 8,45$) (Tablo 4.6);
- Hastaların eğitim durumları ile ölçek puanlarına bakıldığında; depresif belirti düzeyi ilköğretim öncesi hastalarda en yüksekken, bağımsızlık düzeyi lise ve üstü okul mezunu hastalarda daha yüksektir. İEÖ total ve alt boyutları ile eğitim durumu arasında da, GYA puanı, sosyal katılım puanı, inme etki toplam puanı bakımından anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,01$). Lise ve üstü mezunu olan hastaların yaşam kalitesi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.8);
- Hastaların yaşadıkları yer ile FBÖ motor ve toplam puanı, Barthel İndeksi puanı bakımından istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$). İlde yaşayanların bağımsızlık düzeyleri ilçede ve köyde yaşayanlara göre daha yüksektir. İEÖ alt boyut ve toplam boyutlarından, kuvvet, GYA, mobilite inmeden iyileşme algısı ve inme etki toplam puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$). İlde yaşayanların kuvvet, günlük yaşam aktiviteleri, mobilite, inmeden iyileşme algısı, inme etki toplam düzeylerine bakarak yaşam kaliteleri daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.9);
- Hastaların gelir durumları ile BDE puanı ve İEÖ duygu durum alt boyutu arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,01$). Geliri giderinden fazla olanların

duygu durum düzeyleri daha yüksek iken, geliri giderinden az olanların depresif belirti düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.10);

- Hastaların inme türleri ile inme etki ölçeği alt boyutlarından duygu durum puanı arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Hemorajik inmesi bulunanlarda duygu durum düzeyi daha yüksek bulunmuştur ($26,34\pm 2,18$) (Tablo 4.12);
- Hastaların konuşma durumları ile BDE puanı, FBÖ toplam ve alt boyutları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Kısmi afazi olanlarda depresif belirti düzeyi daha yüksekken, normal konuşması olanlarda fonksiyonel bağımsızlık düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.14);
- Hastaların konuşma durumları ile inme etki ölçeği alt boyutu puanlarından hafıza, inmeden iyileşme algısı, iletişim, GYA, el fonksiyonu, inme etki toplam arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Normal konuşması olanlarda hafıza, inmeden iyileşme algısı, iletişim, GYA, el fonksiyonu, inme etki toplam düzeyleri açısından yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.14);
- Çalışmamızda İEÖ toplam ve alt puanları ile BI ve FBÖ tüm alt puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). İEÖ toplam ve alt puanları ile BDE puanı arasında ise el fonksiyonları alt boyutları hariç tüm İEÖ alt boyut ve toplam puan arasında negatif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 4.15);
- Çalışmamızdaki hastaların bağımsızlık ölçekleri ile depresif belirti ölçeği puanları arasında ileri derecede negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). BI ve FBÖ arasında ise pozitif yönlü ileri derecede anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.16).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- İnme geçiren bireylerin kliniklerde hemşireler tarafından bütüncül olarak ele alınması, fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi ve tedavi edici rehabilitasyon merkezlerine yönlendirilmeleri için danışmanlık hizmeti verilmesi,

- İnme geçiren bireylerde oluşabilecek afazik durumlar ve belirtiler yönünden değerlendirilme yapılarak her hangi bir konuşma problemi durumunda hasta ve yakınlarının konuşma terapisine yönlendirilmeleri,
- İnme geçiren birey ve yakınlarına fonksiyonel bağımlılık durumlarında hasta bakımı açısından rehberler hazırlanarak eğitimler verilmesi
- İnme sonrası; fonksiyonel bağımsızlığın olumsuz etkilenmesi ile hastalarda depresif belirtilerin ortaya çıkması ve beraberinde yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği görülmüştür. Bu nedenle GYA'de hasta bireylerin gereksinimleri doğrultusunda, hareket ve egzersiz programları planlanması ve sosyal yönden desteklenmesi önerilebilir.



KAYNAKLAR

- ADAMS, R.J., MCKIE, V.C., CARL, E.M., NICHOLS, F.T., PERRY, R., BROCK, K., MCKIE, K., FIGUEROA, R., LITAKER, M., WEINER, S., BRAMBILLA, D. 1997. Long-Term Stroke Risk in Children With Sickle Cell Disease Screened With Transcranial Doppler. *Ann Neurol.* 42(5): 699–704.
- ADIGÜZEL, H. 2013. Omuz Ağrısı ve Üst Ekstremitte Spastisitesi Olan Hemiplejik Hastalarda Üst Ekstremitte Fonksiyonelliğinin Yürüyüşe Etkisinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- ALTIN ERTEKİN, Ö. 2009. İnme Hastalarında Tek Taraflı Görsel İhmalin Fonksiyonel Düzeye ve Rehabilitasyon Sonuçlarına Etkisi. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. İzmir.
- ALTUN, Y., AYDIN, İ., ALGIN, A. 2018. Adıyaman İlinde İnme Tiplerinin Demografik Özellikleri. *Turkish Journal of Neurology/Turk Noroloji Dergisi.* 24(1): 26-31.
- AKÇALI, A., ALTINDAĞ, Ö., AYDENİZ, A., KOCA, İ., GÜRSOY, S. 2010. İskemik İnmeli Hastalarda İnkontinans, İhmal Sendromu ve Emosyonel Durumun Lateralizasyon ve Fonksiyonel Bağımsızlık Düzeyi ile İlişkisi. *Gaziantep Tıp Dergisi.* 16(1): 1-5.
- AKDENİZ, D., EMA, S., ÇAĞLAYAN, M., BOZKURT, M., OKTAYOĞLU, P., KARAKOÇ, M., NAS, K. 2015. İnmeli Hastalarda Uyku Kalitesi ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi, Klinik Araştırma. *Fırat Tıp Derg/Fırat Med J.* 20(2): 86-91.
- AKKURT, H.E., YILMAZ, H., GEZER, İ.A., GÜMÜŞ, H., ODABAŞ, F.Ö., TURAN, M., İZKİ, A. 2016. The Level of Depression and Quality of Life of Caregivers to Stroke Survivors. *İbni Sina Tıp Bilimleri Dergisi.* 2(2): 23-28.
- AKTAŞ, A. 2010. İnmeli Hasta Yakınlarına Verilen Eğitimin; Hasta ve Hasta Yakınının Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresif Belirti Düzeyi Üzerine Etkisi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- ARAN, O.T., KAYIHAN, H. 2019. İnmeli Bireylerde Serbest Zaman Aktivitelerine Yönelik Ergoterapi Yaklaşımlarının Aktivite Performansına Etkisi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi.* 7(1): 1-10.
- ARMAĞAN, O. 2011. İnme Sonrası Afazi ve Yaşam Kalitesi. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi.* 17(3): 89-94.
- ARSAVA E.M., HELENİUS, J., AVERY, R., SORGUN, M.H., KİM G.M., PONTESNETO, O.M., PARK, K.Y., ROSAND, K.Y., VANGEL, M., AY, H. 2017. Assessment of The Predictive Validity of Etiologic Stroke Classification. *JAMA Neurol.* 74(4): 419–426.
- ARSAVA, M. 2017. Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması Sonuçları ve Çözüm Önerileri. Beyin Damar Hastalıkları ve Demans. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi. Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara, 9p.

- ARSİC, S., KONSTANTINOVIC, L., EMİNOVİC, F., PAVLOVİC, D. 2016. Correlation Between Demographic Characteristics, Cognitive Functioning and Functional Independence in Stroke Patients. *Srp Arh Celok Lek.* 144(1-2): 31–37.
- ASA, 2013. What is stroke? (http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/AboutStroke_UCM_____3) (Erişim Tarihi: 09.01.19).
- ASLAN, N. 2012. Serebrovasküler Olay Sonrası İmmobil Olgularda Hemşirelik Bakımı ile Anatmik ve Fonksiyonel Değişikliklerin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.
- ATLIĞ, R.Ş., İÇAĞASIOĞLU, A., YUMUŞAKHUYLU, Y., TURAN TURGUT, S., SELİMOĞLU, E., 2012. İnmeli Hastalarda Uyku Kalitesi ve Depresyon Fonksiyonel Durumu Etkiler mi? *Klinik Araştırma, Göztepe Tıp Dergisi.* 27(4): 167-173.
- AYDEMİR, Ö. 2014. Sağlıkta Yaşam Kalitesinin Klinikte Kullanımı. Derleme. *Türk Nöroloji Dergisi.* 20(1): 5-9.
- AYDIN BEKTAŞ, H., AKDEMİR, N. 2009. Kanserli Bireylerde Fonksiyonel Durumun Önemi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.* 12(3):54-60.
- BABAYİĞİT, A., KARAAZİZ, M. 2018. “Zor Zamanların Kuyruğu” Depresyon Üzerine Bir Gözden Geçirme. Derleme. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi.* 6(5): 747-752.
- BALCI, B., ERTEKİN, Ö., KARA, B., YAKA, E. 2011. Akut İnme Hastalarında Hastane İçi Rehabilitasyon Programının Etkileri. *Journal of Neurological Sciences (Turkish).* 28(2): 142-154.
- BARDAK, A.N., ERSOY, S., AKCAN, Z., KAYA, B., DERE, Ç., UYSAL, E., EMEL ÖNAL, A. 2008. Yatarak Rehabilitasyon Edilen İnmeli Hastaların Fonksiyonel Sonuçları. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Turkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi.* 54(1): 17-21.
- BECK, A.T., GUTH, D., STEER, R.A., BALL, R. 1997. Screening for Major Depression Disorders in Medical Inpatients With The Beck Depression Inventory for Primary Care. *Behav Res Ther.* 35(8): 785-790.
- BELLİKCİ KOYU, E., KANER, G., AKAL YILDIZ, E. 2016. İnme ve Beslenmenin İnme Üzerine Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 5(4): 112-118.
- BENJAMİN, E.J., BLAHA, M.J., CHIUVE, S.E., CUSHMAN, M., DAS, S.R., DEO, R., GİLLESPİE, C., 2017. Heart Disease and Stroke Statistics Update: a Report from the American Heart Association. *Circulation.* 135(10): 146-603.
- BERZİNA, G., SMİLSKALNE, B., VETRA A., SUNNERHAGEN, K.S. 2016. Living in Latvia after stroke: the association between functional, social and personal factors and the level of self perceived disability a cross-sectional study. *BMJ Open.* 24(6): 010327.

- BİLGİLİ, L., GÖZÜM, S. 2014. İnmeli Hastaların Evde Bakımı: Bakım Verenler İçin Rehber. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 7(2):128-150.
- BOAKYE, N.T., SCOTT, R., PARSONS, A., BETTERIDGE, S., SMİTH, A.M, CLUCKIE, G. 2019. All Change: A Stroke İnpatient Service's Experience of A New Clinical Neuropsychology Delivery Model. *BMJ Open Quality*. 8(1): 000184.
- BOUSSER M.G., CONARD, J., KİTTNER, S., DE LİGNIÈRES, B., MACGREGOR, E.A., MASSİOU, H., SİLBERSTEİN, S.D., TZOURİO, C. 2000. Recommendations on The Risk of İschaemic Stroke Associated With Use of Combined Oral Contraceptives and Hormone Replacement Therapy in Women With Migraine. The International Headache Society Task Force on Combined Oral Contraceptives & Hormone Replacement Therapy. *Cephalalgia*. 20(3): 155–156.
- BRANDAO, A.D., TEİXEİRA, N.B., BRANDAO, M.C., VİDOTTO, M.C., JARDİM, J.R., GAZZOTTİ, M.R. 2018. Translation and Cultural Adaptation of The Stroke İmpact Scale 2.0 (SIS): A Quality-of-Life Scale for Stroke. *Sao Paulo Medical Journal*. 136(2): 144-149.
- BROWN, C., HASSON, H., THYSELİUS, V., ALMBORG, A.H. 2012. Post-Stroke Depression and Functional İndependence: A Conundrum. *Acta Neurologica Scandinavica*, 126(1): 45-51.
- BROWN, R.D., WHİSNANT, J.P., SİCKS, J.D., O'FALLON, W.M., WİBERS, D.O. 1996. Stroke İncidence, Prevalence, And Survival: Secular Trends in Rochester, Minnesota, Through 1989. *Stroke*. 27(3): 373–380.
- “BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR PAYDAŞLI EYLEM PLANI (2017-2025)” 2017. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1056 , Ankara.
- CAROD-ARTAL, F.J., CORAL, L.F., TRİZOTTO, D.S., MOREİRA, C.M. 2008. The Stroke İmpact Scale 3.0: Evaluation of Acceptability, Reliability, and Validity of The Brazilian version. *Stroke*, 39(9): 2477-2484.
- CHEN, C.M., TSAİ, C.C., CHUNG, C.Y., CHEN, C.L., WU, K.P., CHEN, H.C. 2015. Potential Predictors for Health-Related Quality of Life in Stroke Patients Undergoing İnpatient Rehabilitation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1): 118.
- CHOİ, S.U., LEE, H.S., SHİN, J.H., HO, S.H., KOO, M.J., PARK, K.H., YOON, J.A., KİM, D.M., OH, J.E., YU, S.H., KİM, D.A. 2017. Stroke İmpact Scale 3.0: Reliability and Validity Evaluation of the Korean Version. *Ann Rehabil Med*. 41(3): 387–393.
- CİN, A. 2016. İnmeli Yaşlı Hastaların Malnütrisyon Durumunun Saptanması. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- CREUTZFELDT, C.J., HOLLOWAY, R.G., WALKER, M. 2012. Symptomatic and Palliative Care for Stroke Survivors. *J Gen Intern Med*. 27(7): 853-860.
- ÇELİK, 2014. İnmeli Hastalarda Fonksiyonel Durumun Bakım Verenlerin Bakım Yüküne ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı. Ankara.

- DE CARLO, L.T. 1997. "On the Meaning and Use of Kurtosis". *Psychological Methods*. 2(3): 292-307.
- DEMİR YAZICI, Ş. 2010. İnmeli Hastalarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Edirne.
- DEMİR YÜREK, B.E., GÜNDOĞDU, A.A. 2017. İnme Sonrası Spastisite Tedavisinde Botulinum Toksin Enjeksiyonu Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Neurology/Turk Noroloji Dergisi*. 23(1): 15-20.
- DOĞAN, A., DÖNMEZ, B.K., NAKİPOĞLU, G., ÖZGİRGİN, N. 2009. Geriatrik İnmeli Hastalarımızda Eşlik Eden Sistemik Hastalıklar ve Komplikasyonlar. *Turkish Journal of Geriatrics*. 12(3): 118-123.
- DOĞAN, S. 2014. İnmeli Hastalarda Depresif Belirtilerin Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- DUMAN, T. 2017. Altmış Beş Yaş Üstü ve Altı Akut İnme Tanılı Hastaların Postural Kontrol, Denge, Mobilite ve Bağımsızlık Düzeylerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- DURNA, Z., TÜLEK, Z. DURNA Z. (Ed.), 2012. İnme ve Bakım. Kronik Hastalıklar ve Bakım. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. 6(11): 239-260.
- DÜNYA ENGELLİLİK RAPORU, 2011. Dünya Sağlık Örgütü, Yönetici Özeti. <http://siteresources.worldbank.org/TURKEYINTURKISHEXTN/Resources/455687-1328710754698/YoneticiOzeti.pdf>. (Erişim Tarihi :22.09.2018)
- DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ, 2008. Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi, 2008-2013 Eylem Planı.
- EKSTAND, E., LEXCELL, J., BROGARDH, C. 2018. Test-Retest Reliability of The Participation Domain of The Stroke Impact Scale in Persons With Chronic Stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 50(9): 843-846.
- ERDEN, N. 2009. Kronik İnme Hastalarında Duyusal Fonksiyonların; Motor Fonksiyonlar, Yaşam Kalitesi ve Fonksiyonel Değerlendirmeye Etkileri. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- ESKİYURT, N., YALIMAN, A., VURAL, M., KIZILTAŞ, H., BÖLÜKBAŞ, N., ÇEŞME, F. 2005. İnmeli Olguların Özellikleri ve Fonksiyonel Durum Sonuçları. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*. 68(3): 71-77
- EVCİLİ, G., UTKU, U. 2016. Subaraknoid Kanama: Tanı, Tedavi ve Yönetimi. Derleme. *Kocaeli Medical J*. 5(2): 58-62.
- EZEMA, C.I., AKUSOBA, P.C., NWEKE, M.C., UCHEWOKE C.U., AGONO, J., USORO, G. 2018. Influence of Post-Stroke Depression on Functional Independence in Activities of Daily Living. *Ethiop J Health Sci*. 29(1): 841-846.

- FEİGGİN, V.L., KRİSHNAMURTHİ, R.V., PARMAR, P., NORRVİNG, B., MENSAH, G.A., BENNETT, D.A., DAVİS, S. 2015. Update on The Global Burden of İschemic and Hemorrhagic Stroke in 1990-2013: The GBD 2013 Study. *Neuroepidemiology*. 45(3): 161-176.
- FESCİ, H., KUTLU, T.S., ÖZER, Z. 2006. Serebro Vasküler Hastalık ve Hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 9(2): 63-67.
- FİEDLER, R.C., GRANGER, C.V., OTTENBACKER, K.J. 1996. The Uniform Data System for Medical Rehabilitation. *Am J Phys Med Rehab*. 75(2) : 23-27.
- GLOBAL HEALTH ESTİMATES 2016. Deaths by Cause, Age, Sex by Country and by Region, Geneva World Health Organization ; 2000-2016.
- GO, A.S., MOZAFFARIAN, D., ROGER, V.L., BENJAMİN, E.J., BERRY, J.D., BLAHA, M.J., DAİ, S., FOX, C.S., FRANCO, S., FULLERTON, H.J., GİLLESPİE, C., HAILPERN, S.M., HEİT, J.A., HOWARD, V.J., HUFMAN, M.D., JUDD, S.E., KİSSELA, B.M., KİTTNER, S.J., LACKLAND, D.T., LİCHTMAN, J.H., LİSABETH, L.D., MACKKEY, R.H., MAGİD, D.J., MARCUS, G.M., MARELLİ, A., MATCHAR, D.B., MCGUİRE, D.K., MOHLER, E.R., MOY, C.S., MUSSOLİNO, M.E., NEUMAR, R.W., NİCHOL, G., PANDEY, D.K., PAYNTER, N.P., REEVES, M.J., SORLİE, P.D., STEİN, J., TOWFİGHİ, A., TURAN, T.N., VİRANİ, S.S., WONG, N.D., WOO, D., TURNER, N.M.B. 2014. AHA, Heart Disease and Stroke Statistics-2014, Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 129(3): 399-410.
- GOLDSTEİN, L.B., ADAMS, R., ALBERTS, M.J. 2006. Primary Prevention of Ischemic Stroke: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council: Cosponsored by the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Interdisciplinary Working Group; Cardiovascular Nursing Council, Clinical Cardiology Council, Nutrition, Physical Activity, and Metabolism Council and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline*. 37(6): 1583-1633.
- GOLDSTEİN, L.B., BUSHNELL, C.D., ADAMS, R.J., APPEL, L.J., BRAUN, L.T., CHATURVEDİ, S., CHATURVEDİ, S., CREAGER, M.A., CULEBRAS A., ECKEL, R.H., HART, R.G., HİNCHEY, J.A., HOWARD, V.J., JAUCH, E.C., LEVİNE, S.R., meschia, J.F., MOORE, W.S., NİXON, J.V., PEARSON, T.A. 2011. "Guidelines for The Primary Prevention of Stroke A Guideline for Healthcare Professionals from The American Heart Association/American Stroke Association". *Stroke*. 42(2): 517-584.
- GROENEVELD, R.A., MEEDEN, G. 1984. Measuring Skewness and Kurtosis. *The Statistician*. 33: 391-399.
- GUIDETTİ, S., YTTBERG, C., EKSTAM, L., JOHANSSON, U., ERİKSON, G. 2014. Changes in The İmpact of Stroke Between 3 and 12 Months Post-Stroke, Assessed With The Stroke İmpact Scale. *Journal of rehabilitation medicine*. 46(10): 963-968.
- GÜN, S. 2017. İnmeli Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Tükenmişlik ve Stresle Baş Etme Durumlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Samsun.

- HANKEY, G. 2013. Stroke Treatment and Prevention. An Evidence-based Approach. Cambridge, Cambridge University Press.
- HARRİS, G.M., COLLİNS-MCNEİL, J., YANG, Q., NGUYEN, Q.C., HİRSCHE, M.A., RHOADS, C.F., GUERRİER, T., THOMAS, J.G., PUGH, T.M., HAMM, D. 2016. Depression and Functional Status Among African American Stroke Survivors in Inpatient Rehabilitation. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 26(1): 116-124.
- HARVEY, R.L., ROTH, E.J., YUG, D. SARIDOĞAN, M.(Editör). Çeviri: ESKİYURT, N. 2010. İnme Sendromlarında Rehabilitasyon. Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon: Spesifik Tanılardaki Konular, 3.Baskı. Güneş Tıp Kitabevleri. 4(51): 1176-1177.
- HAVLE, N., ALTUNKAYNAK, Y., DAYAN, C., İLNEM, M.C., ARPACI, B. 2010. İnme Sonrası Depresyon Tedavisinde Essitalopram. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 20(1): 74-78.
- HEMPHİLL, J.C., GREENBERG, S.M., ANDERSON, C.S., BECKER, K., BENDOK, B.R., CUSHMAN, M., FUNG, G.L., GOLDSTEİN, J.N., MACDONALD, R.L., MITCHELL, P.H., SCOTT, P.A., SELİM, M.H., WOOD, D. 2015. Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. 46(7): 2032-2060.
- HİSLİ, N. 1988. Beck Depresyon Envanterinin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma, *Psikoloji Dergisi*.6(22): 118-126.
- HİSLİ, N. 1989. Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği Güvenirliliği, *Psikoloji Dergisi*.7(23): 3-13.
- HOLLAND, K., JENKİNS, J., HOLLAND, K.(ED) 2019. Applying The Roper, Logan and Tierney Model in Practice E-Book. An introduction to the Roper-Logan-Tierney Model for Nursing based on Activities of Living. Elsevier Health Sciences.
- HOPKINS, K.D., WEEKS, D.L. 1990. "Tests for Normality and Measures of Skewness and Kurtosis: Their Place in Research Reporting", *Educational and Psychological Measurement*. 50(4): 717-729
- ILUT, S., STAN, A., BLESNEAG, A., VACARAS, V., VESA, S., FODOREANU, L. 2017. Factors That Influence The Severity of Post-Stroke Depression. *J Med Life*.10(3):167-171.
- KAMEL, A., GHANİ, A.A., ZATİON, M.A., EL-MOTAYAM, A.S., EL-FATTAH, D.A. 2010. Health Related Quality of Life in Stroke Survivors Measured by The Stroke Impact Scale. *Egypt J Neurol Psychiatry Neurosurg*. 47(2): 267-74.
- KANKAYA, H., KARADAKOVAN, A. 2017. Yaşlı Bireylerde Günlük Yaşam Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumuna Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4): 21-29.
- KARAHAN, A.Y., KAYDOK, E. 2013. Geriyatrik Hemiplejik Olgularda Depresyon ve Anksiyete Düzeyi. *Şişli Etfal Tıp Bülteni*, 47(3): 130-137.

- KARAKUL MERAL, Z. 2010. İnme Geçirmiş Yaşlı Kişilerde Aktivite, Katılım ve Depresyonun Yaşam Memnuniyeti ile Olan İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- KARAMAN, E., TURGAY. MG., ÇOLAK, C., OĞUZTÜRK, H., GÜRBÜZ, Ş., KAMIŞLI, S., ÇELİK, E. 2015. İskemik İnmede Risk Faktörleri ve Etkileri. *Journal of Turgut Ozal Med Cent.* 22(4): 225-230.
- KARAMUSTAFALIOĞLU, O., YUMRUKÇAL, H. 2011. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları, (Derleme). *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni.* 45(2): 65-74.
- KARATEPE, A.G., KAYA, T., ŞEN, N., GÜNAYDIN, R., GEDİZLİOĞLU, M. 2007. İnmeli Hastalarda Risk Faktörleri ve Fonksiyonel Bağımsızlık ile İlişkisi. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation.* 53(3): 89-93.
- KAYA, Ç.A., MERCAN, E., ÇİFÇİLİ, S. 2018. Evde Sağlık Hizmeti Almak İçin Başvuran İnmeli Hastaların Sağlık ve Bakım İhtiyaçları. *The Journal of Turkish Family Physician,* 9(3): 69-77.
- KAYA, D., ÖZDEMİR, GY., Edt: KUMRAL, E. 2011 Serebral Kan Akımı ve Metabolizması. Santral Sinir Sisteminin Damarsal Hastalıkları. 2.Basım, Güneş Tıp Kitabevi Ankara. 3(11): 191-201.
- KAYMAK KARATAŞ, G. Editörler: BEYAZOVA, M., GÖKÇE KUTSAL, Y. 2011. İnme. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon : Nörolojik Sorunlar, 2.Baskı. Güneş Tıp Kitabevleri. 8(168): 2762-2763.
- KELLERMANN, M., BERECZ, R., BERECZKİ, D. 2018. Does The Severity of Depressive Symptoms After Stroke Affect Long-Term Survival? An 18-Year Follow-Up. *PloS One,* 13(12): 1-11.
- KILIÇ, Z. 2009. İnmeli Hastalarda Santral Ağrı Değerlendirmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul.
- KISABAY, A., GÜLER, A., ÖZAKGÜL, A., KUTLUK, K. 2014. İnmede Yaşam Kalitesi ve Ölçümü. *Türk Nöroloji Dergisi.* 20(1): 29-33.
- KİTTNER, S.J., STERN, B.J., FEESER, B.R., HEBEL, J.R., NAGEY, D.A., BUCHHOLZ, D.W., EARLEY, C.J., JOHNSON, C.J., MACKO, R.F., SLOAN, M.A., WITYK, R.J., WOZNIAC, M.A. 1996. Pregnancy and The Risk of Stroke. *N Engl J Med.* 335: 768-774.
- KOÇ, A. 2012. İnme’de Günlük Yaşam Aktiviteler. (Derleme). *Gülhane Tıp Dergisi.* 54(3): 254-260.
- KOÇER, A., GÖZKE, E., İNCE, N., GEZ, G. 2002. Nonlanüler ve Laküner İnfarkt Olgularında Modifiye Edilebilir Risk Faktörlerinin Karşılaştırılması. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi.* 8(3): 141-147.
- KRİSTENSEN, H.K., BORG, T., HOUNSGAARD, L. 2012. Aspects Affecting Occupational Therapists’ Reasoning When Implementing Research-based Evidence in Stroke Rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupation Therapy.* 19(2): 118-131.

- KULAKSIZOĞLU, I.B. 2009. Nörolojik Hastalıkların Psikiyatrik Yansımaları. Nöroloji Ders e-Kitabı. (<http://www.itfnoroloji.org/psikiyatrik/Psikiyatrik.htm>). (Erişim Tarihi: 22.03.2019)
- KÜÇÜKDEVECİ, A.A., YAVUZER, G., ELHAN, A.H., SONEL, B., TENNANT, A. 2001. Adaptation of the Functional Independence Measure for use in Turkey. *Clin Rehabil.* 15: 311-319.
- KÜÇÜKDEVECİ, A.A., YAVUZER, G., TENNANT, A., SULDUR, N., SONEL, B., ARASIL, T. 2000. Adaptation of The Modified Barthel Index for Use in Physical Medicine and Rehabilitation in Turkey. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine.* 32(2): 87-92.
- LAI, S.M., STUDENSKI, S., DUNCAN, P.W., PERERA, S. 2002. Persisting Consequences of Stroke Measured by The Stroke Impact Scale. *Stroke.* 33(7):1840-1844.
- LAURENT, K., DE SEZE, M.P., DELLECI, C., KOLLECK, M., DEHAİL, P., ORGOGOZO, J.M., MAZAUX, J.M. 2011. Assessment of Quality of Life in Stroke Patients With Hemiplegia. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine.* 54(6): 376-390.
- MAHONEY, F.I., BARTHEL, D.W. 1965. Functional Evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J.* 14: 56-61.
- MEMİŞ, S., TÜLEK, Z. 2004. İNMELİ Hastalarda Görülen Konuşma Bozukluklarında Hemşirenin Rolü. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.* 8(1): 53-61.
- MİDİ, İ. AFŞAR, N. 2010. İnme Risk Faktörleri, Klinik Gelişim. Marmara Üniversitesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- MOORS, J.J.A. 1986. "The Meaning of Kurtosis: Darlington Reexamined". *The American Statistician.* 40(4): 283-284.
- MUTAİ, H., FURUKAWA, T., NAKAKANİSHİ, K., HANİHARA, T. 2016. Longitudinal Functional Changes, Depression, and Health-Related Quality of Life Among Stroke Survivors Living at Home After Inpatient Rehabilitation. *Psychogeriatrics.* 16(3): 185-90.
- NICHOLS-LARSEN, D.S., ZERİNQUE, A., GREENSPAN, A., BLANTON, S. 2005. Factors Influencing Stroke Survivors' Quality of Life During Subacute Recovery. *Stroke.* 36(7): 1480-1484.
- O'DONNELL, M. J., CHİN, S. L., RANGARAJAN, S., XAVIER, D., LİU, L., ZHANG, H., LOPEZ-JARAMİLLO, P. 2016. Global and Regional Effects of Potentially Modifiable Risk Factors Associated With Acute Stroke in 32 Countries (INTERSTROKE): A Case-control Study. *The Lancet.* 388(10046): 761-775.
- ÖDEMİŞ, H. 2018. İnmeli Hastaların Primer Bakım Vericilerinin Bakım Yüğü ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Muğla Sıtkı Kocaman Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.

- ÖNCEL, Ç., KALAYCI, D., CURA, Ç., CAN, İ., KALKANCI, Ö. 2009. Akut İnmeli Hastalarda Depresyon ve Kognitif Bozukluk. *Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi*. 15(1): 7-11
- ÖZBABALIK, D. 2004. Strok Ünit Kavramı ve Gerekliliği. *Turkiye Klinikleri J Neur*. 2: 94-96.
- ÖZDAMAR, K. 2004. Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi-1. MINITAB-NCSS-SPSS. Genişletilmiş 5. Baskı. Kaan Kitabevi: Eskişehir.
- ÖZDİL, A. 2017. İnme Hastalarının Oturma Dengesi, Oturmada Fonksiyonel Aktivite Becerileri, Bağımsızlık Düzeyleri ve Yaşam Kalitelerinin Sağlıklı Bireyler İle Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Doğu Akdeniz Üniversitesi, Gazimağusa Kuzey Kıbrıs .
- ÖZKAYA, E. 2019. İnmeli hastalarda algılanan sosyal destek ile fonksiyonel durum, yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişki. Doktora Tezi, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Rize.
- ÖZTÜRK, S., AKYOL, Y., ULUS, Y., TANDER, B., KURU, Ö. 2018. Determinants of Disease Specific Health-Related Quality of Life in Stroke Patients. *Journal of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences/Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*. 21(3): 107-114.
- ÖZMADEN HANTAL, A., DOĞU, B., BÜYÜKAVCI, R., KURAN, B. 2014. İnme Etki Ölçeği 3,0: Türk Toplumundaki İnmeli Hastalarda Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Türk Fiz. Tıp Rehab. Derg.* 2014(60): 106–16.
- ÖZTÜRK, Y., SOY, D., ÖZTÜRK, M., MUTLUAY, B., ALTUNKAYNAK, Y., SÖZMEN, V., BAYBAŞ, S. 2002. İnmeden Bir Yıl Sonraki Yaşam Kalitesi ve Fonksiyonel Bağımsızlığın Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam*. 15(2): 117-121.
- POWERS, W.J., RABINSTEIN, A.A., ACKERSON, T., ADEOYE, O.M., BAMBAKİDİS, N.C., BECKER, K., BİLLER, J., BROWN, M., DEMAERSCHALK, B.M., HOH, B., JAUCH, E.C., KIDWELL, C.S., LESLIE-MAZWI, T.M., OVBİAGELE, B., SCOTT, P.A., SHETH, K.N., SOUTHERLAND, A.M., SUMMERS, D.V., TIRSCHWELL, D.L. 2018. On Behalf of The American Heart Association Stroke Council. 2018 Guidelines for The Early Management of Patients With Acute İschemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From The American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 49(3): 46–110.
- PRICE, A.J., WRIGHT, F.L., GREEN, J., BALKWILL, A., KAN, S.W., YANG, T.O. 2018. Differences in Risk Factors for 3 Types of Stroke: UK Prospective Study and Meta-analyses. *Neurology*. 90(4): 298-306.
- RAJU, R.S., SARMA, P.S., PANDANDIAN, J.D. 2010. Psychosocial Problems, Quality of Life, and Functional İndependence Among Indian Stroke Survivors. *Stroke*, 41(12): 2932-2937.
- SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KALP ve DAMAR HASTALIKLARINI ÖNLEME ve KONTROL PROGRAMI 2010. Birincil, İkincil, Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı 2010-2014. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 812 Ankara.

- SAJİ, N., KİMURA, K., OHSAKA, G., HİGASHİ, Y., TERAMOTO, Y., USUİ, M., KİTA, Y. 2015. Functional Independence Measure Scores Predict Level of Long-Term Care Required by Patients After Stroke: A Multicenter Retrospective Cohort Study. *Disabil Rehabil* 37(4): 331-337.
- SOYUER, F., ERDOĞAN, F. ÖZTÜRK, A. 2008. İnme Sonrası Depresyon Kognitif Bozuklukla İlişkilidir. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 15 (4): 271-274.
- SOYUER, F., SOYUER, A. 2007. Kronik Dönem İnme Hastalarında Depresyon ve Fonksiyonel Sonuç Arasındaki İlişki. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*.14(3) 167-170.
- STATE OF THE NATION STROKE STATISTICS. 2016. Stroke Association. (<http://www.stroke.org.uk/sites/default/files/stroke%20statistics.pdf>). (Erişim Tarihi: 28.04.2019).
- SÜLEYMANOĞLU, A. 2015. Engellilere Yönelik Halk Eğitim Kursları ve Hidroterapinin Aktivite Katılım, Yaşam Kalitesi ve Depresyon Üzerine Etkisi. . Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- SÜSLÜ, S., ŞENDİR, M. 2019. İnmeli Hastalarda Depresif Belirtilerin Sağlık ile İlişkili Yaşam Kalitesine Etkisi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*. 1(1): 1-8.
- ŞENOCAK, Ö., EL, Ö., SÖYLEV, G.Ö., AVCILAR, S., PEKER, Ö. 2008. İnme Sonrasında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Journal of Neurological Sciences [Turkish]*. 25-3(15): 169-175.
- ŞENYUVA, E. 2016. Hemşirelik Eğitimi ve Kanıta Dayalı Uygulamalar. *F.N. Hem. Derg.* 24(1): 59-65.
- TARVONEN-SCHRÖDER, S., LAİMİ, K., KAUKO, T., SALTYCHEV, M. 2015. Concepts of Capacity and Performance in Assessment of Functioning Amongst Stroke Survivors: A Comparison of The Functional Independence Measure and the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Journal of rehabilitation medicine*. 47(7): 662-664.
- TC. SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK İSTATİSTİKLERİ YILLIĞI. 2012. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-87578/h/istaturk2012.pdf>). (Erişim tarihi: 10.11.2018.).
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU 2013. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Ankara.
- TOPÇU, S. 2017. İnmeli Hastalarda Öz Etkililik ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- TÜRKEKEL, Y., GÜNGÖR, L., ONAR, M.K. 2010. İskemik Beyin Damar Hastalığında Altı Aylık Mortalite, Rekürrens ve Fonksiyonel iyileşme Üzerine Etkili Faktörler. *Turkish Journal of Neurology/Turk Noroloji Dergisi*. 16(4):177-186.
- TÜRK DİL KURUMU (TDK) 2019. Sözlükler. (<http://www.tdk.gov.tr>). (Erişim Tarihi: 21.09.2019).

- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU (TÜİK) 2015. TÜİK Haber Bülteni. (Erişim tarihi; 20 mayıs 2019).
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU 2016. Ölüm Nedeni İstatistikleri, TÜİK Haber Bülteni. (Erişim tarihi: 09.06.2019).
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU 2018. Ölüm Nedeni İstatistikleri.([<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri=30626>]). (Erişim tarihi: 06.10.2019).
- ULUDÜZ, D., TAŞKIN, D. 2013. İnmede Birincil ve İkincil Korunma: Diabetes Mellitus Olgularına Yaklaşım. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*. 20(1): 1-6.
- USLU, M., ÖZGÜR, G., BABACAN GÜMÜŞ, A. 2008. İnme Tanılı Hastaların Depresyon Düzeyleri ve Etki Eden Faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 11(1): 7-15.
- URVAYLIOĞLU, A.E. 2011. Bireylerin İnme Risk Faktörlerini Bilme Durumları ve Aldıkları Önlemlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- UTKU, U., ÇELİK, Y., BALKAN, S. (Editör) 2009. İnmede Etyoloji, Sınıflandırma ve Risk Faktörleri Serebrovasküler Hastalıklar'da. Güneş Kitabevi, Ankara. 2009 (2): 51-69.
- ÜNAL, S.Y., ÖZYURDA, F.T.D. 2010. Ankara İli Gölbaşı İlçesi 2 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Dilimi Şiddet Gören ve Görmeyen Kadınlarda Beck Depresyon Ölçeğine göre depresif Öge Yüğü. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Ankara.
- VELLONE, E., SAVİNİ, S., FİDA, R., DİCKSON, V.V., MELKUS, G.D.E., CAROD-ARTAL, F J., ALVARO, R. 2014. Psychometric Evaluation of The Stroke İmpact Scale 3.0. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 30(3): 229-241.
- WANG, R., LANGHAMMER, B. 2017. Predictors of Quality of Life for Chronic Stroke Survivors in Relation to Cultural Differences: A Literature Review. *Nordic College of Caring Science*. 33(2): 502-514.
- WEERD, L., RUTGERS, W.A., GRONİER, K.H., VAN DER MEER, K. 2011. Perceived wellbeing of patients one year post stroke in general practice-recommendations for quality aftercare. *BMC neurology*, 11(1): 42.
- WEN, H., WEYMANN, K., WOOD, L., WANG, Q.M. 2018. İnflammatory Signaling in Post-Stroke Fatigue and Depression. *Mechanisms of PSF and Depression Eur Neurol*. 80: 138-148.
- WHO 2014. Stroke Definiton. ([http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/])(Erişim Tarihi: 01.04.2019)
- WİT, D.L., PUTMAN, K., DEVOS, H., BRİNKMANN, N., DEAJAEGER, E., WEERDT, D.W., JENNİ, W., LİNCOLN, N., SCHUBAC, B., SCHUPP, V. 2014. Long-Term Prediction of Functional Outcome After Stroke Using Single İtems of The Barthel

Index At Discharge From Rehabilitation Centre. *Disability and Rehabilitation*. 36(5): 353-358.

WORLD HEALTH ORGANISATION, 1980. International Classification of Impairments, Disabilities and Hveicaps. A Manual of Classification Relating to The Consequences of Disease. WHO, Geneva.

YALIN, H. 2011. İnme Sonrası Hastaların Fonksiyonel Durum, Engellilik ve Yaşam Kaliteleri. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

YAVUZER, G., SÜLDÜR, N., KÜÇÜKDEVECİ, A., ELHAN, A. 2000. "Türkiye'de Nörorehabilitasyon Hastalarının Değerlendirilmesinde Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Modifiye Barthel İndeksi'nin Yeri". *Romotol Tıp Rehabil.* 11(1): 26-31.

YETİŞGİN, A., SATIŞ, S. 2019. İnme Nedeniyle Hemipleji Gelişen Hastalarda Rehabilitasyon Sonuçları ile Maliyet Arasındaki İlişki. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(2): 326-330.

YILDIRIM, B., ÖZKAHRAMAN, Ş. 2011. Hasta Eğitiminde Hemşirenin Rolü. *Sağlık ve Toplum*. 21(1): 7-14.

YTTBERG, C., DYBACK, M., BERGSTROM, A., GUIDETTİ, S., ERİKSSON, G. 2017. Perceived Impact of Stroke Six Years After Onset, and Changes in Impact Between One and Six Years. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 49(8):637-43.

YÜCE, T., KAVAK, F. 2017. Hastaların Bağımlılık Dereceleri ile Düşme Riskleri Arasındaki İlişki. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*. 6(2): 47-53.

ZÖNGÜR, S., AKSOY, C.C., TAŞPINAR, F., TAŞPINAR, B., KENAR, B. 2018. İnmeli Hastalarıçin Postüral Değerlendirme Ölçeği (Postural Assesment Scale for Stroke Patiens) Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliği. *İzmir Demokrasi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Dergisi*. 1(2): 25-36.

EKLER

EK 1. Hasta Veri Toplama Formu

EK 2. Beck Depresyon Envanteri

EK 3. Barthel İndeksi

EK 4. Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği

EK 5. İnme Etki Ölçeği 3.0

EK 6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

EK 7. Etik Kurul Kararı

EK 8. Kurum İzni

EK 9. Ölçek Kullanım İzinleri

EK 10. Özgeçmiş

EK 1. HASTA VERİ TOPLAMA FORMU

Anket No:

Yaş:

Cinsiyet: a) Kadın b) Erkek

Boy : cm Kilo : kg Bki :

Tansiyon : /

1. Medeni Durum: a) Evli b) Bekar

2. Eğitim Durumu:

a)Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlköğretim d)Lise e) Üniversite ve üstü

3. İş/Meslek Durumu:

a)Ev hanımı b) İşçi c) Memur d) Serbest meslek e)Emekli f)Diğer

4. Hala bir iş yerinde çalışma durumu: a)Çalışıyor b) Çalışmıyor

5. Çalışmıyor ise nedeni ?.....

6.Sosyal güvencesi var mı?

a) Var b)Yok

7.Yaşadığınız yer: a)İl b)İlçe c)köy

8. Oturduğu evin tipi?

a) Apartman dairesi (Kat:.....) b) Tek katlı/müstakil ev c) Gecekondu

9. Evde kendisine ait odası var mı?

a) Evet b) Hayır

10. Gelir Durumu:

a) Geliri giderden az b) Gelir gidere eşit c) Gelir giderden fazla

11. Bireyin geçirdiği inme tipi: a) Hemorajik b)İskemik c) Diğer

12. Bireyin inmeden etkilenen bölgesi: a) Sağ taraf b) Sol taraf c) Her iki taraf

13. Ne zaman inme geçirdiniz gün ,ay, yıl olarak?.....

14. İnmeye ek başka kronik hastalık var mı varsa neler?

a) Evet b) Hayır

15. Cevap evetse diğer kronik hastalıkları nelerdir?

a) Yüksek tansiyon b) Şeker hastalığı c) Kalp hastalığı

d) Solunum sistemi hastalığı e) Romatizma hastalıkları

f) Diğer

16. Birey hekim kontrolüne düzenli olarak gidiyor mu?

a) Evet b) Hayır

17. Bir önceki sorunun cevabı hayır ise nedeni?

a) Kontrole getiren birinin olmaması b) Şikayetin olmaması c) Maddi yetersizlik

d) Sağlık sigortasının olmaması e) Diğer

18. Sürekli kullandığı ilaçları var mı?

a) Var b) Yok

19. İlaçları varsa neler?

.....
.....

20. İnme tanısı konulduktan sonra ilaçlarını düzenli kullanıyor mu?

a) Evet b) Hayır

21. Önceki soruya cevabınız hayır ise neden ilaçlarını düzenli kullanmıyor?

a) Maddi yetersizlik b) Yan etkileri nedeniyle c) Unutkanlık

d) İlaçların yarar sağladığına inanmıyor e) diğer

22. İnme geçirdikten sonra hastaneye yatışınız oldu mu ?

a) Evet b) Hayır

23. Evetse ne kadar süre yattınız?

.....

24. İnme sonrası acil servise gelişiniz oldu mu ? a) Evet b) Hayır

25. Cevap evetse nedeni ?

.....

26. İnme sonrası rehabilitasyon tedavisi aldınız mı ?

a) Evet b) Hayır

27. Evetse kaç kere ne kadar süre yattınız?

.....

28. Evde kimlerle beraber yaşıyor?

a) Yalnız yaşıyor b) Eşiyle birlikte c) Eşi ve çocuklarıyla birlikte

d) Çocuklarıyla birlikte) Evli çocuklarıyla birlikte

29. Konuşmadurumu ?

a.Normal b. Hafif-orta şiddette afazi (zor ama kısmi bilgi alışverişi)

c. Ağır afazi (hiç bilgi alışverişi yok)

EK:2. BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o duygu durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatlice okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi duygu durumunuzu göz önünde bulundurarak, size uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, size uygun ifadeye karşılık gelen madde numarasının üzerine (x) işareti koyunuz.

1.0 Kendimi üzgün hissetmiyorum.

1 Kendimi üzgün hissediyorum.

2 Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan. kurtaramıyorum.

3 Öylesine üzgün ve mutsuzum ki bundan kurtulamıyorum

2.0 Gelecekte umutsuz değilim.

1 Gelecek konusunda umutsuzum.

2 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

3 Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek.

3.0 Kendimi başarısız görmüyorum.

1 Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu gibi sayılır

2 Geriye dönüp baktığımda pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum

3 Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.

4.0 Herşeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum.

1 Herşeyden eskisi kadar doyum alamıyorum

2 Artık hiçbir şeyden tam olarak doyum alamıyorum.

3 Bana doyum veren hiç bir şey yok. Her şey çok sıkıcı.

5.0 Kendimi suçlu hissetmiyorum.

1 Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.

2 Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.

3 Kendimi her an için suçlu hissediyorum.

6.0Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim..

1Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim.

2Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.

3Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.

7.0Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.

1Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.

2Kendimden hiç hoşlanmıyorum.

3Kendimden nefret ediyorum..

8.0 Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.

1Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.

2 Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.

3Her kötü olayda kendimi suçlarım.

9.0Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle birşey yapamam.

2Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.

3Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.

10.0Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.

1Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.

2Şimdilerde her an ağlıyorum.

3 Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesemde ağlayamam.

11.0 Eskisine göre daha sinirli yada tedirgin sayılmam.

1Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.

2 Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.

3Şimdilerde her an için kızgın ve tedirginim.

12.0Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.

1 Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.

2Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.

3 Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı..

13. 0Eskisi kadar rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.

1Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.

2 Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.

3Artık hiç karar veremiyorum.

14.0Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.

1Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi geliyor.

2Dış görünüşümde artık değişimi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.

3Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.

15. 0Eskisi gibi iyi çalışabiliyorum.

1Bir işe başlamak için eskisine göre daha çok çabalıyorum.

2Ne olursa olsun yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.

3 Artık hiç çalışmıyorum.

16. 0 Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum..

1Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.

2Eskisine göre bir veya iki saat daha erken uyanıyor .Tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.

3Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17. 0Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.

1Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.

2Şimdilerde neredeyse her şeyden çabuk ve kolay yoruluyorum.

3 Artık hiç bir şey yapamayacak kadar yorgunum.

18.0 İştahım eskisinden pek farklı değil.

1 İştahım eskisi kadar iyi değil.

2Şimdilerde iştahım epey kötü.

3 Artık hiç iştahım yok.

19.0 Son zamanlarda çok fazla kilo aldığımı/kaybettiğimi sanmıyorum..

1 Son zamanlarda istemediğim halde 2,5 kilodan fazla aldım/kaybettim.

2 Son zamanlarda 5 kilodan fazla aldım/kaybettim.

3 Son zamanlarda 7,5 kilodan fazla aldım/kaybettim.

20.0 Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.

1 Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.

2 Ağrı sızı gibi sıkıntılarım beni çok endişelendiriyor.

3 Bu tür sıkıntılar beni öyle çok endişelendiriyor ki başka bir şey düşünemiyorum.

21.0 Son zamanlarda cinsel hayatımda bir değişiklik yok..

1 Eskisine göre cinsel konularda daha az ilgiliyim.

2 Şimdilerde cinsel konularla pek ilgili değilim.

3 Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

EK 3. BARTHEL İNDEKSİ

1. Beslenme (10)

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

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

0 puan: Yapamaz

2. Tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersine geçiş (15)

15 puan: Tam bağımsız.

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

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

0 puan: Tamamen yatağa bağımlı

3. Kendine bakım (5)

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

0 puan: Kişisel bakımda yardıma ihtiyaç duyar.

4. Tuvalet Kullanımı (10)

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

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

0 puan: Bağımlı

5. Yıkanma (5)

5 puan: Bağımsızdır

0 puan: Yardıma ihtiyacı vardır

6. Düzgün yüzeyde yürüme (15)

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

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

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

5 Puan: Hasta yürüyemez ama tekerlekli sandalyeyi kullanabilir. Hasta köşeleri dönebilir. Yatağa, tuvalete yanaşabilir. Tekerlekli sandalyeyi en az 45 metre kullanabilmelidir. Eğer hasta yürüme bölümünden puan alırsa, ayrıca bu bölümden puan verilmez.

0 puan: Tekerlekli sandalyede oturabilir ancak kullanamaz

7. Merdiven inip çıkma (10)

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

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

0 puan: Yapamaz.

8. Giyinip soyunma (10)

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

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

0 puan: Tam bağımlıdır.

9. Barsak bakımı (10)

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

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

0 puan: İnkontinans.

10. Mesane bakımı (10)

10 puan: Hasta gece ve gündüz mesanesini kontrol edebilmelidir. Spinalkord yaralanması olan kateterli hastalar, kateter bakımını bağımsız olarak yapabilmeli, takıp çıkarabilmelidir.

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

0 puan: İnkontinans veya kateterli ve kontrol edemez.



EK 4. FONKSİYONEL BAĞIMSIZLIK ÖLÇEĞİ

Bu ölçek bireylerin fonksiyonel durumlarını ölçmek için kullanılmaktadır. Hasta bireyin kendine bakım, sfinkter kontrolü, mobilite, yer değiştirme, iletişim ve sosyal katılım durumlarını incelemek ve sonucunu değerlendirmek amaçlanmıştır. Aşağıdaki tabloda bağımsız olma durumuna göre rakamlar verilmiştir. 1-2 puan bağımlı, 3-5 puan yarı bağımlı, 6-7 puan bağımsız olarak değerlendirilir. Örnek olarak; Hasta kendi kendine yemek yiyebiliyorsa yardım gerekmez bu ifadeye karşılık gelen 7 rakamını işaretleyin, eğer sizin yardımınızla kendi yiyebiliyorsa yardımın derecesine göre 3, 4 işaretleyebilirsiniz. Eğer kendi kendine yemek yiyemeyecek durumdaysa ve % 100 yardım gerekiyorsa 1 işaretleyiniz.

Bağımsız

7. Tam bağımsız
6. Kısmi bağımsız (Yardımcı cihaz gereklidir)

Kısmi Bağımlı

5. Fiziksel yardım gerekmez, sözel uyarılar yeterlidir.
4. Minimal yardım (Hasta = %75-99)
3. Orta derecede yardım (Hasta =%50-75)

Tam Bağımlı

2. Maksimal yardım (Hasta = %25-50)
1. Tam yardım (Hasta = %0-25)

KENDİNE BAKIM

- A-Yemek yeme
- B-Kendine bakım (tırış, makyaj v.s.)
- C-Yıkanma
- D-Üst taraf giyimi
- E-Alt taraf giyimi
- F-Tuvalet kullanımı

SFİNKTER KONTROLÜ (İdrar – Büyük Abdestin Kontrolü)

G-Mesane bakımı (istemli olarak idrarın tutulması, ya da kaçırılması. İdrar kaçağının sıklığı seviyeyi bildirir.)

H-Bağırsak bakımı (istemli olarak büyükabdestin hissedilmesi veya yapılması, hissedilmeme sıklığıyla tam bağımlı olma durumu orantılı olarak artar.)

MOBİLİTE (Hareketlilik, Kendi Başına Hareket Edebilme)

I-Yatak, sandalye, tekerlekli sandalye

J-Tuvalet

K-Banyo, duş

YER DEĞİŞTİRME (Lokomosyon)

L-Yürüme/tekerlekli sandalye

M-Merdiven

İLETİŞİM

N-Anlama (İşitsel veya görsel) İşitsel /Görsel

O-İfade edebilme (Sözel veya değil) Sözel /Deği.....

SOSYAL ALGILAMA

P-Sosyal katılım

R-Problem çözme

S-Hafıza

Total FBÖ =.....

EK 5. İNME ETKİ ÖLÇEĞİ 3.0

Bu anketin amacı, geçirdiğiniz inmenin sağlığını ve hayatınızı nasıl etkilediğini değerlendirmektir. İnmenin sizi nasıl etkilediğini SİZİN BAKIŞ AÇINIZDAN bilmek istiyoruz. Size inmenin yol açtığı engeller ve bozuklukların yanında, inmenin yaşam kalitenizi nasıl etkilediğiyle ilgili sorular soracağız. Son olarak da, geçirdiğiniz inmeden bu yana sizce ne kadar iyileştığınıze dair değerlendirme yapmanızı isteyeceğiz.

İnme Etki Ölçeği 3,0					
Bu sorular geçirdiğiniz inme sonucu ortaya çıkmış olabilecek fiziksel sorunlarla ilgilidir.					
1.Aşağıda belirtilen uzuvlarınızın geçen hafta içindeki kuvvetini değerlendirin.	Çok kuvveti vardı	Epeyce kuvveti vardı	Biraz kuvveti vardı	Az kuvveti vardı	Hiç kuvveti yoktu
a. İnmeden en çok etkilenen kolunuzun	5	4	3	2	1
b. İnmeden en çok etkilenen elinizin kavramasının	5	4	3	2	1
c. İnmeden en çok etkilenen bacağınızın	5	4	3	2	1
d. İnmeden en çok etkilenen ayak/ayak bileğinizin	5	4	3	2	1

Bu sorular sizin düşünme ve hafızanız ile ilgilidir.					
2. Geçen hafta içinde aşağıdakileri yapmak sizin için ne kadar zordu?	Hiç zor değildi	Çok az zordu	Biraz zordu	Çok zordu	Aşırı derecede zordu
a. İnsanların size henüz söylemiş olduğu şeyleri hatırlamak	5	4	3	2	1
b. Bir gün önce olanları hatırlamak	5	4	3	2	1
c. Yapılacak işleri hatırlamak (örneğin, ayarlanmış randevulara gitmek ya dailaçlarınızı almak)	5	4	3	2	1
d. Haftanın hangi günü olduğunu hatırlamak	5	4	3	2	1
e. Konsantre olmak	5	4	3	2	1
f. Hızlı düşünmek	5	4	3	2	1
g. Günlük problemleri çözmek	5	4	3	2	1

Bu sorular sizin inmeden bu yana ruh halinizdeki değişiklikler ve duygularınızı kontrol edebilme beceriniz hakkında hissettikleriniz ile ilgilidir.					
3. Geçtiğimiz hafta içerisinde ne kadar sıklıkla	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
a. Kendinizi üzgün hissettiniz	5	4	3	2	1
b. Yakın olduğunuz kimsenin olmadığını hissettiniz	5	4	3	2	1
c. Başkalarına yük olduğunuzu hissettiniz	5	4	3	2	1

d. İlerisiyle ilgili hiçbir beklentinizin olmadığını hissettiniz	5	4	3	2	1
e. Yaptığınız hatalar için kendinizi suçladınız	5	4	3	2	1
f. Bir şeylerden eskiden olduğu kadar zevk aldınız	5	4	3	2	1
g. Kendinizi oldukça sinirli hissettiniz	5	4	3	2	1
h. Hayatın yaşamaya değer olduğunu hissettiniz	5	4	3	2	1
i. En azından günde bir kez gülümsediniz ya da kahkaha attınız	5	4	3	2	1

Sıradaki sorular diğer insanlarla iletişim kurabilme ile okuduklarınızı ve karşılıklı konuşma sırasında duyduklarınızı anlayabilme becerinizle ilgilidir.

4. Geçtiğimiz hafta içerisinde aşağıdakileri yapmak sizin için ne kadar zordu?	Hiç zor değildi	Çok az zordu	Biraz zordu	Çok zordu	Hiç yapamadım
a. Karşınızda duran birinin adını söylemek	5	4	3	2	1
b. Bir konuşmada size söylenenleri anlamak	5	4	3	2	1
c. Sorulara cevap vermek	5	4	3	2	1
d. Nesnelere doğru adlandırmak	5	4	3	2	1
e. Bir grup insanla birlikte bir konuşmaya katılmak	5	4	3	2	1
f. Bir telefon konuşması yapmak	5	4	3	2	1
g. Doğru numarayı seçip çevirerek birini telefonla aramak	5	4	3	2	1

Sıradaki sorular sizin tipik bir gün süresince yapabileceğiniz aktivitelerle ilgilidir.

5. Geçtiğimiz iki hafta içerisinde aşağıdakileri yapmak sizin için ne kadar zordu?	Hiç zor değildi	Çok az zordu	Biraz zordu	Çok zordu	Hiç yapamadım
a. Yiyeceklerinizi çatal bıçakla kesmek	5	4	3	2	1
b. Vücudunuzun üst kısmına (belden yukarıya) bir şeyler giymek	5	4	3	2	1
c. Kendi başınıza yıkanmak	5	4	3	2	1
d. Ayak tırnaklarınızı kesmek	5	4	3	2	1
e. Tualete yetişmek	5	4	3	2	1
f. İdrarınızı kontrol etmek (kaçırmamak)	5	4	3	2	1
g. Bağırsaklarınızı kontrol etmek (kaçırmamak)	5	4	3	2	1

h. Ufak tefek ev işlerini yapmak (toz almak, yatağınızı toplamak, çöpü dışarı çıkarmak) bulaşık yıkamak)	5	4	3	2	1
i. Alışverişe gitmek	5	4	3	2	1
j. Ağır ev işlerini yapmak (elektrikli süpürge yapmak, çamaşır yıkamak veya bahçe işiyle uğraşmak)	5	4	3	2	1

Sıradaki sorular, sizin evdeki ve topluluk içindeki hareket becerinizle ilgilidir.					
6. Geçtiğimiz iki hafta içerisinde aşağıdakileri yapmak sizin için ne kadar zordu?	Hiç zor değildi	çok az zordu	Biraz zordu	çok zordu	Hiç yapamadım
a. Dengenizi kaybetmeden oturur şekilde durmak	5	4	3	2	1
b. Dengenizi kaybetmeden ayakta dikilerek durmak	5	4	3	2	1
c. Dengenizi kaybetmeden yürümek	5	4	3	2	1
d. Yataktan sandalyeye geçmek	5	4	3	2	1
e. Bir blok yürümek	5	4	3	2	1
f. Hızlı yürümek	5	4	3	2	1
g. Bir kat merdiven çıkmak	5	4	3	2	1
h. Birkaç kat merdiven çıkmak	5	4	3	2	1
i. Arabaya binmek ve arabadan inmek	5	4	3	2	1

Sıradaki sorular inmeden EN ÇOK ETKİLENEN elinizi kullanabilmenizle ilgilidir.					
7. Geçtiğimiz 2 hafta içinde inmeden en çok etkilenen elinizle aşağıdakileri yapabilmek sizin için ne kadar zordu?	Hiç zor değildi	çok az zordu	Biraz zordu	çok zordu	Hiç yapamadım
a. Ağır nesnelere taşımak (alışveriş torbası)	5	4	3	2	1
b. Kapının kolunu çevirmek	5	4	3	2	1
c. Konserve kutusu ya da kavanoz açmak	5	4	3	2	1
d. Ayakkabı bağınızı bağlamak	5	4	3	2	1
e. Bir bozuk parayı elinize almak	5	4	3	2	1

Sıradaki sorular geçirdiğiniz inmenin sizin için anlamlı olan, hayatta bir amaç bulmanıza yardımcı olan ve normal hayatınızda genellikle yaptığınız faaliyetlere katılabilmenizi nasıl etkilediği ile ilgilidir.					
8. Geçtiğimiz dört hafta süresince aşağıda belirtilen faaliyetleriniz ne kadar sınırlandı?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Bütün zamanımda
a. İşinizde (ücretli, gönüllü ya da diğer)	5	4	3	2	1
b. Sosyal aktivitelerinizde	5	4	3	2	1
c. Sakin boş zaman etkinlikleri (el sanatları, okuma)	5	4	3	2	1
d. Hareketli boş zaman etkinlikleri (spor, gezinti, seyahat)	5	4	3	2	1
e. Bir aile bireyi ve/veya arkadaş olarak rolünüzde	5	4	3	2	1
f. Manevi veya dini aktivitelere katılımınızda	5	4	3	2	1
g. Hayatınızı istediğiniz gibi kontrol edebilme becerinizde	5	4	3	2	1
h. Başkalarına yardım edebilme becerinizde	5	4	3	2	1

9. İnmeden iyileşme 100'ün tam iyileşme 0'ın ise hiç iyileşme olmadığını ifade ettiği 0'dan 100'e kadar gittiği bir ölçekte sizce ne kadar iyileştiniz?
100 Tamamen iyileşme

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0 Hiç iyileşme yok

EK 6. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

CALISMANIN ADI

İnme Geçiren Hastalarda Fonksiyonel Bağımlılık Durumunun Depresyon ve Yaşam Kalitesine Etkisi

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğretim Üyesi Nurhan Özpancar

Araştırmanın Amacı:

İnme geçiren hastalarda fonksiyonel bağımlılık durumunun depresyon ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi.

Araştırmada İzlenecek Yöntem:

Bu araştırma sizin gibi inme tanısı almış olan hastalarla gönüllülük esasına dayalı olarak yapılacaktır. Araştırmamızda sizin için herhangi bir risk söz konusu değildir. Araştırma Namık Kemal Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon polikliniği takipli inme tanılı hastalarla yapılacak ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmamızda;

*Kişisel özelliklerinizi ve süre gelen hastalık durumuzu açıklayıcı 29 maddelik hasta tanımlama formu,

* Fonksiyonel bağımlılık durumunuzu incelemek ve değerlendirmek amacıyla beslenme, kendine bakım, yer değiştirme, tuvalet alışkanlığı, iletişim, sosyal katılım kategorilerinde soruların yer aldığı fonksiyonel bağımsızlık ölçeği,

*Yemek yeme, banyo yapma, günlük bakım, giyinme, tuvalete gitme, yürüme, merdiven çıkma gibi fonksiyonel durumları yerine getirebilme yeteneğinizi değerlendirmek amacıyla Barthel indeksi,

*Hastalık sonrası oluşan duygusal durumun değerlendirilmesi açısından Beck depresyon envanteri,

*Fonksiyonel bağımlılık durumuna bağlı olarak yaşam kalitenizi değerlendirmek amacıyla 8 alt bölümden oluşan inme etki ölçeği 3.0 kullanılacaktır.

Bu çalışmada inme geçiren hastalarda fonksiyonel bağımlılık durumunun depresyon ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amaçlanmaktadır ve sizlere bu konuda yüz yüze görüşülerek sorular yöneltilecektir.

Bu araştırmanın protokolü, Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi etik değerlendirme komitesi tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır. Helsinki beyannamesinde ortaya konan etik prensiplere rivayet edilecektir. Bu formun bir kopyası size saklamanız için verilecektir.

Alternatif Tedavi veya Girişimler: YOK

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler: YOK

Araştırma İlacının Olası Yan Etkileri: YOK

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilir Kişi Adı / Soyadı / Telefonu:

Yasemin TURAN 05077638810

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gizli tutulacaktır. Sizin araştırmaya katılmanıza ilişkin bilgisi olan tek kişi doktorunuz olacaktır. Doktorunuza verdiğiniz bilgiler kadar klinik bilgilerde gizli tutulacaktır. Bununla birlikte yetkili kurumların müfettişleri araştırmanın geçerli yasalar ve sağlık makamları mevzuatına uygun olarak yürütülmesini garantilemek üzere araştırmaya ilişkin kayıtlarınızı incelemekle yükümlü olabilirler. Kayıtlarınızdaki bilgiler sadece bu araştırma amacıyla ve bu araştırmayı izleyen yayınlar için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. Her durumda kimliğiniz diğer amaçlar için kullanılmayacak veya üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır. Muayeneleriniz ve diğer işlemler için sizden ücret alınmayacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih**Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih****Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih****Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih**

EK 7. ETİK KURUL KARARI



T.C
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı: 2018/

29/03/2018

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nurhan ÖZPANCAR

Namık Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna sunmuş olduğunuz "İnme Geçiren Hastalarda Fonksiyonel Bağımlılık Durumunun Depresyon Ve Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı ve 2018/44/03/17 nolu prospektif araştırmanız incelenmiş olup, yürütülmesine etik açıdan herhangi bir sakınca olmadığına oybirliği/oyçokluğu ile karar verilmiştir.

NKÜ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

Unvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile ilişki		Katılım		İmza
	Var	Yok	Evet	Hayır	
Prof. Dr. Ebru YEŞİLDAĞ	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. M. Metin DONMA	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ali Rıza KIZILER	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Nicel TAŞDEMİR	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Savaş GÜZEL	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yakup ALBAYRAK	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gündüz YÜMÜN	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Berna ERDAL YILDIRIM	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Birol TOPÇU	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Demet ÖZKARAMANLI GÜR	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sonat Pinar KARA	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Ufuk COŞKUNKAN	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KURTULUŞ TOSUN	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Başkanın Unvanı /Adı/ Soyadı /İmza: Prof. Dr. Ebru YEŞİLDAĞ

Namık Kemal Mah. Kampüs Cad. No:1 59030
Telefon: (0 282) 250 59 04 - Faks: (0 282) 250 99 28
Elektronik Ağ: <http://tip.nku.edu.tr>

Ayrıntılı Bilgi için: Engin Deniz RENÇBER
e- posta: edrencber@nku.edu.tr

EK 8. KURUM İZİNİ

2

**NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE
UYGULAMA MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Sorumlu yürütücüsü olduğum “İnme geçiren hastalarda fonksiyonel bağımlılık durumunun depresyon ve yaşam kalitesine etkisi” isimli çalışma Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’na sunulacaktır.

Bu araştırmanın merkezinizde yapılabilmesi için gereken iznin verilmesini arz ederim.

19.03.2018



Dr. Öğretim Üyesi Nuhhan ÖZPANCAR
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

UYGUNDUR
19.03.2018

Adı Soyadı
Merkez Müdürü

NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Düce Dr. Tıp Fakültesi
19030

EK 9. ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ

1. Barthel İndeksi (BI) ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ) Kullanım İzni

yasemin TURAN <yasminalis15@hotmail.com> şunları yazdı (11 May 2018 00:46):

Sayın YAVUZER ben Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç hastalıkları hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. İnme geçiren hastalarda fonksiyonel bağımlılık durumunun depresyon ve yaşam kalitesine etkisi ile ilgili yapacağım tezimde geçerlilik güvenilirliğini yapmış olduğunuz, Barthel İndeksi ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeğini kullanmak için izninizi istiyorum. Cevabınızı bekliyorum, şimdiden teşekkür ederim.

Gunes Yavuzer <gunesyavuzer@hotmail.com>

Cum 11.05.2018, 10:40

12 Mayıs 2018 18:31 tarihinde Nesrin Hisli Sahin <nesrinhislisahin@gmail.com> yazdı:

Sayın Turan ölçekleri kullanacak olmanıza sevindim kolaylıklar dilerim

Güneş Yavuzer

2. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Gönderen:	yasemin	TURAN < yasminalis15@hotmail.com >
Tarih:	10	Mayıs 2018 17:22
Konu:	Beck Depresyon Envanteri	Geçerlilik ve Güvenirliği
Alıcı:	" nesrinhislisahin@gmail.com "	< nesrinhislisahin@gmail.com >

Sayın HİSLİ ben Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç hastalıkları hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. İnme geçiren hastalarda fonksiyonel bağımlılık durumunun depresyona etkisi ile ilgili yapacağım tezimde geçerlilik güvenilirliğini yapmış olduğunuz, Beck depresyon envanterini kullanmak için izninizi istiyorum. Cevabınızı bekliyorum, şimdiden teşekkür ederim.

12 Mayıs 2018 18:31 tarihinde Nesrin Hisli Sahin <nesrinhislisahin@gmail.com> yazdı:

Aşağıda bulunan izin yazısı ile söz konusu ölçeğe ilişkin materyaller, Prof. Dr. Nesrin Hisli Şahin tarafından gönderilmektedir.

Sayın Turan,

Beck Depresyon Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil; size gönderdiğim kopyasını ve ölçek formunun son sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyle gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

3. İnme Etki Ölçeği 3.0 (İEÖ 3.0) Kullanım İzni

Nurhan OZPANCAR <nozpancar@nku.edu.tr> şunları yazdı (15 Ağu 2018 16:50):

Sayın Dr. Beril Doğu,

Yüksek lisans öğrencim Yasemin Turan'ın "İnme geçiren hastalarda fonksiyonel bağımlılık durumunun depresyon ve yaşam kalitesine etkisi" başlıklı tez çalışmasında geçerlilik güvenilirliğini yapmış olduğunuz, İnme Etki Ölçeği:3,0 ölçeğini izninizle kullanmak isteriz.

iyi çalışmalar, teşekkürler.

Dr. Öğretim Üyesi Nurhan Özpancar

Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

TEKİRDAĞ

Gönderen: **beril doğu**<berildogu@hotmail.com>
Tarih: 15 Ağustos 2018 16:59
Konu: Re: inme etki ölçęęi kullanım izni
Alıcı: Nurhan OZPANCAR <nozpancar@nku.edu.tr>

Merhaba Nurhan Hanım,

Yayınımızda Türkçe'ye çevirdiğimiz formu bulabilirsiniz.

İlginiz için teşekkürler,

İyi çalışmalar.

Beril Doğü

iPhone'umdan gönderildi

EK 10. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

ADI SOYADI	YASEMİN TURAN
DOĞUM YERİ	FATİH/İSTANBUL
DOĞUM TARİHİ	27.09.1987
TELEFON	05077638810
E-MAİL	yasminalis15@hotmail.com

Eğitim Düzeyi

Öğrenim	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Devam ediyor
Lisans	Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2011
Lise	Kadriye Moroğlu Lisesi	2005

İş Deneyimi

Kurum	Görevi	Süre
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi	Hemşire	2011-halen

Yabancı Dil Bilgisi

Yabancı Dil	Seviye
İngilizce	Orta

Bilgisayar Bilgisi

Program	Seviye
Microsoft Office (Word, Excel,Power Point)	İyi