

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI**

**STROKLU HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Nuray DAYAPOĞLU

Tez Yöneticisi
Yrd.Doç. Dr. Mehtap TAN

**Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM – 2005**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

STROKLU HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Nuray DAYAPOĞLU

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 19.08.2005

Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 22.09.2005

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Mehtap TAN
Jüri Üyesi : Doç. Dr. Behice ERCİ
Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Seher ERGÜNEY
Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Mine EKİNCİ
Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Duygu ARIKAN

Enstitü Müdürü : Doç. Dr. Adnan TEZEL

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Mehtap TAN

Yüksek Lisans Tezi
Eylül 2005
ERZURUM

I

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR.....	IV
TABLolar DİZİNİ.....	V
ÖZET.....	VI
SUMMARY.....	VIII
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Strok (inme) Tanımı.....	6
2.2. Strok'un (inmenin) Sınıflandırılması.....	6
a) İskemik (tıkayıcı) İnme.....	6
b) Hemorajik (kanayıcı) İnme.....	7
2.3. Strok (inme) Epidemiyolojisi.....	9
2.4. Strok'ta (inmede) Risk Faktörleri.....	10
a) Kesin Risk Faktörleri.....	13
b) Olası Risk Faktörleri.....	15
2.5. Belirti ve Bulgular.....	17
2.6. Tanı	18
2.7. Tedavi ve Hemşirelik Bakımı.....	20
a) Akut Dönemde Nekrozu Önleyici Girişimler.....	21
b) Vücut Fonksiyonlarının Sürdürülmesi ve Komplikasyonların Önlenmesi....	22
c) Psikolojik Gereksinimlerin Karşılanması.....	22
d) Strok'ta (inmede) Korunma.....	23

II

e) Strok (inme) Rehabilitasyonu.....	25
2.8. Yaşam Kalitesi Kavramı.....	27
2.9. Yaşam Kalitesinin Tarihsel Gelişimi.....	28
2.10. Yaşam Kalitesinin Boyutları-Alanları.....	29
2.11. Yaşam Kalitesini Azaltan ve Artıran Durumlar.....	30
2.12. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	30
2.13. Strok (inme) ve Yaşam Kalitesi.....	31
2.14. Sosyal Destek.....	32
2.15. Strok (inme) ve Sosyal Destek.....	34
3. MATERYAL VE METOD	36
3.1. Araştırmanın Türü	36
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	36
3.3. Evren ve Örneklem Seçimi.....	36
3.4. Veri Toplama Araçları	36
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	40
3.6. Verilerin Toplanması.....	40
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	41
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	42
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri	42
4. BULGULAR.....	43
5. TARTIŞMA.....	59
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	69

III

KAYNAKLAR.....	71
EKLER.....	80
EK I Kişisel Bilgi Formu	
EK II Barthell İndeksi	
EK III SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	
EK IV SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Değerlendirilmesi	
EK V Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASD/AL)	
EK VI İzin Belgesi	

IV

TEŞEKKÜR

Bu araştırmaya beni yönlendiren ve gösterdiği büyük emek ve desteğinden dolayı öncelikle değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Mehtap TAN'a en içten şükranlarımı sunarım.

Her zaman desteğini gördüğüm Sayın Yrd. Doç. Dr. Seher ERGÜNEY'e,

İstatistiksel analizlerin değerlendirilmesi aşamasında büyük katkıları olan Sayın Doç. Dr. Behice ERCİ'ye,

Tezimin her aşamasında yanımda olan Sayın Arş. Gör. Elanur Karabulutlu'ya,

Manevi desteklerinden dolayı sevgili aileme,

Verilerimi topladığım, inmeli hastalara ve Nöroloji Polikliniği çalışanlarına sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. İnmeli Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	43
Tablo 2. İnmeli Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	45
Tablo 3. Hastaya Bakım Veren Kişiyeye Ait Özelliklerinin Dağılımı.....	46
Tablo 4. Hastaların Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	47
Tablo 5. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	48
Tablo 6. Hastaların Hastalığa Ait Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	53
Tablo 7. Hastalara Bakım Veren Kişiyeye Ait Özelliklere Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	55
Tablo 8. Hastaların Gelir Düzeyi İle Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait Puanlar Arasındaki İlişki.....	57
Tablo 9. Hastaların Sosyal Destek Durumları İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki.....	58

VI

ÖZET

Stroklı Hastaların Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Bu araştırma, stroklı (inmeli) hastaların yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini 09.02.2005 / 09.06.2005 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Yakutiye Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniği'ne kontrol amaçlı başvuran, barthell indeksine göre ağır sakatlık durumu bulunmayan (65 puan ve üzeri), en az 3 ay önce inme tanısı konan, daha öncesine ait inme öyküsü bulunmayan, tek taraflı lezyonu bulunan, konuşma bozukluğu bulunmayan, psikiyatrik bozukluk tanısı almamış ve araştırmaya katılmaya gönüllü hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise bu tarihler arasında araştırmacının bulunduğu sürede tesadüf eden 70 hasta oluşturmuştur.

Verilerin toplanmasında anket formu, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ile aileden algılanan sosyal destek ölçeği (ASD/AL) kullanılmıştır. Veriler; yüzdelik, aritmetik ortalama, cronbach alfa, bağımsız gruplarda t testi, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis Varyans analizi, Pearson Korelasyon analizi ve Bonferroni düzeltme analizi ile değerlendirilmiştir.

Araştırma grubundaki hastaların yaş ortalaması 64.18 ± 7.91 olup, % 40'ının 61- 71 yaş grubunda, %60'ının erkek, %38.6'sının okuryazar olmadığı, %74.3'ünün evli, %38.6'sının ev hanımı olduğu saptanmıştır. Hastaların %50'sinin şehir merkezinde yaşadığı, %51.4'ünün geniş aileye mensup olduğu, %85.7'sinin sağlık güvencesin

VII

olduğu, ortalama 592.21 ± 272.38 YTL aylık gelire sahip oldukları ve %68.6'sında inme dışında başka bir kronik hastalık bulunduğu, bakım veren kişilerin %65.7'sinin çocukları olduğu, %74.3'ünün iskemik inmeli, % 57.1'inin lezyon alanının sağ taraf olduğu, %42.9'unun hastalık süresinin 3- 9 ay olduğu saptanmıştır.

Araştırma grubundaki hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin fonksiyonel duruma ait puan ortalaması 38.34 ± 22.72 , esenlik puan ortalaması 37.98 ± 18.77 , genel sağlık anlayışı puan ortalaması 34.92 ± 17.53 ve global yaşam kalitesinin puan ortalaması 37.08 ± 17.03 olarak bulunmuştur. Hastaların aileden algılanan sosyal destek puan ortalamaları 11.21 ± 7.12 olarak bulunmuştur.

Hastaların, medeni durum, sosyal güvence, inme tipi ve ameliyat olma durumu ile tüm yaşam kalitesi alanları ve global yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Hastaların yaşı ($p < 0.001$), cinsiyeti ($p < 0.05$), eğitim durumu ($p < 0.001$), mesleği ($p < 0.01$), yaşadıkları yer ($p < 0.001$), aile tipi ($p < 0.001$), inme dışındaki kronik hastalık durumları ($p < 0.05$), beyin lezyon alanları ($p < 0.01$), hastalık süresi ($p < 0.01$) ve bakım veren kişinin eğitim durumu ($p < 0.01$) ile global yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Araştırmada; hastaların gelir düzeyi ve aileden algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesinin tüm alanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.01$).

VIII

SUMMARY

The Investigation of Life Quality of the Patients with Stroke and Examination of Affecting Factors

This study was carried out as descriptive in order to investigate the life quality of patients with stroke and the factors affecting.

The population of the study consist of patients with stroke who applied to Ataturk University Yakutiye Research Hospital's Neurology Policlinic between the dates of 09.02.2005 and 09.06.2005 with the aim of check up, had no heavy disability, according to barthell index (65 points and over), diagnosed as stroke at least 3 months ago, had no story of stroke before, with only one sided lesion, no communicative defect, no psychiatric disease and who were volunteer to participate the study.

The sampling consist of 70 patients coincided with the time when the researcher is available between these dates.

The questionnaire form, SF-36 life quality scale and perceived social support from family scale (PSS-Fa) were used to collecting of the data. The data were evaluated by percentage, average, cronbach alfa, t test in independent groups, Mann Whitney U, Kruskal Wallis Variance analysis, Pearson Correlation analysis and Bonferroni analysis.

The mean age of the study group was 64.18 ± 7.91 and 40% of them were 61-71 age group. 60% of them were male, 38.6% of them were illiterate, 74.3% were married and 38.6% were housewives. 50% of the patients were living in urban centers, 51.4% were a member of a large family, 85.7% of them had social insurance and had an average monthly income of 592.21 ± 272.38 YTL. 68.6% of the patients had another chronical illness other than stroke, 65.7% of caregivers were their children, 74.3% of

IX

them were with ischemic stroke, the lesion side of 57.1% of them was right and the illness duration of 42.9% of them was 3 to 9 months.

The mean score of functional situation of life quality scale of the study group was 38.34 ± 22.72 , mean score of welfare was 37.98 ± 18.77 , general health understanding mean score was 34.92 ± 17.53 and global life quality mean score was 37.08 ± 17.03 . The mean score of social support perceived from family was 11.21 ± 7.12 .

There was no significant difference among the mean scores of their marital status, social insurance, stroke type, operation situation and all life quality fields and global life quality ($p > 0.05$).

The mean score differences between the ages of the patients ($p < 0.001$), sex ($p < 0.05$), education level ($p < 0.001$), occupation ($p < 0.01$), living place ($p < 0.001$), family type ($p < 0.001$), chronic illness conditions except for stroke ($p < 0.05$), brain lesion sides ($p < 0.01$), illness duration ($p < 0.01$), education level of caregiver ($p < 0.01$), and global life quality were found to be significant.

A significant relation positively between the income level and social support perceived from family and all fields of life quality was found ($p < 0.01$).

1.GİRİŞ VE AMAÇ:

Yirminci asrın başlarında ve dünya savaşlarından önce tüm ülkelerde 60 yaş sonrası yaşayan insanların sayısı genç nüfusa göre daha az iken son yıllarda uygulanan doğum kontrol yöntemleri, sağlık olanakları ile tanı ve tedavi yöntemlerindeki hızlı gelişmeler ve emekliliğe yönelik iyileştirmeler yaşlı nüfusun artışına yol açmış buna bağlı olarak da son otuz yılda strok (inme) insidansının ve mortalitesinin azalmasına rağmen, populasyon yaşlandıkça bu eğilim tersine dönmüştür.^{1,2}

Kronik hastalıkların görülme sıklığı 45-64 yaşlar arasında artış göstermektedir. 65 ve üzeri yaşlardaki bireylerin yaklaşık %80'inde en az bir kronik hastalık olduğu bilinmektedir.³ Kronik hastalıklardan biri olan inme, tüm dünyada morbidite ve mortalite'nin önde gelen nedenlerinden biridir.⁴ Gelişmiş ülkelerdeki verilere göre; nörolojik hastalıklar içerisinde en sık görülen inme, mortalite sebebi olarak kalp hastalıkları ve kanserden sonra üçüncü, morbidite nedeni olarak da birinci sırada yer almaktadır. Yaşam süresinin giderek uzaması ile daha da önem kazanan inme, özellikle 60 yaşın üzerindeki bireyleri etkileyen medikal- sosyal bir problemdir.⁵⁻⁹

İnme nedeniyle hastaneye başvuru sıklığı Japonya'da %41 Almanya'da %81 olarak bulunmuştur. Avrupa da yıllık mortalite oranları 64- 274 /100.000 arasındadır. Birleşik devletler popülasyonunda yıllık yeni inme sayısı yaklaşık 400.000 kadardır ve inme olgularının toplam sayısı 1.7 milyondur.

Demans, hemipleji, konuşma ve anlama bozuklukları inme sonrası kalıcı olabilir, hasta yatağa ve başkalarına bağımlı hale gelebilir. Bu insanların iş yapamaz hale gelmeleri, ayrıca tedavi ve bakımları toplum için büyük bir maddi ve manevi yük oluşturmaktadır.⁹ Ayrıca inme geçirip sağ kalanların %70'inde mesleklerini etkileyecek sakatlık oluşurken, %25'inde de vasküler demans gelişmektedir.¹⁰

Amerika Birleşik Devletleri ve sosyoekonomik yönden gelişmiş diğer ülkelerin çoğunda kronik maluliyet meydana getiren nedenlerin başında serebrovasküler hastalıkların gelmesi konunun önemini çarpıcı bir şekilde ortaya koyabilmektedir.⁸

Türkiye’de inme epidemiyolojisine ilişkin sağlıklı ve yeterli bilgi verebilecek bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak yinede Türkiye’de bazı iller ve bazı bölgeler bazında yapılan çalışmalar ve Sağlık Bakanlığının kayıtları azda olsa bilgi vermektedir.¹¹

Türkiye genelinde inme sıklığı 100.000 kişide 175 kadardır. Ülkenin genel nüfusuna göre bir yılda ortalama 125.000 yeni inme vakası olmaktadır. İnme her yaşta görülebilirse de %28 kadarı 65 yaşından önce, %72 kadarı ise 65 yaşında sonra oluşmaktadır.^{12,13}

Türü ne olursa olsun kronik hastalığı olan bireylerin yaşamları olumsuz etkilenmekte; günlük yaşam aktivitelerini yeterince yapamama, fonksiyonel güçsüzlük, hastalık semptomları ve fiziksel iyilik halinin bozulması, tedaviye uyumu zorlaştırmakta, öz-bakım güçlerini zayıflatmakta ve çeşitli psikolojik sorunlar ortaya çıkmaktadır. Tüm bunların sonucunda ise; bireylerin yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir.^{3,14}

Kronik hastalığı olan bireyin bakımında hemşirenin rolü; sıklıkla onu tedavinin yan etkilerinden koruma, vücut imajı, fonksiyon ve fiziki görünümündeki sürekli değişikliklere uyumunu, bireyin kendi bakımını üstlenmesini ve gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlama ve tüm bu süreçlerde de yaşam doyumunu maksimuma çıkarmaktır.³

Yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamına bakış açısı olarak değerlendirilmekte ve yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk yaşam kalitesi ile eş anlamda

kullanılmaktadır. Yaşam kalitesi bir bütün olarak yaşamın subjektif olarak değerlendirilmesidir.¹⁵

Dünya Sağlık Örgütü sağlıkla ilgili yaşam kalitesini; içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması olarak tanımlamaktadır.¹⁶

Hemşirelikte yaşam kalitesine yönelik araştırma alanları; özgül bir hastalığa karşı hastanın fiziksel ve psiko-sosyal yanıtını tanılamak, hastalık ve tedaviye yanıt olarak semptom yönetimini belirlemek, hasta ve/veya ailenin tedaviye yanıtını karşılaştırmak, özgül rehabilitasyon uygulamalarının etkisini göstermek ve sağlık-hastalık sürecindeki zayıf dönemleri tanımayı içerir.¹⁵

Hemşirelik araştırma ve uygulamalarının sonuçlarının değerlendirilmesinde, önemli bir değerlendirme yaklaşımı olarak yaşam kalitesi saptamaları gittikçe kabul görmektedir.¹⁵

Batı toplumlarında inmeli hastaların yaşam kalitelerinin incelenmesine yönelik olarak çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu araştırmaların çoğunda yaşam kalitesini bir çok faktörün etkilediği, bunlardan en belirgin olanlarının ise; yaş, cinsiyet, evlilik durumu, hastalık süresi, fonksiyonel durum, emosyonel destek ve lezyon alanı olduğu belirtilmiştir.¹⁷⁻²²

Yaşam kalitesi kompleks bir kavramdır ve bir bütünlük ifade eder. Bu kavram içinde yer alan en önemli faktörlerden biri sağlıktır. Ancak, sağlık durumu kadar kişinin ekonomik durumu, aile ve arkadaşlarıyla olan ilişkileri, iş imkanları, boş zamanlarını ya da yaşam tarzını belirlemedeki özerkliği, eğitim fırsatları, yaşadığı yer ve çevresi, çevre şartları gibi bir çok faktör yaşam kalitesi düzeyi üzerinde belirleyici olmaktadır.¹⁶

Olumlu yaşam davranışlarının temel niteliği olan kişilerarası ilişkiler çeşitli seviyelerdeki kişilerarası etkileşimi ifade eder. Bu ilişkilerden en önemlisi karı-koca ya da çocuklar-anne/baba tarafından temeli oluşturulan aile ilişkileridir. Aile ilişkilerinde etkileşimde bulunan aile bireyleri tarafından desteklenebileceğini bilme bireyin kendisini güvende hissetmesi ve başkaları ile konuşabilmesi destek için temeldir, hasta birey için bu desteği hissetme kendini güçlü hissetme ve yaşamını sürdürmek için çaba göstermenin kaynağıdır.¹⁵

Kalıcı sakatlıklarda bireyin ve ailenin büyük bir desteğe, kendi kendine bakım konusunda yoğun bir eğitime gereksinimi vardır.²³ Ailede, devamlı bakım gereksinimi olan (özürlü ya da kronik hastalığı) bireyin varlığı, özellikle hasta kişinin aile içindeki rolüne ve fonksiyonlarına bağlı olarak önemli sorunlar yaratır.^{23,24}

Ailedeki hasta ya da sakat bireyin bakımı, tedavisi, rehabilitasyonu, eğitimi, bir iş edinmesi ve maksimum bağımsızlığının sağlanması aile için son derece önemli ve zor bir davranış olduğu gibi, özürlü birey içinde başlı başına bir yaşam savaşıdır.^{23,24} Bu nedenle hem birey hem aile yoğun bir desteğe gereksinim duyar.²³

Bakım gereksinimine yüksek düzeyde ihtiyaç duyan inmeli bireylerde de sosyal destek özellikle önemlidir, çünkü bu bireylerin sıkıntıları sürekli olmakta, sağlık koşulları giderek bozulmakta ve hastalıklarıyla ilgili olarak karşılaştıkları stres oluşturuıcı durumlar çoğalmaktadır. Bu nedenle duygusal yardım bu bireyler için yararlı olmasının ötesinde yaşamları açısından kaçınılmaz olup kritik bir önem taşımaktadır.²⁵

Sosyal desteğin inmeli bireylerin yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisi yurt dışında yapılan çalışmalarla belirlenmiş olmasına rağmen^{19,21,22} ülkemizde inmeli hastaların yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri araştıran çalışmalar çok sınırlıdır.

İnmeli bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi ile hastaların ağrı, endişe, hareket kısıtlılığı, fonksiyonel bozukluklar, kişisel ihtiyaçlarını yerine getirememe, ekonomik yük ve bilişsel yetilerde azalma gibi psikososyal faktörler belirlenmiş olacaktır.

Araştırmanın amacı:

Bu çalışma inmeli hastaların yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla planlanmış ve yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Strok (inme) Tanımı

Dünyada en sık görülen ve en çok sakatlıkla sonuçlanan bir nörolojik sorun olan strok için inme, serebrovasküler hastalık, strok, appoplexy terimlerinde kullanılmaktadır.^{7,26-29}

Dünya sağlık organizasyonu (WHO) inmeyi; serebral fonksiyonda fokal bozukluk gösteren klinik bulguların hızla geliştiği, semptomların 24 saat ya da daha uzun sürdüğü veya ölüme yol açtığı ve vasküler nedenler dışında bir açıklama yapılamayan durum olarak tanımlamaktadır.^{30,31}

Diğer bir tanımlamada ise; travma dışındaki bir nedenle beyne gelen kan akımının kısa veya uzun süreli yetmezliğine bağlı olarak ortaya çıkan iskemik veya hemorajik beyin hastalıklarına serebrovasküler hastalık denir. Bunların büyük bir kısmı akut olarak meydana gelen fokal nörolojik defisitlerle nitelendirilir ve inme adıyla anılır.^{4,32,33}

Avrupa Strok İnsiyatifi Komitesi ise inmeyi santral sinir sisteminin iskemi ve hemorajisine bağlı olarak ani gelişen nörolojik defisit şeklinde tanımlamaktadır.³⁴

2.2. Strok'un (inmenin) Sınıflandırılması

Patolojik olarak bakıldığında, inme bir grup heterojen bozukluğu kapsar ve iki geniş kategoride değerlendirilir.

1- İskemik (tıkayıcı) inme

2- Hemorajik (kanayıcı) inme^{29,31,35}

2.2.1. İskemik (tıkayıcı) İnme:

Beynin bir bölgesine kan sağlayan atardamarın daralması veya tıkanması sonucu o bölgeye kan gitmemesi nedeniyle gelişen patolojik duruma iskemik inme denir.^{4,29}

Tüm inmelerin yaklaşık % 80-85'i iskemiye bağlıdır.^{6,8,29}

İskemik inmede iki ana neden söz konusudur.

a) Tromboz

b) Emboli ^{1,26,36,37}

a) Tromboz: Tromboz serebral iskeminin en yaygın tipidir. Serebral infarktlar çoğu kez aterosklerotik bir damarın tıkanması sonucu ortaya çıkarlar. Buna tromboz denir.^{29,36,37} Tıkanma serebral damarların servikal veya intrakranial bölümünde olabilir. Burada beyin kan akımında yavaşlama, damar yapısında değişiklikler, koagülasyon bozuklukları ile hiperlipidemi vb. risk faktörleri presipitan rol oynarlar.^{29,37}

b) Emboli: Serebral embolilerin en önemli kaynağı aterosklerotik bir plaktan veya kalpten kalkan embolilerdir. Aterom plağından kalkan embolilerde yukarıda sözü edilen risk faktörleri tetikleyici rol oynayabilir. Kardiak kaynaklı embolilerde atriyal fibrilasyonlar önemli bir etkindir. İskemik beyin damar hastalıklarının (BDH) %15'inin anemnezinde atriyal fibrilasyon hikayesi vardır.^{29,37}

Embolik infarktlar hiçbir uyarıcı belirti vermeden saniyeler veya dakikalar içerisinde hızla gelişir.³⁶

2.2.2. Hemorajik (kanayıcı) İnme: Hemorajik inmede beyindeki bir damarın yırtılması sonucu beyin dokusunun içine veya beyni çevreleyen zarların arasına kanama olur. Tüm inmelerin yaklaşık %15- 20'ini oluşturur.^{4,29}

Beyin kanamasında ölüm oranı damar tıkanmasına göre daha yüksektir. Belirtiler genellikle ani başlar ve hasta hızla kötüleşir. Şiddetli baş ağrısı, bulantı-kusma gelişebilir.⁴ Kanama nedenleri arasında anevrizma, hipertansiyon, diyabet, kollajen doku hastalıkları ve travmalar sayılabilir.^{26,28,36} Yetişkinlerde en önemli neden hipertansiyondur.^{4,29}

Beyin kanamasının tipleri aşağıdaki şekilde sınıflandırılabilir;^{26,28}

a) İntraserebral Kanama: Kanama beyin içinde olur. İntraserebral kanamaların en yaygın nedeni hipertansiyon ve arteriyosklerozdur. Genellikle ağır bir efordan sonra tansiyonun çok yükseldiği sırada meydana gelir.^{26,28} Akut mortalite oranı yüksektir. Fakat hemoraji sonrası ilk iki veya üç ay sonrası sıklıkla hızlı bir nörolojik iyileşme gösterirler.²⁹

b) Subaraknoid Kanama: Ani olarak subaraknoid mesafeye olan kanamalardır.^{28,36} Rastlanan en sık nedeni anevrizma kanamalarıdır. Genellikle genç ve orta yaşlarda görülür.²⁸

Anevrizmaların % 90'ından fazlası rüptüre oluncaya kadar semptom vermezler ve bir kez rüptüre olduklarında subaraknoid kanamanın karakteristik semptom ve bulgularından ibaret bir spektrum meydana gelmesine neden olurlar. Bunlar arasında başağrısı, ense sertliği, şuur seviyesi bozuklukları, çeşitli fokal nörolojik bozukluklar, bulantı-kusma ve fotofobi sayılabilir.²⁶

c) Epidural Kanamalar: Genellikle kafa travmalarından sonra kanın duramater ile kemik arasında toplanmasıdır. Travmadan hemen sonra hastanın bilinci kapanmış olabilir. Travmanın ilk etkisi geçtikten sonra hastanın kısa bir süre bilinci açıktır, hematoma büyüdükçe giderek artan bir bilinç kaybı gelişir. Göz dibinde staz, kanama görülür.^{26,28}

d) Subdural Hematom: Subdural hematoma (venöz kanama) da kan duramater ile araknoid arasında toplanır. Epidural kanama hızlı ilerler, fakat subdural kanama daha yavaş ilerler. Subdural hematoma da neden bir travmadır. Belirtiler epidural hematoma belirtileri gibidir ancak daha yavaş ilerler.^{26,28}

2.3. Strok (inme) Epidemiyolojisi

İnme insidansı değişik Avrupa ülkelerinde farklılık göstermektedir. Tüm beyin damar hastalıkları tipleri için yapılan epidemiyolojik çalışmalarda A.B.D.'de yıllık insidans 135-140/100000 olarak bulunmuştur.⁵ Çeşitli bölgelerde yapılan çalışmalarda 55 yaş üzeri populasyonda inme insidansı 4.2-11.7/1000 kişi/yıl olarak bulunmuştur.^{10,29}

Yaşa özel inme insidansının, dekad artışı ile progresif bir şekilde yükseldiği gözlenmiştir. Örneğin, 45 yaş altı kişilerde inme oranı 0.1-0.3/1000 kişi/yıl; 75-84 yaş arası 12.0-20.0/1000 kişi/yıl olarak değişmektedir.³⁸

Sağlık Bakanlığı'nın 1991 yılı ''155 başlıklı A formu aracılığı ile yataklı tedavi kurumlarından topladığı verilere göre inmenin yıllık insidansı 74.9/100000'dir.¹¹ Ayrıca 1991- 1995 yılında Isparta'da yapılan bir çalışmada ise inme insidansı 100.000 kişide 176 olarak bulunmuştur.³⁹

Yapılan popülasyon tabanlı çalışmaların içinde 8.788 inme incelendiğinde prevalansın yaşla birlikte arttığı görülmektedir. Yaşın standardize edildiği prevalans çalışmalarında 65 yaş ve üzerinde 1000 kişilik popülasyonda 46.1-73.3 oranında bulunmuştur. Erkeklerde inme prevalansı 58.8- 92.6/1000 kişi olup, kadınlarda 32.2-61.2/1000 kişidir.³⁸

Türkiye genelinde inme prevalansı 100.000 kişide 175 kadardır. Ülkemiz genel nüfusuna göre bir yılda ortalama 125.000 yeni inme vakası olmaktadır.¹¹

Kısıtlı sayıda populasyon ve çok elverişli olmayan metodoloji ile yapılmış olan bu çalışmaların Türkiye hakkında bir fikir verebilmekten uzak olduğu açıktır. Ancak WHO tarafından yakın zamanda gelişmekte olan ülkelerde yapılan çok merkezli çalışmalar bu

lkelerdeki inme insidansının gelişmiş ülkelerin oranları ile karşılaştırılabilir olduğunu ortaya koymuştur.¹¹

Avrupa’da yıllık mortalite oranları 64-274/100,000 arasındadır.³⁴ A.B.D.’lerinde kardiyovasküler hastalık ve kanserden sonra nc ölüm sebebi olan inmeden 1996 yılında 159.942 kişi hayatını kaybetmiştir.²⁹

İnme başlangıcından sonra, 1 ay içindeki ölüm oranı %23 civarındadır. Primer intraserebral kanamada bu oran %42, subaraknoid kanamada %32 ve iskemik inmede %16’dır.³⁸

Kırk ile atmış dokuz yaş arası erkeklerde serebrovasküler olaylardan dolayı ölüm oranı 40-250/100000 ve kadınlarda 20-60/100000’dır. Doğu Avrupa lkelerinde ve Japonya’da bu oranlar (100/100000’den yüksektir.) artmaktadır.⁴⁰

Sağlık Bakanlığının 1991 yılı Türkiye bazında hastane kayıtlarına göre ise, Türkiye’deki fatalite hızı %17.40 olarak bildirilmektedir (TCSB, 1992e). Tüm bu çalışmalar hastane yatış süresi içinde ortaya çıkan erken dönem ölümlerini değerlendirmektedir.¹¹

Sağlık Bakanlığının 2002 yılı Türkiye bazında hastane kayıtlarına göre ise serebrovasküler hastalıklardan ölen kişi sayısı 13.135’dir.⁴¹

2.4. Strok’ta (inmede) Risk Faktörleri

İnme nörolojik hastalıklar içerisinde en sık görülen ve yaşamı tehdit eden gelişmiş ülkelerdeki verilere göre ölüm sebebi olarak kalp hastalıkları ve kanserden sonra nc, morbidite nedeni olarak da birinci sırada yer alan özellikle yaşam süresinin giderek uzaması ile daha da önem kazanan medikal-sosyal bir problemidir.⁵

Son yıllarda yeni antiagregan ve trombolitik tedaviler ile inmenin önlenmesinde ilginç ve umut verici çalışmalar olmasına karşın, hastaların ancak çok küçük bir kısmı

bu tedavilerin uygulanması için gerekli olan sürede hastanelere başvurmaktadırlar. Bu da göstermektedir ki, inmenin önlenmesindeki en iyi strateji hastaların sahip olduğu risk faktörlerinin belirlenmesi ve ortadan kaldırılmasıdır. Buna göre inmeye aday kişiler üç gruba ayrılır.^{5,13,31}

1- Daha önce vasküler bir hastalık geçiren kişiler (eski inme, geçici iskemik atak, miyokard infarktüsü, periferik arter hastalığı)

2- Potansiyel inme riski taşıyan kişiler, (yüksek derece internal karotis stenozlu, atriyal fibrilasyon'lu)

3- Hipertansiyon, hiperkolesterolemi, sigara içme, diabetes mellitus, hiperhomosisteinemi, alkol kullanımı, oral kontraseptif, menapoz, fiziksel inaktivite, obezite gibi risk faktörü taşıyan kişilerdir.^{5,13,31}

İnmede Risk Faktörlerinin Sınıflandırılması.**I- KESİN RİSK FAKTÖRLERİ**

A) Modifiye edilemeyen risk faktörleri

- 1) Yaş
- 2) Cins
- 3) Irk
- 4) Aile öyküsü

B) Modifiye edilebilen risk faktörleri

- 1) Hipertansiyon
- 2) Diabetes mellitus
- 3) Kalp hastalıkları
- 4) Hiperlipidemi
- 5) Sigara
- 6) Asemptomatik karotis stenoza
- 7) Geçici iskemik atak

II- OLASI RİSK FAKTÖRLERİ

- 1) Alkol kullanımı
- 2) Obezite
- 3) Fiziksel inaktivite
- 4) Hiperhomosisteinemi
- 5) Oral kontraseptif kullanımı
- 6) Hiperkoagülabilite
- 7) Migren
- 8) Zararlı madde kullanımı^{5,13,31}

İnme nedeni olabilecek risk faktörleri 2 ana başlık altında incelenebilir.

1) Kesin risk faktörleri

2) Olası risk faktörleri

Kesin risk faktörleri ise modifiye edilebilen risk faktörleri ve modifiye edilemeyen risk faktörleri şeklinde iki başlık altında incelenebilir.^{5,13}

2.4.1. Kesin Risk Faktörleri

Kesin risk faktörlerinin bir kısmı doğuştan gelen ve değiştirilemez risk faktörleridir. Bu risk faktörleri ve 60 yaşın üstünde olma modifiye edilemeyen risk faktörleri olarak bilinir.

Bir diğer grup ise hastanın daha sonra edindiği alışkanlıklar sonucu oluşan risk faktörleridir. Bunlar tedavi edilebilir ve modifiye edilebilen risk faktörleri olarak adlandırılır.¹³

2.4.1.1. Modifiye Edilemeyen Risk Faktörleri

Yaş: İnme ile ilgili en önemli risk faktörüdür. İnme geçirenlerin yaklaşık %70'i 65 yaşın üzerindedir. İnme insidansı 55 yaşından sonra her 10 yıl için ikiye katlanır.^{13,31}

Cinsiyet: Risk faktörlerine ilişkin yapılan bir araştırmada 60 yaş sonrası grubunda erkeklerde, 50- 60 yaş grubunda ise kadınlarda daha sık olduğu açıklanmıştır.⁶

İrk: Amerikalılar ve Asya kökenliler beyaz ırkla karşılaştırıldığında daha yüksek risk grubunu oluştururlar.¹³

Aile öyküsü: Epidemiyolojik birçok çalışmaya göre ailede inme öyküsü önemli bir risk faktörüdür.³¹

2.4.1.2. Modifiye Edilen Risk Faktörleri

Hipertansiyon: İskemik inme için en önemli değiştirilebilir risk faktörü hipertansiyondur. İnme geçirenlerin , %67 si kronik hipertansiyon'a sahiptir.

Hipertansiyon varlığında iskemik inme sıklığı 4 kat artar. Arter basıncı azaldıkça belirli bir alt sınır bulunmaksızın inme riski de azalmaktadır. İnmelerin yaklaşık %60'ı hipertansiyona bağlanabilir. Antihipertansif tedavi ile inme riskinin %36- 40 oranında azaldığı gösterilmiştir. Bu etki her cins ve ırkda, ileri yaşta ve izole sistolik hipertansiyonda da geçerlidir.^{29,31}

Diabetes Mellitus: Diabetes mellitus ateroskleroz yatkınlığını ve hipertansiyon, obezite, hiperlipidemi gibi diğer aterojenik risk faktörlerinin sıklığını arttırır. Diabet inme riskini erkeklerde 1.8, kadınlarda ise 2.2 kez arttırır.³¹ Daha sıkı glisemi kontrolü ile inme insidansının azalması mümkün olmakla birlikte henüz kanıtlanmış değildir. Ancak diabetiklerde kardiovasküler hastalık mutlak riski çok yüksektir ve bu durum antihipertansif ve antilipidemik tedavi kararlarını etkiler.^{6,31}

Kalp Hastalıkları: Kalp hastalığının iskemik inme olgularının 1/3 ünde anlamlı bir risk faktörü olduğu ve %15- 20 olguda embolinin kalpten kaynaklandığı bilinmektedir.⁶ Çok sayıda kalp hastalığının inme riskini arttırdığı gösterilmiştir. Bunların arasında en önemli ve tedavi edilebilir etken atriyal fibrilasyondur (AF).^{29,31} Kardiyoembolik inmelerin yaklaşık yarısı AF'li hastalarda ortaya çıkmaktadır. AF inme riskini bağımsız olarak 3- 5 kat arttırır. Başta hipertansiyon olmak üzere pek çok risk faktörünün etkisi yaşla azalırken AF'nin etkisi artarak sürer. Öyleki 80 yaşın üzerinde görülen her 4 inmeden biri AF'ye bağlanabilir. Oral antikoagülan kullanımı ile AF'ye bağlı inmelerin %70'i önlenir.³¹

Hiperlipidemi: İskemik inme için önemli bir risk faktörüdür. Buna karşın hemorajik inmede normal hatta düşük bulunabilir. Son yıllarda üzerinde en çok tartışılan konudur. Bugün artık bilinen şudur ki, statin medifikasyonu ile lipid düzeyini düşürmek ile serebral atak riski azaltılabilmektedir.⁴²

Sigara: Sigara kullanımı, intreserebral ve subaraknoid kanamanın yanı sıra, iskemik inme için de bir risk faktörüdür. İnme riskini %50 oranında artırır.⁶ İçilen miktar arttıkça risk de artmaktadır. Sigaranın bırakılması ile inme riski hızla azalır ve 2- 4 yıl içinde normale yaklaşır.^{29,31}

Asemptomatik karotis stenozu: Kalpten beyne kan taşıyan damarlarda (karotis) daralma ya da tıkanma, beyne ulaşan kan miktarını azaltır. Daralma ve tıkanmaya ateroskleroz gibi birkaç hastalık yol açar. Karotis daralması için ilaç ve cerrahi tedavi mevcuttur. Tam tıkanma durumunda (karotis oklüzyonu) tedavi seçeneği çok azdır. Her iki durumda inme riskini artırır.⁸

Geçici iskemik atak: Geçirilmiş iskemik atak (GİA), intrakranial ve ekstrakranial karotid arter hastalığı ve inme için önemli bir risk faktörüdür.²⁹ GİA geçirenlerde yıllık inme riski %4 civarındadır. Diğer majör risk faktörleri için gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra da, GİA hem inme hem de miyokard infarktüsü için anlamlı ve bağımsız bir risk faktörüdür. GİA nedeni olarak yüksek dereceli karotis stenozu bulunması, hemisferik semptomların olması, yakın tarihli GİA geçirmiş olma inme riskini arttıran faktörlerdir.³¹

2.4.2. Olası Risk Faktörleri

Alkol kullanımı: Ağır alkol kullanımı iskemik ve hemorajik inme riskini artırır. Orta dereceli kullanımların koruyucu etkisinden de bahsedilebilir. Ancak bunlar tartışmalıdır.³⁴

Obezite: Şişman kişilerde kan basıncı, glukoz ve serum lipitleri daha yüksek olduğundan inmeye rastlanma oranı artmaktadır ve şişmanlık bağımsız bir risk faktörüdür. Normal vücut ağırlığının % 30 fazla oluşunun ateroskleroz ve iskemik inme arasında anlamlı bir risklilik ilişkisi olduğu belirtilmektedir.⁶

Fiziksel İnaktivite: Düzenli ve etkin fizik aktivite inme riski ile ters orantılıdır. Bu etki vücut ağırlığı, kan basıncı, serum kolesterolü ve glikoz toleransı üzerine olumlu etkisi ile oluşabilir.³⁴

Hiperhomosisteinemi: Kan homosistein düzeyi; genetik faktörler ile B6, B12 vitaminleri ve folik asit alımı tarafından belirlenir. Yüksek kan homosisteininin hem aterojenik hem de tromboza meyil yaratan etkileri vardır. Hiperhomosisteinemi varlığında koroner kalb hastalıkları ve iskemik inme sıklığı artar. B6, B12 ve folik asit suplemantasyonu ile kan homosistein değerleri düşürülebilir. Ancak bu girişim ile iskemik inme veya miyokard infarktüsü sıklığında azalma henüz gösterilmiş değildir.³¹

Oral kontraseptif kullanımı: Oral kontraseptif kullanımı ile inme riskinin, 35 yaş üzerinde ve hipertansiyonu olan bireylerde 5- 26 kat fazla olduğu gösterilmişse de major risk faktörleri arasında sayılamayacağı da vurgulanmaktadır.⁶

Hiperkoagulabilite: Gebelik, kanser ve lohusalıkta hiperkoagulabilite durumu söz konusu olup fibrinojen düzeyi ve protrombin zamanı artınca arteriyel veya venöz tromboz gelişebilmektedir.⁶

Migren: Migren ve inme birlikteliği birçok tartışmalı sonuçlarla gündeme gelmekte ise de özellikle kontraseptif kullanan kadınlarda önemli olduğu kabul görmektedir. Migrenli hastalarda rastlanan semptomlar genellikle beyin sapı ve serebellumla ilgili vertebrobaziller iskemi semptomlarıdır.⁶

Zararlı madde kullanımı: Alışkanlık yapan uyuşturucu maddeler genç yaş inmelerinde infeksiyon, vazokonstriksiyon, vaskülit, immün aşırı duyarlılık ve mikroemboli oluşturarak serebral iskemik lezyonlara neden olmaktadır.⁶

Birçok risk faktörü bir arada bulunduğunda, risk faktörlerinin tek tek düzeyleri çok yüksek olmasa bile, inme riski birkaç kat yükselir. Çeşitli risk faktörleri dikkate alınarak

hazırlanan tablolardan bir kişinin kendi yaşının ortalamasına göre kaç kat fazla inme riski taşıdığı hesaplanabilir. Bireysel riskin derecesi risk faktörleri ile mücadelenin önemini kavramasına yardımcı olur ve tedavi kararlarını etkiler.³¹

2.5. Belirti ve Bulgular

İnmenin iki temel özelliği nonfokal ve fokal nörolojik belirtilerdir.

Nonfokal Nörolojik Belirtiler: Genel halsizlik ve duysal bozukluk, baygınlık hissi, sersemlik hissi, bilinç kaybı veya değişikliği ile birlikte göz kararması veya iki yanlı görme bozukluğu, idrar veya dışkı inkontinansı ve konfüzyondur.³¹

Fokal nörolojik belirtiler: Hemipleji, hemipoestezi, afazi, hemianopsi ve fasiyal paralizi gibi motor, duysal, dilsel, görme alanı ve kranial sinir disfonksiyonları biçiminde olabilir.^{29,32}

Belirti ve bulgular tutulan lezyon lokalizasyonuna bağlı olarak farklılıklar gösterir.

Sol hemisfer lezyonlarında; Afazi, sağ hemiparezi, sağ hemihipoestezi, sağda görme alanı defekti, sağa konjuge bakış kısıtlılığı, dizatri, diskalküli, disgrafi, disleksi.⁴³

Sağ hemisfer lezyonlarında; solda ihmal, solda görme alanı defekti, sol hemiparezi, sol hemipoestezi, sola konjuge bakış kısıtlılığı, dizatri, coğrafi dezorientasyon.⁴³

Beyin sapı, serebellum, posterior hemisfer lezyonlarında; Dört ekstremitede motor veya sensorial kayıp, çapraz bulgular, ataksi, dizatri, diskonjuge bakış, nistagmus, amnezi, bilateral görme alanı defekti.⁴³

Küçük subkortikal hemisfer veya beyin sapı lezyonlarında(pür motor strok); Yüksek kortikal fonksiyon, görme alanı ve duyu korunmuştur. Sağ/sol hemiparezi vardır.⁴³

İnme belirtilerinde yerleşme ve sonlanma biçimleri dikkate alındığında ise üç temel klinik tabloyla karşılaşılır;

-Geçici Serebral İskemi Atağı (GİA):İnme belirtileri genellikle 24 saat içerisinde düzelir, sekel kalmaz geçici fokal serebral iskemiye bağlıdır.^{32,36}

-Yerleşmiş İnme: Belirti ve bulgular hastaların gözlendiği 1-3 günde sabit kalır veya biraz iyileşir. Nörolojik defisitler genellikle 3 haftadan uzun sürer ve az çok sekel bırakır.^{32,36}

Nörolojik defisitler serebral infarkt veya intraserebral hematoma bağlı olarak gelişir.

-İlerleyen İnme: Akut olarak ortaya çıkan ilk belirtilere hastanın gözlendiği ilk 1-3 gün veya ilk hafta içinde yeni nörolojik belirtiler eklenir veya ilk belirtiler ağırlaşır. İnfarktın genişlemesi veya hematom büyümesine bağlı olabilir.^{32,36}

2.6. Tanı

Tedaviye yol gösterici olması nedeniyle iskemik ya da hemorajik inmenin olduğunun belirlenmesi ve beyin disfonksiyon bozukluklarına neden olabilen diğer hastalıklardan (beyin tümörü, subdural hematoma gibi) ayırt edilmelidir.⁶

Fizik Muayene: Genel fizik muayenede özellikle periferik vasküler, kardiyolojik, nörolojik ve diğer sistemlerin muayenesi çok önemlidir. Periferik vasküler ve kardiyak sistemin muayenesi için palpasyon ve oskültasyon yararlanılacak yöntemleridir.⁶ İnmenin boyutunun belirlenmesinde klinik nörolojik muayene en önemli konudur ve sıklıkla inmenin doğasını belirleyebilir.^{8,34} Nörolojik muayene; mental durum muayenesi, kranial sinir muayenesi, motor muayene, refleks muayeneleri ve duyu muayenesinden oluşur.⁸

Hematolojik Tetkikler: Tam kan sayımı, protrombin zamanı, parsiyel tromboplastin zamanı, serum elektrolit, glukoz ve kreatin değerleri gerekli olan

hemotolojik tetkiklerdir. Septik emboli şüphesi bulunanlarda kan kültürü de yapılmalıdır.⁴⁴

BOS İncelemesi: İnmenin etyolojisi ve prognozunu belirlebilmesi için önemlidir. BOS incelemesi meninks irritasyon bulgularının varlığında, sifiliz, menenjit, ensefalit bazende hafif subaraknoid kanama (SAK) şüphesinin ayırıcı tanısında gerekebilmektedir.⁶

Elektrokardiyogram (EKG): İnmeli hastalarda yüksek oranda kalp hastalığı insidansı nedeniyle EKG vazgeçilmezdir.³⁴

Görüntüleme yöntemleri: Akut inme hastalarında görüntüleme yöntemleri ise şunlardır.^{43,45}

Bilgisayarlı Tomografi (BT): Hemorajik ve iskemik inme ayırıcı tanısı yapmamızı sağlayan en önemli tanısal tetkik bilgisayarlı tomografidir ve ilk planda yapılmalıdır. Bu işlem düşük dozda radyasyon ışınları kullanılarak yapılır.^{43,45}

BT akut fokal bulgularla karşımıza çıkan nonvasküler lezyonların (tümör gibi) ayırıcı tanısında oldukça önemlidir. Noninvaziv olması ve çok kısa sürede sonuç alınması diğer avantajlarıdır. Fakat iskemik inmenin ilk saatlerinde çekildiyse lezyonu göstermeyebilir.⁴³

Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG): Beyinden ileri derecede detaylı anatomik görüntü olarak inmenin yeri ve yaygınlığı hakkında bilgi verir. Hassas bir yöntem olması nedeniyle küçük damarları tutan inmelerde tanıda faydalı olur. Teknolojik olarak MRG görüntüleri metal bulunmayan özel bir odada kuvvetli manyetik alan kullanılarak elde edilir.⁴⁵

Manyetik Rezonans Anjiyografi (MRA): Kasıktan kataterle girişim gerektirmeyen beyin damarlarının görüntülenmesine yardımcı olan yeni bir tekniktir. Bu teknikte

damarlardaki tıkanıklıklar, kollateral dolaşım olarak adlandırılan alternatif veya yan besleyici damarlar hakkında bilgi sahibi olunmasına yardımcı olan bir tekniktir.⁴⁵ Teknolojik olarak aynı MRG görüntüleri gibi metal bulunmayan özel bir odada kuvvetli manyetik alan kullanılarak elde edilir.⁴⁵

Carotis Doppler Tarama: Doppler ile boyun damarlarındaki darlıkları veya tıkanıklığı teşhise yardımcı bir tekniktir. Bu teknolojiye kan akımından ve damar duvarından yansıyan ses dalgalarının kayıtlarına dayanır.⁴⁵

Transkranial Doppler (TCD): Hastanın yatağının yanında da yapılabilen bu testte ses dalgaları üreten küçük bir ultrason başlığı baş çevresinde çeşitli bölgelere konulur. Aynı carotis doppler tekniği gibi ses dalgalarının yansıması yöntemiyle beyin damarlarındaki kan akımının değerlendirilmesi yapılır.⁴⁵

Serebral Angiografi (anjiogram): Kasıktan damara girilerek bir boya maddesi (kontrast madde) verilerek beyin damarlarındaki kan akımının incelenmesinde kullanılan bir tekniktir. Bu yöntem toplam olarak bir saat sürebilir ve hastanın 2- 6 saat süreyle yatak istirahatini gerektirir.⁴⁵

Ayrıca inme şiddeti ve beyin hasarı derecesi National Institute of Health (NIH) inme skalası ve Glaskow Koma Skalası kullanılarak kantitatif olarak belirlenirken hastanın fonksiyonel yetersizliğinin belirlenmesi içinde Barthel indeksi kullanılmaktadır.⁸

2.7. Tedavi ve Hemşirelik Bakımı

Tedavi ve hemşirelik girişimlerini;

- 1- Akut dönemde nekrozu önleyici girişimler,
- 2- Vücut fonksiyonlarının sürdürülmesi ve komplikasyonların önlenmesi,
- 3-Psikolojik gereksinimlerin karşılanması,
- 4- İnmeden korunma,

5- İnme rehabilitasyonuna yönelik girişimler olmak üzere 5 ana başlık altında toplayabiliriz.^{6,27,46}

1- Akut dönemde Nekrozu Önleyici Girişimler

İnmede akut faz, hastanın hastaneye alınışından durumunun stabil hale gelmesine kadar geçen ilk 24- 48 saatlik süredir. Ancak bazı durumlarda bu süre uzayabilir.^{6,47,48}

Akut dönemde nekrozu önleyici girişimlerin tümündeki temel amaç odak nekroz bölgesi dışında kalan ve ölmek için yaşam savaşı veren veya fonksiyonel/metabolik etkilenimden kurtulmak için mücadele etmekte olan hücrelere yardım etmektir.^{6,47,48}

İnfarkta akut tedavi girişimlerini; Ca dengesinin regulasyonu (voltaja bağımlı kanal blokerleri, hücre içi Ca antagonistleri), antiödem girişimler (sitotoksik ödem için; hiperozmalar solüsyonlar ve vazojenik ödem için; kortikosteroidler, antioksidanlar, hipotermi), mikrosirkülasyonun regulasyonu (vazodilatatörler, reolojik regulasyon sistemik arteriyel tansiyonun regulasyonu, antiagregan antikoagülan, trombolitik tedavi) ve diğer sistemlerin regulasyonunu içerir.⁶

Serebral hemorajide akut dönem tıbbi tedavi girişimleri ana hatlarıyla (Ca regülasyonu, antiödem, tansiyonun düzenlenmesi vb.) infarkt tedavi girişimleri ile aynıdır.⁶

İnfeksiyonun etken olduğu sinüs trombozlarında çift antibiyotik olarak penisilin + sulfonamid kombinasyonu veya penisilinaza dirençli penisilin ile yeni jenerasyon sefalosporin ve metronidazol kullanılmalıdır.⁶

Bu devrede hemşirelik işlevleri direkt olarak hastanın vital fonksiyonlarını ve serebral fonksiyonlarını sürdürmeye yöneliktir.²⁷

Bu amaçla yapılması gerekenler şunlardır;

- Hastanın hava yolu açık tutulmalı, kan CO₂ düzeyi 35-50 mmHg'nın üstüne çıktığında belirlenen O₂'nin (2-4 lt/dk) akış hızında verilmesi sağlanmalıdır.^{28,30}

- Hastanın aldığı- çıkardığı günlük sıvı miktarı kaydedilerek üriner sistem fonksiyonları ve sıvı elektrolit dengesi (sodyum, potasyum, klor vb. iyonlar) izlenmelidir.²⁷

- Bilinç düzeyi, ışık reaksiyonu ve pupilla büyüklüğü, ekstremitelerin duyu ve motor cevabı sık sık kontrol edilmeli ve bulgular kaydedilmelidir. Normal ve anormal refleksler değerlendirilir ve kaydedilir.²⁶⁻²⁸

- Hastada bilinç kaybı varsa bilinçsiz hasta bakımı uygulanır.²⁷

- Hastanın normal vücut temizliğinin sürdürülmesi, kas atrofisi ve kontraktürler daha kolay gelişebileceğinden devamlı yatan hastada gelişebilecek tüm komplikasyonlar için önlemler alınması, hastanın beslenmesinin devamlılığının ve eliminasyonun sağlanması gerekir.²⁶

2- Vücut Fonksiyonlarının Sürdürülmesi ve Komplikasyonların Önlenmesi

Hastanın durumu stabil hale geldiğinde postakut faz hemşirelik bakımı uygulanır. Bu fazdaki bakım vücut fonksiyonlarının sürdürülmesi ve olası komplikasyonların önlenmesine yöneliktir. Cilt temizliği ve bütünlüğünün devamlılığının sağlanması, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, ağız, göz ve burun temizliğinin sağlanması, üriner ve fekal inkontinans durumunda hastaya uygun hemşirelik bakımı verilmelidir.^{26,27,36}

3- Psikolojik Gereksinimlerin Karşlanması:

İnmeli hastalarda beyindeki etkilenen bölgeye göre davranış değişiklikleri görülür. Kendine hakim olma yeteneğinin kaybı ve her türlü stresle başa çıkabilme yeteneğinde azalma gibi emosyonel bozukluklar görülür. Bu davranış bozuklukları hemşire ve diğer

bireylerin hastaya yaklaşımına göre artabilir veya azalabilir. İnme başlangıcında bilinç düzeyinde bozulmalar olabilir. Hastada konfüzyon gelişebilir. Bunun yanı sıra duyuşal, algısal ve entelektüel bozukluklar görülür. Vücut imajı ve kendini ruhsal ve fiziksel bir bütün olarak algılama kavramı bozulmuştur. Hastada saldırgan davranışlar ve depresyon görülebilir.²⁷

İnme geçirenlerde depresyon olasılığı yüksektir. İnme geçirenlerin %30'u depresyondan etkilenir.⁴⁸ En yüksek risk ilk iki aydır. İnmeden sonra hastayı depresyona götüren iki neden vardır. Birincisi; kişinin hayatında ani ve dramatik değişikliklerin olması, yeteneklerini yitirmesi ve bağımlı hale gelmesine bağılı psikolojik nedenler, ikincisi; beynin sol tarafının ön bölümünde hasar olması gibi biyolojik nedenlerdir. Biyolojik nedenli depresyon daha sıktır.⁴

Hastaya psikolojik destek sağlamada hemşirenin izleyeceği genel prensipler şunlardır;

- Hasta ve yakınlarının bu davranış değişikliğinin hastalığına bağılı olarak geliştiğı ve zamanla düzeleceğı konusunda bilgilendirilmesi,
- Hastanın gereksinimlerini önceden anlamaya çalışarak onu sinirlendirmemeye çalışması,
- Hastanın zamana, yere ve kişiye oryantasyonuna yardımcı olması,
- Hastanın durumuna uygun yeni beceriler kazanması için uygun rehabilitatif girişimlerde bulunması,
- Hastada anlama güçlüğü gelişmiş ise anlatmak istenenlerin defalarca tekrarlanması gerekir. Hemşire hastasına sabırla yaklaşmalıdır.²⁷

4- Strok'ta (inmede) Korunma

İnmeden korunma primer ve sekonder olarak 2 başlık altında toplanmaktadır.^{6,46}

- Primer Önleme:

Henüz inme geçirmemiş, ancak yüksek risk taşıyan kişilerin inmeden korunmaları için alınması gereken önlemleri ifade eder.⁹

Primer önlemede hayat şekli ve risk faktörlerinin modifikasyonu için inme riskini, azalttığı bilinen birçok durum ve hayat şekli faktörleri tanımlanmıştır.

İnmeye zemin hazırlayan; hipertansiyon, diabetes mellitus, hiperkolesterolomi, sigara içimi, alkol tüketimi, fizik aktivite gibi risk faktörlerine yönelik tedavi ve uygun önlemler alınmalıdır.⁶

- Sekonder önleme:

Primer önleme stratejileri sadece risk faktörlerinin modifikasyonunu içerirken sekonder önleme stratejileri hem risk faktörlerinin modifikasyonu hem de hastanın önceki inme veya geçirilmiş iskemik atak (GİA) sebebi üzerine temellenir.⁴⁹

Antitrombotikler ve bunlar kadar antikoagülanların rekürren iskemik inme riskini azalttıkları kanıtlanmıştır.³⁴ Aspirin, Dipridamol, Tiklobidin, Dipridamol ve aspirin, Warfarin ile olan antikoagülan tedavi, akut dönemde başlayıp kronik dönemde de devam eder.^{6,8,9,29} Heparin tedavisi hastanede sıkı gözlem altında verilebilir ancak bu tedavinin etkinliği hala tartışmalıdır.^{8,46}

Cerrahi tedavide karotid endarterektomi (KEA) semptomatik hastalarda uygulanabilir.³⁴ Karotid endarterektomi; boyunun ön yan bölgesinde yer alan karotis adlı beyini besleyen büyük damarın tıkanmasına sebep olan aterosklerotik plağın çıkarılması işlemidir. GİA veya geçirilmiş bir inme hikayesi olan hastalarda bu yöntemin ilaç tedavisine göre daha etkili olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir.^{6,9,46}

5- Strok (inme) Rehabilitasyonu

İnme rehabilitasyonunun amacı; kişinin fiziksel, zihinsel ve toplumsal işlevlerini en üst düzeye ulaştırmaktır.⁶

Rehabilitasyon programı fizik tedavi; (yürüme ve hareket gibi fiziksel fonksiyonları ve becerileri düzenlemeye yardım eder), rehabilitif tedavi; (beslenme, boşaltım, kişisel temizlik, giyinme, öz bakımı gerçekleştirme ve diğer günlük yaşam aktiviteleri için gerekli olan becerileri öğrenmeyi içerir), konuşma sorununa ilişkin tedavi, bellek ve soyutlama, sosyalizasyon başlıkları altında beş aşamalı olarak düzenlenmelidir.^{8,29,50}

İnmenin derecesine göre rehabilitasyon hastanedeki rehabilitasyon ünitesinde, rehabilitasyon hastanesinde, evde tedavi ve evden rehabilitasyon servisini takip şeklinde olabilir.⁴⁵

Rehabilitasyon uygulamalarına ilk günden itibaren hemen başlanmalıdır, bu uygulamaların geç başlatılması basınç yaraları derin toplardamarlarda tıkanmalar ve iltihaplar, eklem sertlikleri, kemik erimesi, mesane ve barsak fonksiyon bozuklukları gibi komplikasyonların ortaya çıkmasına sebep olur.⁶

Rehabilitasyon süreci; uzun ama iyileşmeye yardımcı olan bir süreçtir. İnmenin oluşturduğu değişikliklere uyum sağlamak ve bu durumların iyileşmesi kısa sürede olmaz.⁴ Birçok inmeli hastada ilk 90 gün içinde iyileşme ortaya çıkar fakat bir kısmında bu süre 6 ay veya daha uzun sürebilir.⁴⁸ Rehabilitasyon sürecinin sonunda hedeflenen başarıya ulaşmak hasta, aile ve rehabilitasyon ekibinin sıkı ve sabırlı çalışmasına bağlıdır. Rehabilitasyon ekibi; hekim, hemşire, fizyoterapist, uğraş terapisti, konuşma terapisti, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve konsültan hekimlerden oluşmaktadır.⁴

Rehabilitasyon ekibinde görev alan hemşirenin sorumlulukları şunlardır;

- Kas tonüsünü düzeltmek için hastayı yapması gereken egzersizler konusunda eğitmek,
- Kas atrofilerini önlemek için aşırı sıcak ve nemden koruyarak gerekli cilt bakımını sağlamak,
- Hastanın anksiyetesini azaltmak ve yanlış anlaşılmalara önlemek için hastanın duygularını açıklamasına izin vermek,
- Hastayı rehabilitasyon aktivitelerine katılmaya motive etmek için emosyonel destek sağlamak,
- Hastanın yapması gereken egzersizler konusunda hasta ve yakınlarını bilgilendirerek katılımlarını sağlamak²⁷

Rehabilitasyon amaçları konusunda hasta ve ailesine yeterli bilgi verilmeli ve rehabilitasyonun en üst düzeyde başarıya ulaşması için onların aktif katılımı sağlanmalıdır.²⁷

Bu amaçla hasta ve ailesine;

- Hastalığı, uygulanan tanı yöntemleri ve tedavisi,
- İnme belirti ve bulgularının neler olduğu ve bunlar geliştiğinde hastaneye başvurmaları,
- Risk faktörleri (sigara, hiperkolesterolemi, hipertansiyon, hiperglisemi ve sedanter yaşam) ve yaşam şekli değişiklikleri,
- İletişimi sürdürme yolları,
- Günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede kolaylıklar,
- İlaçların kullanımı ve düzenli sağlık kontrolleri,
- Rehabilitasyonun önemi konularında bilgi verilmelidir.^{29,30}

2.8. Yaşam Kalitesi Kavramı

Günümüzde sağlık bakımının amacı; yaşamı uzatmak değil; bireyin sorunları ile baş etme ve öz bakım gücünü geliştirmek, bağımsızlığını ve yaşam kalitesini, bilgi ve becerilerini artırmak ve geliştirmektir.⁵¹

Yaşam kalitesi; çok yönlü olması, sürekli gelişim ve değişim göstermesi, kişiden kişiye değişebilen, yaşamda nelerden zevk alındığını, ne olmak ve nasıl yaşamak istediğini ifade etmesi, sosyal, psikolojik, ekonomik ve kültürel faktörlerden etkilenmesi nedeniyle tanımlanması zor bir kavramdır.⁵¹

Yakın geçmişte öne sürülen her geçen gün, gittikçe önem kazanan ve insan yaşamının iyileştirilmesine ilişkin bir kavram olan yaşam kalitesi; insan istek ve gereksinimlerinin tatmin edici bir biçimde karşılanması olarak tanımlanabilir.⁵¹ Bir başka tanıma göre ise bir kişinin yaşamının tümüyle iyi gittiğine ilişkin hissettiği öznel (subjektif) duygu olarak ifade edilebilir.^{16,51}

Yaşam kalitesi birçok değişkene bağlı ve karmaşık bir kavram olup, önemli belirleyicilerinden birisi ise sağlıktır. Modern tıpta geleneksel olarak hastaların sağlık durumları ve tedaviye yanıtları, laboratuvar veya klinik testler ile ortaya konulur. Bunlar başta kronik hastalıklar olmak üzere kişinin sağlık durumu ile ilgili detaylı bilgi sağlamaktadır, ancak; bu sonuçlar her zaman hastanın bu uygulamalardan elde ettiği sonuçlar hakkındaki değerlendirmeye paralellik göstermemektedir. Ağrı, endişe, hareket kısıtlılığı, fonksiyonel bozukluklar, kişisel ihtiyaçlarını yerine getirememe, ekonomik yük ve bilişsel yetilerde azalma gibi psiko-sosyal faktörler de göz önüne alınmalıdır. Bu fikri temel alan araştırma alanına''sağlıkla ilgili yaşam kalitesi'' denilmektedir.⁵²

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, geniş kapsamlı bir kavramdır. Sağlığın kişiye olan yansımalarına yönelmiştir. Kişinin yaşamının sağlık durumundan ne kadar etkilendiğini, neleri yapamaz olduğunu, neleri yapmak zorunda kaldıklarını açıklar.⁵³

Dünya Sağlık Örgütü sağlıkla ilgili yaşam kalitesini; içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması olarak tanımlamaktadır.¹⁶

2.9. Yaşam Kalitesinin Tarihsel Gelişimi

Yıllarca felsefenin tartışma konusu olan yaşam kalitesi:

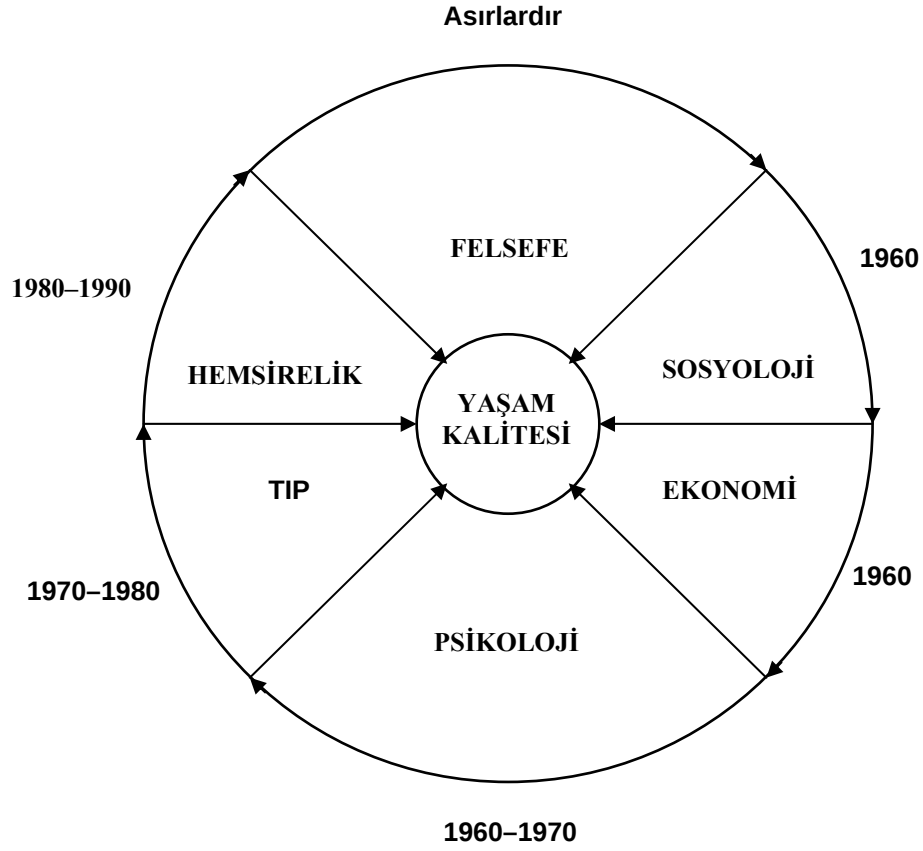
- Antik ve orta çağda insanın mükemmellik durumu, en üst düzeyde erdem, en üst düzeyde güzelliklere sahip olma olarak ele alınmıştır.

- 1960'lı yıllarda ekonomi ve sosyoloji alanına girmiştir. Ekonomistler tarafından; Ulusal üretim; Ulusal gelir satın alma gücü olarak ifade edilmiş sosyologlar tarafından da çalışma, barınma sosyal durum boyutları ile ele alınmıştır.

- 1970'li yıllarda psikologlar yaşam doyumu boyutunu gündeme getirmişlerdir.

- 1970'lerden sonra Tıp alanına

- 1980'lerden sonra da Hemşirelik alanına girmiştir.⁵¹



Şekil 1. Yaşam kalitesi Kavramının Kullanılmaya Başlandığı Disiplinler ve Bu Disiplinlerin Birbiriyle İlişkisi (Kaynak:15, s:19)

2.10. Yaşam kalitesi boyutları-alanları

Yaşam kalitesini ilgilendiren konular dört temel grup altında değerlendirilebilmektedir.

1. Psikolojik Esenlik (doyum alma, yaralılık, beden imajı-meşguliyet vb)
2. Fiziksel Esenlik GYA yeterlilik (yeme içme, iştah, seks, uyku, yorgunluk, sağlık-hastalık algısı)
3. Sosyal ve bireysel esenlik (sosyal etkinlikler)
4. Ekonomik ve maddi esenlik (geleceğe ilişkin güven, sigorta, barınma, iş güvencesi vb.)⁵¹

2.11. Yaşam kalitesini azaltan ve artıran durumlar

Bireylerde yaşam kalitesi (temel gereksinimlerin karşılanmaması, beden imgesinin değişmesi, öz bakım davranışlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği, kronik yorgunluk, seksüel fonksiyonlarda bozulma, gelecek ile ilgili kaygılar, destek sistemlerindeki yetersizlikler, akut sağlık sorunları, kronik sağlık sorunları) yaşam tarzı değişikliklerinden etkilenecek yetersiz hale gelebilir.⁵¹

Yaşam kalitesinin yükseltilmesi için bireyin:

Ekonomik ve sosyal güvence içinde olması, güven içinde yaşaması, rahatlık ve gereken konfora sahip olması, yakın çevre ile olumlu ilişkiler içinde olması, eğlence ve zevk aldığı aktivitelerin olması, itibar görmesi, mahremiyetine önem verilmesi, kendini ifade edebilmesi, fonksiyonel olarak yeterli olması, özgün bir birey olarak algılanması, huzur içinde olması, inanç ve değerlerine saygı gösterilmesi gerekmektedir.⁵¹

Hemşirelik bakımının temel hedefi; bireyin yaşam kalitesinin fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutlarını olumlu yönde etkilemektir. Bu yaklaşımda birey merkezdedir ve kendisi ile ilgili kararlara katılır. Kendi bakım sorumluluğunu üstlenir.⁵¹

2.12. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Yaşam kalitesi geniş kapsamlı bir kavramdır. Sağlığın kişiye olan yansımasına yönelmiştir. Kişinin yaşamının sağlık durumundan ne kadar etkilendiğini, neleri yapmaz olduğunu, neleri yapmak zorunda kaldıklarının açıklar. Her bir yaşam kalitesi alanındaki doyum kişiden kişiye değişeceği gibi, her bir alanın önemi de yaşam kalitesini eşit olarak etkilemez. Bu yüzden yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kişinin kendi kendini tanımlaması esastır.⁵³

Son yıllarda, sağlık alanında kullanılan yaşam kalitesi ölçekleri hem sayıca artmış hem de uygulama alanlarının da çoğalmasıyla daha karmaşık hale gelmiştir. Genel, özel

ve hastalığa özgü ölçekler farklı üstünlük ve sakıncalar taşımaları nedeniyle kimi zaman tek başlarına, kimi zamanda birlikte kullanılmaktadır.⁵³

Bireyin yaşam kalitesi çeşitli ölçekler kullanılarak değerlendirilir. Bunlar fonksiyonel beceriyi, psikolojik iyilik halini, sosyal desteği, yaşamdan memnuniyeti ve daha geniş anlamda sağlıklılık durumunu ölçen anketler olarak sınıflanabilir.⁵⁴

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçülmesinde kullanılan ölçeklerden bazıları şunlardır:

- Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile-SIP)
- Nothingam Sağlık Profili (Nothingam Health Profile-NHP)
- Mc Master Sağlık İndeksi Anketi (Mc Master Health Index Of Quastiannaire-MHIQ)
- 36 Soruluk Kısa Bir Sağlık Araştırması (The MOS 36 İtem Short From Health Survey-SF36)⁵⁴

2.13. Strok (inme) ve Yaşam Kalitesi

İnme, tüm dünya’da olduğu gibi ülkemizde de ölüm nedenleri arasında üçüncü sırayı alırken fonksiyonel iş görmezlik nedenleri arasında ilk sıradadır.¹²

İnmede; hareket, günlük yaşam aktivitelerini sürdürme kapasitesi, idrak, konuşma ve anlama kabiliyeti gibi yaşamsal fonksiyonlar etkilendiği için çok ciddi sakatlık durumu ortaya çıkmaktadır.⁵⁵ Diğer yandan inme geçirenlerin yaklaşık olarak %60’ının yürüme fonksiyonlarını tekrar kazandığı, %70’inin tamamen günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olduğu ve afazik hastaların %40-50’sinin normal dil fonksiyonlarının iyileştiği görülmektedir.⁵⁶

Hastalığa bağlı olarak gelişen fiziksel ve zihinsel sınırlılıklar, sakatlıklar ve ağrı bireyin günlük yaşam aktivitelerini etkilemekte, uzun süreli bakım gereksinimi, sağlığın

algılanmasını ve sosyal etkinlikleri kısıtlamaktadır. İnme nedeniyle yatalak kalan birçok hasta durumunu ölümden daha kötü bir kader olarak görmektedir.⁸ Yine bu hastalarda Maslow'un temel insan gereksinimleri içinde belirttiği uyku düzeni ve cinsel yaşamda etkilenmektedir. Tüm bu değişiklikler nedeniyle de bireyin ve ailenin yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir.³

Hemşireliğin bütünleyici bir işlevi olan hastaya öğretim, bireyin yalnızca fizyopatolojik sorununun tedavisini değil aynı zamanda bireyin tepkileri, duygu ve düşünceleri, gereksinimleri, çevresel ve kişisel özelliklerini de dikkate almayı kapsamaktadır.⁵⁷ Yaşam kalitesinin açıklanmasında ortak görüşlerin belirlenmesi; bu doğrultuda psikolojik (subjektif), fiziksel (objektif) göstergelerin iyi tanımlanması; hemşirelik uygulamalarının, hasta-hemşire ilişkilerinin ve holistik yaklaşımın geliştirilmesini sağlayacaktır.⁵⁸

Tüm bunlar dikkate alındığında uygulanan tedavi programlarının uygunluğu ve değerlendirilmesinde klinik bulgulara ek olarak yaşam kalitesi düzeyinin de belirlenmesi gerektiği söylenebilir.¹⁶

2.14. Sosyal Destek

Kişinin yaşamının zorlayıcı yönleriyle başa çıkmasında ve stresin olumsuz etkilerine direnç göstermesinde başkalarıyla olan sosyal ilişkilerin önemli bir rol oynadığı öteden beri düşünülmektedir. Nitekim yapılan çalışmalarda kişilerarası ilişkilerin, bireyin stresle başa çıkmasında ve olumsuz etkilerine karşı koymasında yardımcı olduğu görüşünü destekleyici bulgular elde edilmiştir.^{25,59}

Sosyal destek kavramı üzerinde görüş ayrılıkları olmakla beraber, genelde stres altındaki ya da güç durumdaki bireye çevresindeki insanlar (eş, aile, arkadaş) tarafından sağlanan maddi-manevi yardım olarak tanımlanır. Sosyal desteğin, fiziksel

sağlık ve kendini iyi hissetme (well-being) üzerinde de etkili olduğu vurgulanmaktadır.^{25,59,60}

Sosyal destek, farklı şekillerde sağlanır.

1-Maddi Destek: Bireyin günlük sorumluluklarını gerçekleştirebilmesini ya da bir gereksinimin başkaları tarafından hemen giderilmesini sağlayan araçlar ya da yapılan eylemlerdir. Örneğin; hasta bir bireye komşusunun yemek getirmesi gibi.⁵⁹

2-Duygusal Destek: Bireyin sevgi, şefkat, güven, ilgi, empati ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini kapsar. Bireyin kişilerarası ilişkilerinde kabul edildiği, değer verildiğini gösterir bilgidir. Örneğin; haksızlığa uğrayan bir birey kendisini anlayışla dinleyen, seven, hak veren bir insana gereksinim duyar. Yaşamımızdaki gelişimsel krizlerde ve gerilim oluşturan olaylarla baş etmemizde emosyonel destek oldukça önemlidir.⁵⁹

3-Zihinsel Destek: Bireyin problemlerini çözmesine yardım edecek bilgidir. Destekleyici önerilerin yanı sıra bireyin kendisini tanıyabildiği ve benlik değerinin ortaya çıktığı geri bildirimle de ilgilidir. Örneğin işe yeni başlayan bireye iş arkadaşlarının iş hakkında bilgi vermesi ve kendinden beklenenlerin anlatılması bir zihinsel destek örneğidir.⁵⁹

Yaşamın akışı içinde önce aile üyelerinden daha sonra gelişen çevremizdeki bireylerden sağlanan sosyal destek, yaşamın sonuna doğru yine aile üyeleri tarafından sağlanır. Özel gereksinimlerde profesyonellerden sosyal destek sağlanmasına karşın bireylerden destek verenlerin tanımlanması istendiğinde, çoğu kez resmi olmayan kaynakların ismi verilir. Bu nedenle gün içindeki kişiler arası ilişkiler ve etkileşimler bireyin sağlığı için oldukça önemlidir.⁵⁹

2.15. Strok (inme) ve Sosyal Destek

Günümüzde, toplumsal ve teknolojik değişikliklerin çok hızlı yaşanması nedeniyle kişiler arası ilişkilerin önemi de giderek artmaktadır. Yaşam güçlüklerini sık yaşayan bireylerin hem kişiler arası ilişkileri olumsuz etkilenmekte hem de sosyal destekleri zayıflamaktadır.⁵⁹

Kronik hastalığı olan bireylerde sosyal destek özellikle çok önemlidir, çünkü bu bireylerin sıkıntıları sürekli olmakta, sağlık koşulları giderek bozulmakta ve hastalıklarıyla ilgili olarak karşılaştıkları stres oluşturuıcı durumlar çoğalmaktadır.²⁵

Kronik hastalıklardan biri olan inmede hemipleji, konuşma ve anlama bozuklukları, hatta demans kalıcı olabilmekte, hasta yatağa ve başkalarına bağımlı hale gelebilmektedir.⁹

Hastalarda görülen bu fiziksel yetersizlik durumu bireyin alışlageldiği etkinliklerini kesintiye uğratar. Bu etkinlikler aile ve işle ilgili sorumlulukların yanı sıra boş zaman etkinlikleri ve hatta bireyin günlük yaşam aktivitelerini de kapsayabilir.²⁵

Böylesine bir engellenme ve sıkıntı yaşayan birey için hastalığın farklı zamanlarında verilen sosyal destek katlanması zor durumlarda bireyi cesaretlendirerek direnme gücü, hastalığa uyum ve aynı zamanda başa çıkma sürecinde yalnız olmadığı duygusunu verir.^{3,25}

Kronik hastalıklar için özellikle çok önemli olan aile üyelerinin desteği, sadece hastanın fiziksel ve duygusal işlevselliğini sağlamakla kalmaz, aynı zamanda hastayı hekimin önerilerine bütünüyle uyma ve sağlığa ilişkin davranışları benimseme konusunda cesaretlendirir.²⁵

Sosyal destek, sağlığı etkilediğinden dolayı hemşirelik bakımı içerisinde yer alması gereken önemli bir kavramdır. Bireyi çevresinden ve çevresindeki önemli kişilerden

ayrı düşünmeyen hemşireler için, sosyal destek sistemlerinin belirlenmesi, desteklenmesi ve gerektiğinde rehberlik yapılması önem kazanmaktadır.⁵⁹

3.MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın türü:

Bu çalışma, inmeli hastalarda yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

3.2. Araştırmanın yapıldığı yer ve zaman:

Araştırma, Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Yakutiye Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniğinde 09.02.2005 / 09.06.2005 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklem Seçimi:

Araştırmanın evrenini 09.02.2005 / 09.06.2005 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Yakutiye Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniği'ne kontrol amaçlı başvuran, barthell indeksine göre ağır sakatlık durumu bulunmayan (65 puan ve üzeri), en az 3 ay önce inme tanısı konan, daha öncesine ait inme öyküsü bulunmayan, tek taraflı lezyonu bulunan, konuşma bozukluğu bulunmayan ve psikiyatrik bozukluk tanısı almamış hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemine ise bu tarihler arasında araştırmacının bulunduğu sürede tesadüf eden ve araştırmaya katılmaya gönüllü 70 inmeli hasta oluşturmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları:

Veriler;

- 1- Anket formu
- 2- SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği
- 3- Aileden algılanan sosyal destek ölçeği ile toplanmıştır.

Anket Formu

Araştırmacı tarafından ilgili literatür incelemesi yapıldıktan sonra hazırlanan anket formu hastaların sosyodemografik özelliklerini belirleyecek soruları ve hastalığa ait bilgileri içermektedir (EK I).^{18,20,22,61}

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Hastaların yaşam kalitesini belirlemek amacıyla SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır (EK III).

Ware tarafından geliştirilen ve tıbbi alanda en sık kullanılan jenerik yaşam kalitesi ölçeklerinden biri olan SF-36, fiziksel ve mental yönden sağlığı değerlendirmek amacıyla düzenlenmiştir.⁶⁴

Ülkemiz koşullarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1995'te Pınar tarafından yapılan SF-36'nın Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.92 olup, test-tekrar-test güvenilirlik katsayıları 0.73-0.90 arasında değişmektedir.⁶⁵

Bu araştırmada toplam Cronbach alfa katsayısı 0.94, alt boyut Cronbach alfa katsayıları ise fonksiyonel durum için 0.89, esenlik için 0.90, genel sağlık anlayışı için 0.75 olarak saptanmıştır. Yaşam kalitesi ölçeğinin iç tutarlılığının ve homojenliğinin göstergesi olan Cronbach alfa katsayısının Pınar'ın revize ettiği ölçekle uyumlu olduğu bulunmuştur.

Ölçek, klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlemiştir ve 36 ifade içerir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi araştırmalarında yaygın olarak kullanılan bir ölçektir, 14 yaş ve daha büyüklerin kendi kendilerine veya bu konuda bilgilendirilmiş bir bireyin eşliğinde, hatta telefon aracılığıyla da uygulanacak şekilde hazırlanmıştır ve uygulaması 10-12 dakika sürmektedir.⁶⁵

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği; fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı olmak üzere 3 major sağlık alanı ve bunların belirleyicisi olan 9 sağlık kavramından oluşmaktadır.⁶⁵

Bunlar;

1.Fonksiyonel Durum

Sağlık problemlerine bağlı olarak fiziksel aktivitelerin kısıtlanması,

Emosyonel ve sosyal problemlere bağlı sosyal aktivitelerin kısıtlanması,

Fiziksel sağlık problemlerine bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının engellenmesi,

Emosyonel sağlık problemlerine bağlı günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının engellenmesi.

2. Esenlik

Mental sağlık (emosyonel distress ve esenlik),

Beden ağrıları,

Canlılık (zindelik/yorgunluk).

3. Genel sağlık Anlayışı

Bir bütün olarak sağlığın değerlendirilmesi,

Geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklikler.

Bu üç major yaşam kalitesi skalalarının her birinin ve global yaşam kalitesi skalasının puanları 0-100 arasında değişmektedir. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, her sağlık alanının puanı yükseldikçe, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır.⁶⁵

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin değerlendirilmesi:

Ölçek iki aşamada değerlendirilip çözümlenebilir. 1. aşama, bazı başlıkların yeniden kodlanmasını ve 2. aşama yeniden kodlanan başlıkların kombine edilmesi, böylece 9 sağlık alanı için özet puanların belirlenmesini içerir. Karşılaştırmaları kolaylaştırmak

için; ölçekteki sağlık skalalarının (sağlıkla ilgili yaşam alanlarının) skala puanları dönüştürülmüştür. Skala puanları en düşük puandan, en yüksek puana kadar 0 ile 100 arasında değerler alır.(Çizelge 10), böylece SF-36 Yaşam Kalitesi Skalası'nın da puanı 0 ile 100 arasında değişir.⁶⁵

SF-36 ile yapılacak yaşam kalitesi araştırmalarında her bir alt skala puanlamasının nasıl yapılacağı Çizelge 1 ve Çizelge 9 arasında gösterilmiştir (EK IV). Bütün başlıkların sözel içerikleri ve her bir başlıkta kullanılan yanıt seçenekleri çizelgelerde ifade edilmiştir; böylece hangi başlık ve yanıt seçeneklerinin katıldığına ilişkin şüphe bırakılmamıştır. Her bir çizelgenin 2. bölümü, eğer gerekliyse, başlıkların yeniden kodlanmasından sonraki skala puanının nasıl bilgisayara aktarılacağına ilişkin bilgi verir.⁶⁵

Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Hastaların sosyal destek düzeyini belirlemek amacıyla Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılmıştır (EK V).

Procidano ve Heller tarafından geliştirilen Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Türkçe çevirisi ve geçerlilik çalışması Eskin (1993) tarafından yapılmıştır. Ölçekte “evet”, “hayır” ve “bilmiyorum” cevap seçeneklerinden birini işaretleyerek cevap verilecek 20 madde bulunmaktadır. Algılanan sosyal desteği gösteren tepki her madde için “+1” olarak puanlanmaktadır. Puanlar 0-20 arasında değişmektedir. “Bilmiyorum” seçeneğine puan verilmemektedir. Ölçekte 3,4,16,19 ters ifadelerdir. Bu sorularda hayır seçeneği 1 puan almaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.85'tir.⁶⁶

Bu araştırma da Cronbach alfa katsayısı 0.95 olarak saptanmıştır. Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin iç tutarlılığının ve homojenliğinin göstergesi olan Cronbach alfa katsayısının Eskin'in revize ettiği ölçekle uyumlu olduğu bulunmuştur.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri:

Bağımsız Değişkenler: Hastaların sosyodemografik özellikleri, hastalığa ilişkin özellikleri ve Aileden Algılanan Sosyal Destek ölçeğinden alınan puanlar bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

Bağımlı Değişkenler: SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinden alınan puanlar bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

3.6. Verilerin Toplanması:

Veriler, kontrol amaçlı nöroloji polikliniğine başvuran ve çalışmaya katılmaya gönüllü hastalarla, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından haftada 3 gün süre ile ve hastaların kendilerini rahat hissettikleri bir ortamda toplanmıştır. Veri toplama araçları 25-30 dakikalık bir sürede doldurulmuştur.

Veriler toplanırken araştırma sınırlılıklarına uygun hasta belirlenmesi açısından ilk adımda Barthel İndeksi uygulanarak ağır sakatlık durumu bulunmayan (65 puan ve üzeri) hastalar belirlenmiştir (EK II). Günlük yaşam aktiviteleri için altın standart olarak kabul edilen Barthell İndeksi (BI), 1965 tarihinde Mahoney ve Barthell tarafından geliştirilmiştir.^{8,63}

Fonksiyonel kapasiteyi ölçen bu indeks; transfer, ambulasyon, merdiven inip çıkma, beslenme, giyinme, kendine bakım, banyo yapma, tuvalet kullanımı, idrar ve gaita kontinansı olmak üzere toplam on maddeden oluşmaktadır. Ordinal (sayısal) sıralamalı bir ölçektir. Toplam puan 0-100 arasında değişmektedir ve 65 puan ve üzeri orta derecede bağımlı hastaları göstermektedir.^{8,62,63}

Barthell indeksi uygulanarak ağır sakatlık durumu bulunmayan hastalar belirlendikten sonra ‘‘ Anket Formu’’ , ‘‘SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği’’ ve ‘‘Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’’ uygulanarak veriler toplanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi:

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 10.0 hazır istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan testler:

- Hastaların tanıtıcı özellikleri, hastalığa ilişkin verileri, inme dışındaki hastalık durumları, bakım vericiye ait özellikleri ile ilgili verileri incelemek amacıyla **yüzdelik oranlar**,

- Hastaların yaşı, eğitim durumu, mesleği, yaşadığı yer, hastalık ve tedavi süresi, bakım vericinin eğitim durumu ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki farkı incelemek amacıyla **Kruskal Wallis Varyans** analizi,

- Kruskal Wallis Varyans analizi sonucunda anlamlı çıkan sonuçlarda anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için **Bonferroni Düzeltme** analizi,

- Hastaların cinsiyet, aile tipi, inme tipi, beyin lezyon alanı, ameliyat olma durumu ile yaşam kalitesi puan ortalamaları ile arasında fark olup olmadığını belirlemek için **Bağımsız gruplarda t** testi,

- Hastaların medeni durum, sosyal güvence, bakım alma durumu, bakım veren kişi ile yaşam kalitesi puan ortalamaları ile arasında fark olup olmadığını belirlemek için **Mann-Whitney U** testi,

- Hastaların gelir düzeyi, aileden algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla **Pearson Korelasyon analizi** yapılmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma kapsamına barthell indeksine göre ağır sakatlık durumu bulunmayan (65 puan ve üzeri), en az 3 ay önce inme tanısı konan ve kontrol amaçlı polikliniğe başvuran, daha öncesine ait inme öyküsü bulunmayan, tek taraflı lezyonu bulunan, konuşma bozukluğu bulunmayan ve psikiyatrik bozukluk tanısı almamış hastalar alınmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar örneklemin küçük olmasından dolayı, araştırma kapsamındaki hastalara genellenebilir.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri:

Araştırmanın Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Yakutiye Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniği'nde yapılabilmesi için resmi izin alınmıştır (EK V).

Hastalara araştırmanın amacı açıklanmıştır. Araştırmalarda insan olgusunun kullanımı bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden ilgili etik ilkeler olan ‘‘Bilgilendirilmiş Onam İlkesi’’, ‘‘Gönüllülük İlkesi’’, ‘‘Gizliliğin Korunması İlkesi’’ yerine getirilmiştir.⁶⁷

4.BULGULAR

Tablo 1. İnmeli Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler (S=70)	Sayı	%
Yaş		
50-60	26	37.1
61-71	28	40.0
72 ve↑	16	22.9
Cinsiyet		
Kadın	28	40.0
Erkek	42	60.0
Medeni durum		
Evli	52	74.3
Bekar	18	25.7
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar Değil	27	38.6
Okuryazar-İlkokul Mezunu	19	27.1
Ortaokul-Lise Mezunu	24	34.3
Meslek		
Ev Hanımı	27	38.6
Emekli	15	21.4
Memur	6	8.6
Diğer(işçi,çiftçi,esnaf)	22	31.4
Sosyal Güvence		
Var	60	85.7
Yok	10	15.3
Yaşadığı Yer		
İl Merkezi	35	50.0
İlçe	15	21.4
Köy	20	28.6
Aile Tipi		
Çekirdek	34	48.6
Geniş	36	51.4
Kronik hastalık		
*Var	48	68.6
Tanımlanmış bir hastalığı yok	22	31.4
Aylık Gelir	592.21± 272.38 YTL	

*Hipertansiyon, diyabet, kalp hastalığı, migren

Araştırmaya katılan hastaların ortalama yaşları 64.18 ± 7.91 olarak bulunmuştur.

Hastaların %37.1'i 50- 60 yaş, % 40'ı 61- 71 yaş, %22.9'u 72 ve üzeri yaş grubunda,

%40'ı kadın, %60'ı erkek, %74.3'ü evli, %25.7'si bekar, %38.6'sı okuryazar olmayan, % 27.1'i okuryazar- ilkokul mezunu, %34.3'ü ortaokul- lise mezunu olarak saptanmıştır.

Hastaların %38.6'sının ev hanımı, %21.4'ünün emekli, %8.6'sının memur, %31.4'ünün diğer mesleklerle uğraştığı, %85.7'sinin sağlık güvencesinin olduğu, %15.7'sinin sağlık güvencesinin olmadığı belirlenmiştir.

Hastaların sürekli yaşadığı yer incelendiğinde; %50'sinin şehir merkezinde, %21.4'ünün merkeze bağlı bir ilçede ve %28.6'sının köyde ikamet ettiği, %48. 6'sının çekirdek ailede, %51. 4'ünün geniş ailede yaşadığı, ortalama 592.21 ± 272.38 aylık gelire sahip oldukları belirlenmiştir.

Hastalarda inme dışında başka bir kronik hastalık varlığı incelendiğinde; %68.6'sında inme dışında bir kronik hastalık bulunduğu, % 31.4'ünde inme dışında tanımlanmış başka bir kronik hastalığın olmadığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 2. İnmeli Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Hastalığa İlişkin Özellikler (S=70)	Sayı	%
İnme Tipi (kayıtlardan alındı)		
İskemik	52	74.3
Hemorajik	18	25.7
Beyin Lezyon Alanı (kayıtlardan alındı)		
Sol	30	42.9
Sağ	40	57.1
Hastalık Süresi		
3- 9 ay	30	42.9
10- 16 ay	15	21.4
17- 23 ay	10	14.3
24 ay ve üzeri	15	21.4
Beyin Ameliyatı Olma Durumu		
Evet	19	27.1
Hayır	51	72.9

Araştırma kapsamına alınan hastaların %74.3'ü iskemik, %25.7'si hemorajik inme tanısı almış hastalardır. Hastaların beyin lezyon alanı incelendiğinde; % 42.9' unun sol, % 57.1'inin sağ taraf tutulumunun olduğu, %27.1'inin ameliyat olduğu, %72.9'unun ameliyat olmadığı belirlenmiştir. Hastalık süresine bakıldığında, bireylerin %'42.9'u 3-9 ay, %21.4'ü 10-16 ay, %14.3'ü 17-23 ay, %21.4'ü 24 ay ve daha uzun süredir hasta oldukları saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3. Hastaya Bakım Veren Kişiyeye Ait Özelliklerin Dağılımı

Özellikler (S=70)	Sayı	%
Bakım Veren Kişi		
Eş	24	34.3
Çocuklar (oğlu, kızı, gelini)	46	65.7
Bakım Vericinin Eğitim Durumu		
Okuryazar Değil	7	10.0
Okuryazar-İlkokul Mezunu	37	52.9
Ortaokul-Lise Mezunu	18	25.7
Yüksekokul/Fakülte	8	11.4

Hastaların tamamının bakımı için başka birinin desteğine ihtiyaç duyduğu, bakım veren kişilerin %34.3'ünün hastaların eşi, %65.7'sinin çocukları olduğu belirlenmiştir. Hastalara bakım veren bireylerin eğitim düzeyi incelendiğinde; %10.0'unun okuryazar olmadığı, %52.9'unun okuryazar- ilkokul mezunu olduğu, %25.7'sinin ortaokul- lise, %11.4'ünün yüksekokul/fakülte mezunu oldukları bildirilmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Hastaların Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Yaşam Kalitesi Ölçeği	İşaretlenen alt ve üst değerler	X±SD
Fonksiyonel Durum	8-82	38.34±22.72
Esenlik	10-89	37.98±18.77
Genel Sağlık Anlayışı	3-90	34.92±17.53
Global Yaşam Kalitesi	13-80	37.08±17.03

Hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin fonksiyonel durum alt skalasının puan ortalaması 38.34±22.72, esenlik alt skalasının puan ortalaması 37.98±18.77, genel sağlık anlayışı alt skalasının puan ortalaması 34.92±17.53 ve global yaşam kalitesinin puan ortalaması 37.08±17.03 olarak bulunmuştur.

Tablo 5. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı ve İstatistiksel Değerlendirme

<u>Tanıtıcı Özellikler</u>	<u>Fonksiyonel Durum</u>			<u>Esenlik</u>		<u>Genel Sağlık Anlayışı</u>		<u>Global Yaşam Kalitesi</u>		
	(S=70)	S	X±SD	Test ve P Değeri	X±SD	Test ve P Değeri	X±SD	Test ve P Değeri	X±SD	Test ve P Değeri
Yaş										
50-60	26	57.15±20.68	KW=23.83	53.07±13.85	KW=28.45	43.88±13.55	KW=16.70	51.34±13.70	KW=27.27	
61-71	28	25.60±15.04	df=2	28.00±12.11	df=2	26.50±11.69	df=2	26.67±10.04	df=2	
72 ve↑	16	30.06±16.30	P<0.001	30.93±20.09	P<0.001	35.12±24.30	P<0.001	32.12±16.09	P<0.001	
Cinsiyet										
Kadın	28	29.89± 20.51	t=-2.649	32.17±15.39	t =-2.169	30.00± 14.57	t =-1.959	30.71± 14.06	t =-2.666	
Erkek	42	43.97± 22.59	df=68	41.85±19.97	df=68	38.21± 18.70	df=68	41.33± 17.66	df=68	
			p<0.05		p <0.05		p> 0.05		p <0.05	
Medeni durum										
Evli	52	40.44± 23.76	MWU=386.500	39.96±19.14	MW-U=355.000	35.51± 18.80	MW-U=443.500	38.67± 17.79	MW-U=377.500	
Bekar	18	32.27± 18.70	p >0.05	32.27±16.87	p > 0.05	33.22± 13.53	p > 0.05	32.50 ±14.06	p > 0.05	
Eğitim Durumu										
Okur-yazar Değil	27	24.33± 15.53	KW=28.38	28.96±13.38	KW=29.14	28.74± 13.11	KW=21.03	27.37± 10.69	KW=30.78	
Okur-yazar/İlkokul	19	31.89± 16.28	df=2	29.21±13.92	df=2	28.31± 21.74	df=2	29.84± 13.02	df= 2	
Ortaokul/Lise	24	59.20± 18.70	P<0.001	55.08±15.46	P<0.001	47.12± 11.03	P<0.001	53.75± 12.82	P<0.001	
Meslek										
Ev Hanımı	27	28.62± 19.76	KW=17.54	30.96±14.24	KW=15.96	29.51± 14.62	KW=6.36	29.74± 13.34	KW= 15.75	
Emekli	15	45.73± 21.55	df=3	43.46±20.85	df=3	42.53± 20.57	df=3	43.93 ±19.21	df=3	
Memur	6	70.83± 9.78	p< 0.01	64.50± 9.22	p< 0.01	43.50± 8.82	P> 0.05	59.50± 7.00	p < 0.01	
Diğer(işçi, çiftçi v.b)	22	36.36± 20.36		35.63±17.47		34.04 ± 18.55		35.31± 15.02		

Tablo 5'in devamı

<u>Tanıttıcı Özellikler</u>	<u>Fonksiyonel Durum</u>			<u>Esenlik</u>		<u>Genel Sağlık Anlayışı</u>		<u>Global Yaşam Kalitesi</u>	
(S=70)	S	X±SD	Test ve P Değeri	X±SD	Test ve P Değeri	X±SD	Test ve P Değeri	X±SD	Test ve P Değeri
Sosyal Güvence									
Var	60	39.55± 22.32	MWU=223.000	37.86±19.28	MW-U=294.000	34.85± 18.12	MW-U=288.000	37.43± 17.39	MW-U=295.000
Yok	10	31.10± 25.00	p > 0.05	38.70±16.22	p > 0.05	35.40± 14.25	p >0.05	35.00± 15.36	p >0.05
Yaşadığı Yer									
İl Merkezi	35	51.82±21.80	KW=27.62	45.80±19.87	KW=10.35	41.28± 16.24	KW=11.75	46.28± 17.37	KW=17.01
İlçe	15	19.86±18.14	df=2	31.20±15.65	df=2	29.06± 21.20	df=2	26.80± 13.97	df=2
Köy	20	28.60±8.82	p< 0.001	29.40±12.90	p<0.01	28.20± 12.80	p<0.01	28.70± 7.52	p<0.001
Aile Tipi									
Çekirdek	34	47.61±23.41	t=3.59	46.17±18.93	t=3.89	39.67± 17.31	t=2.26	44.52± 17.90	t=3.90
Geniş	36	29.58± 18.40	df=68	30.25±15.17	df=68	30.44± 16.76	df=68	30.05± 12.85	df=68
			p<0.01		p<0.001		p<0.05		p<0.001
Kronik Hastalık									
*Var	48	33.35±20.83	t=-2.849	34.52±15.99	t=-2.849	33.16±17.05	t=-2.849	33.68±14.40	t=-2.849
Tanımlanmış bir			df=68		df=68		df=68		df=68
hastalığı yok	22	49.22±23.32	P<0.01	45.54±22.33	P<0.01	38.77±18.35	P<0.01	44.50±20.12	P<0.01

*Hipertansiyon, diyabet, kalp hastalığı, migren

Tablo 5’de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir.

Hastaların yaş grupları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde; 61- 71 yaş grubunda olan hastaların, fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi puan ortalamalarının en düşük olduğu görülmektedir. Hastaların yaş gruplarına göre tüm yaşam kalitesi alanları ve global yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Yapılan Bonferroni ileri analizi sonucunda bu farkın 50- 60 yaş grubunda olan hastalardan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Cinsiyete göre hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde erkeklerin kadınlara göre, genel sağlık anlayışı, fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesine ilişkin ortalama puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Cinsiyete göre genel sağlık anlayışına ilişkin puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunurken($p>0.05$), yaşam kalitesinin diğer alanları ve global yaşam kalitesine ilişkin puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Medeni duruma göre hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde evli olanların bekar olanlara göre, yaşam kalitesinin tüm alt boyutları ve global yaşam kalitesine ilişkin ortalama puanlarının daha yüksek olmasına karşın aradaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur($p>0.05$).

Hastaların eğitim durumları yükseldikçe, fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi puan ortalamalarının yükseldiği görülmektedir. Hastaların eğitim durumuna göre tüm yaşam kalitesi ve global yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).Yapılan Bonferroni ileri

analizi sonucunda bu farkın ortaokul-lise mezunu olan hastalardan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hastaların mesleklerine göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde memur olan hastaların yaşam kalitesinin tüm alt boyutları ve global yaşam kalitesine ait puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Meslek gruplarına göre genel sağlık anlayışı alanına ilişkin alınan puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunurken($p>0.05$) fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$). Yapılan Bonferroni ileri analizi sonucunda bu farkın memur olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hastaların sosyal güvence durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde sosyal güvencesi olanların, fonksiyonel durum ve global yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamaları yüksek iken, sosyal güvencesi olmayan grubun esenlik ve genel sağlık anlayışı puan ortalamaları daha yüksek bulunmakla birlikte sosyal güvenceye göre, grupların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Hastaların yaşadıkları yere göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde il merkezinde yaşayanların, fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi puan ortalamalarının en yüksek olduğu saptanmış olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla fonksiyonel durum ve global yaşam kalitesi $p<0.001$, esenlik ve genel sağlık anlayışı $p<0.01$). Yapılan Bonferroni ileri analizi sonucunda bu farkın il merkezi ve ilçelerde yaşayan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hastaların aile tipine göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde çekirdek aileye sahip olan hastaların yaşam kalitesinin tüm alanlarından aldıkları puan ortalamalarının geniş aileye sahip olanlarınkinden daha yüksek olduğu saptanmış olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla fonksiyonel durum $p<0.01$, genel sağlık anlayışı $p<0.05$, esenlik ve global yaşam kalitesi $p<0.001$).

Hastaların inme dışındaki kronik hastalık durumları incelendiğinde; inme dışında başka bir kronik hastalığı olmayanların fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi puan ortalamalarının kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. İnme dışında başka bir kronik hastalığın olma durumuna göre genel sağlık anlayışı dışında, yaşam kalitesinin diğer alanlarındaki puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla esenlik $p<0.05$, global yaşam kalitesi $p<0.05$, fonksiyonel durum $p<0.01$).

Tablo 6.Hastaların Hastalığa Ait Özelliklere Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı ve İstatistiksel Değerlendirme

<u>Hastalığa Ait Özellikler</u> (S=70)	<u>Fonksiyonel Durum</u>			<u>Esenlik</u>		<u>Genel Sağlık Anlayışı</u>		<u>Global Yaşam Kalitesi</u>	
	S	X±SD	Test ve P Değeri	X±SD	Test ve P Değeri	X±SD	Test ve P Değeri	X±SD	Test ve P Değeri
İnmeTipi									
İskemik	52	40.01±23.13	t=1.05	38.48±18.38	t=0.373	34.88± 16.23	t=-0.35	37.78± 17.00	t=0.584
Hemorajik	18	33.50± 21.37	df=68 p>0.05	36.55±20.34	df=68 p>0.05	35.05± 21.39	df=68 p>0.05	35.05± 17.45	df=68 p>0.05
Beyin Lezyon Alanı									
Sol	30	28.66± 15.45	t=-3.299	31.46±14.94	t=-2.620	31.56± 15.40	t=-1.399	30.66± 12.37	t=-2.870
Sağ	40	45.60± 24.70	df=68 p<0.01	42.87±20.01	df=68 p<0.05	37.45± 18.77	df=68 p>0.05	41.90± 18.55	df=68 p<0.01
Hastalık Süresi									
3- 9 Ay	30	49.16± 24.44	KW=13.30	47.23±19.80	KW=16.31	37.06± 16.71	KW=5.70	44.53± 18.52	KW=13.51
10- 16 Ay	15	39.00± 21.97	df=3	39.20±16.37	df=3	40.93± 21.60	df=3	39.73± 15.46	df=3
17- 23 Ay	10	22.50± 10.27	p< 0.01	26.90± 7.97	p<0.01	31.20± 12.95	p> 0.05	26.70± 4.39	p<0.01
24 Ay ve Üzeri	15	26.60± 13.34		25.66±13.44		27.13± 15.44		26.46± 11.98	
Beyin Ameliyatı Olma Durumu									
Evet	19	34.84± 20.36	t=-0.784 df=68	38.68±17.23	t=0.189 df=68	31.57± 15.06	t=-0.975 df=68	35.05± 15.44	t=-0.607 df=68
Hayır	51	39.64± 23.59	P>0.05	37.72±19.47	p>0.05	36.17± 18.35	p>0.05	37.84± 17.67	p>0.05

Tablo 6’da hastaların hastalığa ait özelliklerine göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir.

Hastaların inme tipi ile yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde; iskemik inmenin genel sağlık anlayışı dışında fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi puan ortalamalarının hemorajik inmeden daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak inme tipinin yaşam kalitesi alanları üzerindeki etkisi incelenmiş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Hastaların beyin lezyon alanları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde; lezyon alanı sağ taraf olanların fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi puan ortalamalarının lezyon alanı sol taraf olanlarınkinden daha yüksek olduğu saptanmış olup genel sağlık anlayışı dışında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla esenlik $p<0.05$, fonksiyonel durum $p<0.01$, global yaşam kalitesi $p<0.01$).

Hastaların hastalık süresine göre, yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında; hastalığın 3-9 aylık sürelerinde genel sağlık anlayışı dışında tüm yaşam kalitesi ve global yaşam kalitesi puan ortalamaları en yüksek düzeyde bulunmuş olup puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.01$). Yapılan Bonferroni ileri analizi sonucunda bu farkın hastalık süresi 3-9 ay arasında olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hastaların ameliyat olma durumuna göre, yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında; ameliyat geçirmeyen hastaların geçiren hastalara göre esenlik dışında tüm yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamaları ve global yaşam kalitesi puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak ameliyat olma durumunun yaşam kalitesi alanları üzerindeki etkisi incelenmiş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 7. Bakım Veren Kişiyeye Ait Özelliklere Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı ve İstatistiksel Değerlendirme

<u>Bakım Verici Özellikleri</u> (S=70)	<u>Fonksiyonel Durum</u>			<u>Esenlik</u>		<u>Genel Sağlık Anlayışı</u>		<u>Global Yaşam Kalitesi</u>	
	S	X±SD	Test ve P Değeri	X±SD	Test ve P Değeri	X±SD	Test ve P Değeri	X±SD	Test ve P Değeri
Bakım Veren Kişi									
Eş	24	48.50± 24.04	MWU=341.500	43.00±18.77	MWU=409.500	36.95± 17.43	MWU=475.500	42.91± 11.68	MWU=399.000
Çocuklar (oğlu, kızı, gelini)	46	33.04± 20.31	p< 0.01	35.36±18.44	p>0.05	33.86 ±17.68	p> 0.05	34.04± 16.04	p>0.05
Bakım Vericinin Eğitim Durumu									
Okur-yazar Değil	7	34.14± 27.47	KW=19.56	34.85±24.40	KW=15.30	32.14± 18.66	KW=9.52	34.14± 21.09	KW=16.83
Okur-yazar/İlkokul	37	29.67± 18.08	df=3	32.29±12.86	df=3	32.29± 16.77	df=3	31.37± 12.93	df=3
Ortaokul/Lise	18	44.72± 21.47	p< 0.001	39.00±19.67	p< 0.01	33.88± 17.50	p< 0.05	39.16± 16.43	p<0.01
Yüksekokul/Fakülte	8	67.75± 11.56		64.75±13.10		51.87± 12.91		61.37± 9.82	

Tablo 7’de hastalara bakım veren kişiye ait özelliklere göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir.

Hastalara bakım veren kişi incelendiğinde; bakımıyla eşi ilgilenen hastaların yaşam kalitesinin tüm alanlarından ve global yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamalarının bakımıyla çocukları ilgilenen hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bakım veren kişiye göre fonksiyonel durum arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0.01$), esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Bakım veren kişinin eğitim durumu ile hastaların yaşam kaliteleri puan ortalamaları incelendiğinde; bakım vericisi yüksekokul/fakülte mezunu olan grup da ki hastaların, fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi puan ortalamalarının en yüksek olduğu görülmektedir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla fonksiyonel durum $p< 0.001$, esenlik ve global yaşam kalitesi $p< 0.01$, genel sağlık anlayışı $p< 0.05$). Yapılan Bonferroni ileri analizi sonucunda bu farkın yüksekokul/fakülte mezunu olanlardan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 8. Hastaların Gelir Düzeyi İle Yaşam Kalitesine Ait Puanlar Arasındaki İlişki

Yaşam Kalitesi	Gelir Düzeyi	
	r	p
Fonksiyonel Durum	0.741	p<0.01
Esenlik	0.685	p<0.01
Genel Sağlık Anlayışı	0.361	p<0.01
Global Yaşam Kalitesi	0.705	p<0.01

Tablo 8’de hastaların gelir düzeyi ile yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki görülmektedir. Hastaların gelir düzeyi ile yaşam kalitesinin fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla $r=0.741$, $p<0.01$; $r=0.685$, $p<0.01$; $r=0.361$, $p<0.01$; $r=0.705$, $p<0.01$). Gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır.

Tablo 9. Hastaların Sosyal Destek Durumları İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Yaşam Kalitesi Ölçeği	Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	
	r	p
Fonksiyon Durum	0.570	p<0.01
Esenlik	0.583	p<0.01
Genel Sağlık Anlayışı	0.387	p<0.01
Global yaşam kalitesi	0.602	p<0.01

Tablo 9’da hastaların aileden algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki görülmektedir. Aileden algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesinin fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla $r=0.570$, $p<0.01$; $r=0.583$, $p<0.01$; $r=0.387$, $p<0.01$; $r=0.602$, $p<0.01$). Aile desteği arttıkça yaşam kalitesinin arttığı tespit edilmiştir.

Ayrıca hastaların aileden algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları 11.21 ± 7.12 olarak bulunmuştur.

5.TARTIŞMA

Yaşam kalitesi kompleks bir kavramdır ve bir bütünlük ifade eder. Bu kavram içinde yer alan en önemli faktörlerden biri sağlıktır. Ancak, sağlık durumu kadar kişinin ekonomik durumu, aile ve arkadaşlarıyla olan ilişkileri, iş imkanları, boş zamanlarını ya da yaşam tarzını belirlemedeki özerkliği, eğitim fırsatları, yaşadığı yer ve çevresi, çevre şartları gibi bir çok faktör yaşam kalitesi düzeyi üzerinde belirleyici olmaktadır.¹⁶

Hemşirelik araştırma ve uygulamalarının sonuçlarının değerlendirilmesinde önemli bir değerlendirme yaklaşımı olarak, yaşam kalitesi saptamaları gittikçe kabul görmektedir.¹⁵ Bu nedenle inmeli hastaların yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları ilgili literatür ile tartışılmıştır.

Hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; yaşam kalitesi ölçeğinin fonksiyonel durum alt skalasının puan ortalaması 38.34 ± 22.72 , esenlik alt skalasının puan ortalaması 37.98 ± 18.77 , genel sağlık anlayışı alt skalasının puan ortalaması 34.92 ± 17.53 ve global yaşam kalitesinin puan ortalaması 37.08 ± 17.03 olarak bulunmuştur (Tablo 4). Örneklemimizin yaşam kalitesi toplam puanının (0 puan; en düşük yaşam kalitesi, 100 puan; en yüksek yaşam kalitesini göstermektedir) ortalamasının altında olduğu (37.08 ± 17.03), başka bir deyişle örneklemimizin yaşam kalitesinin düşük olduğu görülmektedir. Kronik hastalığı olan bireyler hastalığın getirdiği fiziksel ve sosyal sınırlılığı uzun süre yaşamakta, hastalık nedeni ile işini, bağımsızlığını, sosyal gücünü ve öz saygısını kaybedebilmektedir.³ İnme sonrası yaşam kalitesinin bozulduğu birçok araştırmacı tarafından bildirilmiştir.^{20,22} İnmeli hastalar çok ciddi bir boyutta fiziksel engellilikleri olmasa bile yaşamlarında pek çok zorlukla karşılaşır ve bu durumda onların yaşamdan hoşnutsuz olmalarına yol açabilir.²²

Yaşla yaşam kalitesi arasındaki ilişkide; 61-71 yaş grubunda olan hastaların, fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi puan ortalamalarının en düşük olduğu görülmektedir. Hastaların yaş gruplarına göre tüm yaşam kalitesi alanları ve global yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 5). Yapılan ileri analizi sonucunda bu farkın 50-60 yaş grubunda olan hastalardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Haan ve arkadaşları⁶⁸, Kauhanen ve arkadaşları⁶⁹, Larsen ve arkadaşlarının⁷⁰ inmeli hastalarla yaptıkları çalışmaların sonuçları çalışma sonuçları ile uyumlu olup, yaş arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü tespit edilmiştir. Yaşla birlikte bireylerde fonksiyonel gerilemelerin olması ayrıca hastalık ve hastalığa bağlı yapılan işlemlerinde sonucu etkilemede önemli bir etken olduğu düşünülebilir.

Cinsiyete göre hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde erkeklerin kadınlara göre, yaşam kalitesi ortalama puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Cinsiyete göre genel sağlık anlayışına ilişkin puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunurken ($p>0.05$), yaşam kalitesinin diğer alanları ve global yaşam kalitesine ilişkin puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 5). Artal ve arkadaşlarının¹⁷ inmeli hastalarla yapmış oldukları çalışma sonucunda da kadınların yaşam kalitesi erkeklerden daha düşük bulunmuştur. Çalışma sonuçlarına göre kadınların yaşam kalitesi puan ortalamalarının düşük olmasının nedeni, toplumumuzda kadınların ev içi sorumluluklarının fazla olması, hastalık döneminde de bu sorumluluklarının devam etmesi ve hastalığın getirdiği güçlüklerle karşı daha fazla duygusal reaksiyon göstermelerinden kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Medeni durumuna göre hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde evlilerin, yaşam kalitesinin tüm alt boyutları ve global yaşam kalitesine ilişkin ortalama puanları bekar olanlara göre daha yüksek olmakla birlikte aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 5). Artal ve arkadaşları¹⁷, Jaracz ve arkadaşları¹⁹, Kauhanen ve arkadaşları⁶⁹ ile Gülyüz'ün⁷¹ inmeli hastalarla yapmış oldukları çalışmalarda da medeni durum ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunamamıştır. Yaşam kalitesi puan ortalamalarının evlilerde yüksek bulunmasının nedeni, evli hastaların destek kaynaklarının fazla olması, paylaşma duygusunun verdiği psikolojik rahatlığın yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemesi olabilir.

Hastaların eğitim durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde eğitim durumu yükseldikçe, fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi puan ortalamalarının yükseldiği ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$) (Tablo 5). Yapılan ileri analizi sonucunda aradaki farkın ortaokul-lise mezunu olan hastalardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Gülyüz'ün⁷¹ inmeli hastalarla, Pınar'ın⁶⁵ diyabetli hastalarla, Kızılcı'nın⁷² kanserli hastalarla ve Eski'nin⁷³ myokard enfarkdüsü geçiren bireylerle yaptıkları çalışmaların sonuçları bu çalışma sonucuyla uyumlu olup eğitim durumu yükseldikçe yaşam kalitesi artmaktadır. Eğitim düzeyi yükseldikçe hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarının artmasının nedeni olarak bir olasılıkla bilinçli baş etme mekanizmalarının geliştirilmesi, maddi olanaklar ve sosyal durumun daha iyi olması düşünülebilir.

Hastaların mesleklerine göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde memur olan hastaların yaşam kalitesinin tüm alt boyutları ve global

yaşam kalitesine ait puan ortalamalarının en yüksek olduğu, ev hanımlarının puan ortalamalarının ise en düşük olduğu görülmektedir. Meslek gruplarına göre genel sağlık anlayışı alanına ilişkin alınan puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunurken($p>0.05$) fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak bulunmuştur ($p<0.01$) (Tablo 5). Yapılan ileri analiz sonucunda aradaki farkın memur olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir. Bu sonuç kronik hastalıklı bireylerle yapılan birçok araştırma sonucuyla uyumlu bulunmuştur. Eski'nin⁷³ myokard enfarktüsü geçiren hastalarla yapmış olduğu çalışmada yaşam kalitesi en yüksek olan grup memurlar, en düşük olan grup ise ev hanımlarıdır. Kızılcı'nın⁷² kanserli hastalarla yaptığı çalışmada yaşam kalitesi en yüksek olan grup memur ve işçiler olarak belirtilmiştir. Pınar'ın⁶⁵ diabetli hastalarla yapmış olduğu çalışmada da ev hanımlarının global olarak yaşam doyumunu en düşük algılayan grup olduğu tespit edilmiştir. Memurların yaşam kalitesi puan ortalamalarının en yüksek olmasının nedenleri, düzenli, belirli bir işe ve sosyal statüye sahip olmaları, buna karşılık ev hanımlarının yaşam kalitesi puan ortalamalarının en düşük olmasının nedenleri ise, sosyal yaşamlarının ev içinde sınırlandırılması, maddi olarak özgürlüğünün olmaması gibi nedenlerden etkilenmiş olabileceği düşünülebilir.

Hastaların sosyal güvencesinin olma durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde sosyal güvencesi olanların, fonksiyonel durum ve global yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamaları yüksek iken, sosyal güvencesi olmayan grubun esenlik ve genel sağlık anlayışı puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Ancak sosyal güvenceye göre, grupların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 5). Sağlık güvencesi olan hastaların toplam yaşam kalitesi

puan ortalamalarının yüksek bulunmasının nedeni, tedavi ve rehabilitasyon süresinin uzun olması nedeniyle tedavi giderleri karşılandığı için hastaların ekonomik yönde desteklenmesinin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği düşünülebilir.

Hastaların yaşadıkları yere göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde il merkezinde yaşayanların, fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi puan ortalamalarının en yüksek olduğu saptanmış olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla fonksiyonel durum ve global yaşam kalitesi $p<0.001$, esenlik ve genel sağlık anlayışı $p<0.01$). Yapılan Bonferroni ileri analizi sonucunda bu farkın il merkezi ve ilçelerde yaşayan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 5). Pınar'ın⁶⁵ diyabetli hastalarla ve Erdem'in⁷⁴ koroner arter hastalarıyla yapmış olduğu çalışmalarda da il merkezinde yaşayanların yaşam kalitesinin köylerde yaşayan hastalardan daha iyi olduğu saptanmıştır. Şehirde yaşayan hastaların köylerde yaşayan hastalara göre yaşam şartlarının daha iyi olması, ayrıca sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanma imkanına sahip olmalarının sonucu bu yönde etkilemiş olduğunu düşündürmektedir.

Hastaların aile tipine göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde çekirdek aileye sahip olan hastaların yaşam kalitesinin tüm alanlarından aldıkları puan ortalamalarının geniş aileye sahip olanlarınkinden daha yüksek olduğu saptanmış olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla fonksiyonel durum $p<0.01$, genel sağlık anlayışı $p<0.05$, esenlik ve global yaşam kalitesi $p<0.001$) (Tablo 5). Erdem'in⁷⁴ koroner arter hastalarıyla yaptığı çalışmasında da çekirdek aileye sahip olan hastaların genel iyilik ve uyku puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu araştırma sonucu genel olarak bizim çalışma sonucumuzla benzerlik göstermektedir.

İnme dışında başka bir kronik hastalığı olmayan hastaların kronik hastalığı olanlara göre yaşam kalitesinin tüm alanları ve global yaşam kalitesi puan ortalamaları daha yüksek olarak tespit edilmiştir. İnme dışında başka bir kronik hastalığın olma durumuna göre genel sağlık anlayışı dışında, yaşam kalitesinin diğer alanlarındaki puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla esenlik $p<0.05$, global yaşam kalitesi $p<0.05$, fonksiyonel durum $p<0.01$) (Tablo 5). Araştırma sonucuyla uyumlu olarak Larsen ve arkadaşları⁷⁰, Haan ve arkadaşları⁶⁸ inme dışında başka bir kronik hastalığı olmayan hastaların kronik hastalığı olanlara göre yaşam kalitesini daha yüksek bulmuşlardır. Bu durumun hastaların birden fazla kronik hastalığın semptomlarına maruz kalmaları, tedavi maliyetlerinin artması ve günlük yaşam aktivitelerinin daha fazla etkilenmesi gibi sıkıntılara maruz kalmalarının yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemesinden kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir.

Hastaların inme tipi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; iskemik inmeli hastaların genel sağlık anlayışı dışında fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi puan ortalamalarının hemorajik inmeli hastalardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 6). Haan ve arkadaşları⁶⁸, Kim ve arkadaşlarının⁷⁵ inmeli hastalarla yaptıkları çalışma sonuçlarında da, inme tipinin yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir. Sonuçlar verilen araştırma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Hastaların beyin lezyon alanları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde; lezyon alanı sağ taraf olanların fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi puan ortalamalarının lezyon alanı sol taraf olanlarından daha yüksek olduğu saptanmış olup genel sağlık anlayışı dışında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla esenlik

$p<0.05$, fonksiyonel durum $p<0.01$, global yaşam kalitesi $p<0.01$). (Tablo 6). Hopman ve arkadaşlarının²⁰ inmeli hastalarla yapmış oldukları çalışma sonucunda da beyin lezyon alanı sağ taraf olan hastaların yaşam kalitelerinin lezyon alanı sol taraf olan hastalara göre daha iyi olduğu saptanmıştır. Sonuçlar bu araştırma sonucuyla benzerlik göstermektedir. Bu sonuç bir olasılıkla, beyin yarım küreleri ile vücut yarısının çapraz ilişkisine bağlı olarak beyin lezyon alanı sol taraf olanların sağ vücut yarısının fonksiyonlarının bozulması nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde daha fazla bağımlı hale gelmesi ve yaşam kalitesinin daha olumsuz etkilenmesiyle açıklanabilir.

Hastalık süresine göre, bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında; hastaların hastalığın 3- 9. ayında genel sağlık anlayışı dışında tüm yaşam kalitesi ve global yaşam kalitesi puan ortalamalarının en yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Hastalık süresine göre genel sağlık anlayışı dışında fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$) (Tablo 6). Yapılan ileri analizi sonucunda aradaki farkın hastalık süresi 3-9 ay arasında olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir. Elde ettiğimiz bu sonuç, bu konuda yapılmış olan sınırlı sayıdaki çalışmaların sonuçları ile uyum içindedir. Nitekim Armağan ve arkadaşları⁷⁶, Suenkeler ve arkadaşları⁷⁷, Bethoux ve arkadaşlarının⁷⁸ inmeli hastalarla yapmış oldukları çalışma sonuçlarında da hastalık süresi uzadıkça yaşam kalitesinde anlamlı derecede düşme olduğu bulunmuştur. Bu sonuç bir olasılıkla, hastalık süresi uzadıkça bireylerin bir kronik hastalığa sahip olmanın getirdiği sınırlılıkları daha uzun süre yaşamaları, tanı ve tedavi için daha fazla tıbbi girişimlere maruz kalmaları, hastalık semptomlarının artması ve bu durumun yaşam kalitesinde bozulmaya neden olduğu şeklinde düşünülebilir.

Hastaların ameliyat olma durumlarına göre, yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde; ameliyat geçirmeyen hastaların geçiren hastalara göre esenlik dışında tüm yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamaları ve global yaşam kalitesi puan ortalamasının daha yüksek olduğu ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 6). Ameliyat geçiren hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha düşük bulunması ameliyat geçirmenin hastalığın daha ciddi olarak algılanmasına yol açabileceğini düşündürmektedir.

Hastalara bakım veren kişi ile yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde; bakımıyla eşi ilgilenen hastaların yaşam kalitesinin tüm alanlarından ve global yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamalarının bakımıyla çocukları ilgilenen hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bakım veren kişiye göre fonksiyonel durum arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0.01$), esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 7). Stuifbergen'in⁷⁹ ailenin kronik hastalıklar üzerindeki etkisini incelediği çalışmasında da eş desteği ve hasta morali arasında pozitif ilişki olduğu belirtilmiştir.

Bakım veren kişinin eğitim durumu ile hastaların yaşam kaliteleri puan ortalamaları incelendiğinde; yüksekokul/fakülte mezunu bir bakım verici tarafından bakılan hastaların fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi puan ortalamalarının en yüksek olduğu görülmektedir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla fonksiyonel durum $p<0.001$, esenlik ve global yaşam kalitesi $p<0.01$, genel sağlık anlayışı $p<0.05$). Yapılan Bonferroni ileri analizi sonucunda bu farkın yüksekokul/fakülte mezunu olan bakım vericilerden kaynaklandığı belirlenmiştir. (Tablo 7). Bergner⁸⁰ eğitim durumunun artmasına paralel

olarak yaşam kalitesinin arttığını, daha iyi eğitimle, daha iyi yaşam kalitesi arasında ilişki olduğunu saptamıştır. Pınar⁶⁵, Kızılcı⁷² ve Erdem'in⁷⁴ kronik hastalarla yapmış oldukları çalışma sonuçlarıyla bu çalışmanın sonuçları benzerlik göstermektedir. Hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesi bakım verenlere çok büyük sorumluluklar getirmektedir. Eğitim seviyelerinin yüksek olması direk hastaya verilen bakımın niteliğine yansiyacak ve dolaylı olarak bu durum hastanın yaşam kalitesini etkileyecektir. Sonuç olarak eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin hastaya daha bilinçli yaklaşabilmelerinin ve hastalarının sağlık problemleri ile daha iyi baş edebilmelerine yardım edecek kaynakları daha etkin kullanabilmelerinin yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebileceği düşünülebilir.

Hastaların gelir düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; hastaların gelir düzeyi ile yaşam kalitesinin tüm alanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.01$) (Tablo 8). Gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamaları da artmaktadır. King²² inmeli hastalarla yapmış olduğu çalışmasında daha düşük gelir durumuna sahip olan hastaların yaşam kalitelerini daha kötü bulmuştur. Çalışma bu araştırma sonucuyla benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlara göre; gelir seviyesinin artması ile yaşam kalitesinin artırması hastaların rahatlama, sağlık koşulları uygun olan ortamda yaşama, hastalığın getirdiği ekonomik yükü karşılayabilme avantajlarıyla bağlantılı olduğu düşünülebilir.

Hastaların aileden algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde aileden algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesinin tüm alanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.01$) (Tablo 9). Aile desteği arttıkça yaşam kalitesi de artmıştır. Jaracz ve arkadaşları^{19,21} ile King'in²² inmeli hastalarla yaptıkları çalışma sonuçları ve Bosworth ile arkadaşlarının⁸¹ koroner arter

hastalarıyla yaptıkları çalışmada da sosyal destek arttıkça hastaların yaşam kalitelerinin olumlu bir şekilde etkilendiği tespit edilmiştir. Bu çalışma sonuçlarıyla bizim sonuçlarımız benzerlik göstermektedir. Sosyal desteğin en önemli işlevlerinden biri, stres verici yaşam olaylarının oluşturduğu psikolojik zararları azaltarak ya da dengeleyerek tampon görevi görmektir.^{59,60} Sosyal destek kaynakları, kronik hastaların hastalıklarıyla başa çıkmalarında ve yaşamlarını sürdürmelerinde olumlu rol oynamakta ve yaşam kalitelerini yükseltmektedir.²⁵

Çalışmada hastaların aileden algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları 11.21 ± 7.12 olarak bulunmuştur. Örneklemimizin aileden algılanan toplam puanının (toplam puan 0-20 arasında değişmektedir) orta seviyelerde olduğu görülmektedir (11.21 ± 7.12). Kronik hastalıklar için özellikle önemli olan aile üyelerinin desteği, sadece hastanın fiziksel ve duygusal işlevselliğini sağlamakla kalmaz, aynı zamanda hastayı hekimin önerilerine bütünüyle uyma ve sağlığa uygun davranışları benimseme konusunda cesaretlendirir.²⁵ Ancak günümüzde, toplumsal ve teknolojik değişikliklerin çok hızlı yaşanması nedeniyle kişilerarası ilişkilerin önemi de giderek artmaktadır. Yaşam güçlüklerini sık yaşayan bireylerin hem kişilerarası ilişkileri olumsuz yönde etkilenmekte hem de sosyal destekleri beklenen boyutta olmamaktadır.⁵⁹

6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda;

Araştırma grubundaki hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin fonksiyonel durum alt skalasının puan ortalaması 38.34 ± 22.72 , esenlik alt skalasının puan ortalaması 37.98 ± 18.77 , genel sağlık anlayışı alt skalasının puan ortalaması 34.92 ± 17.53 ve global yaşam kalitesinin puan ortalaması 37.08 ± 17.03 olarak bulunmuştur.

Hastaların aileden algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları 11.21 ± 7.12 olarak bulunmuştur.

Hastaların medeni durum, sosyal güvence, inme tipi ve ameliyat olma durumu ile tüm yaşam kalitesi alanları ve global yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Hastaların yaş, eğitim durumu, yaşadıkları yer, aile tipi, bakım veren kişinin eğitim durumu ile tüm yaşam kalitesi alanları ve global yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Hastaların cinsiyet, meslek, hastalık süresi, inme dışındaki kronik hastalık durumu ve beyin lezyon alanı göre genel sağlık anlayışı dışında tüm yaşam kalitesi alanları ve global yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Hastalara bakım veren kişiye göre fonksiyonel durum arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

Araştırmada; hastaların gelir düzeyi ve aileden algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesinin tüm alanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Araştırma sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

- İnmeli hastaların yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlere yönelik yapılan çalışma sayılarının artırılması sonucunda ve elde edilen bulgular doğrultusunda bu faktörlerin kontrol altına alınabilmesi için gerekli girişimlerin planlanması ve uygulamaya geçirilmesi,

- İnmeli hastanın bakım ve tedavisini üstlenen hekim ve hemşirelerin hastanın yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri de göz önünde bulundurarak bakım ve tedaviyi planlaması,

- İnmeli hastaların kendi doğal ortamlarında hastaların aileleri ve özellikle bakım vericileri ile birlikte ele alınarak, multidisipliner ekip yaklaşımı ile hizmet verilmesi anlayışına dayanan evde bakım hizmetleri doğrultusunda uygun planlama ve uygulamaların geliştirilmesi,

- Araştırmamızda aileden algılanan sosyal destek puanı ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında pozitif bir ilişki bulunması nedeniyle bilinçli bir sosyal desteğin sağlanması için hastaların ailelerine hastalık döneminde alınan sosyal desteğin önemi hakkında eğitim verilmesi,

- İnmeli hastaların kontrollerine düzenli gelmelerinin sağlanması için telefonla çağrı sisteminin hayata geçirilmesi ve gerektiğinde hasta ve yakınının danışması için danışma hattının kurulması,

- Kronik bir hastalık olan ve uzun süreli tedavi ve bakım gerektiren inmeli hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi önemli bir gereksinimdir. Bu nedenle daha fazla hastayı ve daha uzun sürelerde değerlendirilen çalışmaların yapılması gerekliliği kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Gilroy J. Basic Neurology. Tercüme: Karabudak R. Temel Nöroloji, Ankara, 3.Baskı.Güneş Kitabevi, 2002: 231-255.
2. Özdemir G, Ötkeç C, Özdemir AÖ, Gücüyener D. Hekimlerin strok ile ilgili görüş ve yaklaşımları. Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi. 2002; 8 (2): 101-107.
3. Akdemir N. Kronik Hastalıklar. Akdemir N, Birol L, eds. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul, 1.Baskı. Vehbi Koç Vakfı Sanerc Yayın, 2003: 191-199.
4. Durna Z, Yakup K. Hasta ve Yakınları İçin İnme El Kitabı. İstanbul. İstanbul Üniversitesi Basımevi, 2003: 1-62.
5. Bora İ. Beyin Damar Hastalıkları. Oğul E, ed. Temel ve Klinik Nöroloji. Bursa. Uludağ Üniversitesi Yayınları, 1996: 105-131.
6. Özdemir G. Nörolojik Hastalıklar. İliçin G, Biberoglu K, Süleymanlar G, Ünal S, eds. İç Hastalıkları Cilt: 2. Ankara. Güneş Kitabevi, 2003: 3609- 3636.
7. Lindsay KW, Bone I, Callender R. Neurology and Neurosurgery Illustrated. Tercüme: Bozbuğa M. Resimli Açıklamalar İle Nöroloji ve Nöroşirürji, İstanbul, 3.Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, 2000: 236-242.
8. Weinberger J. Contemporary Diagnosis and Management of Stroke. Tercüme: Dursun AN. İnme Çağdaş Tanı ve Tedavi, İstanbul, 2. Baskı. AND Danışmanlık, Eğitimlik, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd.Şti. 2002: 5-73.
9. Kırbaş D. Birinci Basamakta Nörolojik Hastalıklar Tanı Tedavi Rehabilitasyon. Ankara, 1. Baskı. Aydoğdu Ofset Matbaacılık, 1997:24-36.
10. Cummings JL, Trimble MR. Concise Guide to Neuropsychiatry and Behavioral Neurology. Tercüme: Alkan G. Nöropsikiyatri ve Davranış Nörolojisi Küçük Klavuz, Ankara, 2. Baskı. Çizgi Tıp Yayınevi, 2002:193-203.

11. Kırbaş D, Bakaç G, Hanoğlu L. Türkiye’de Halk Sağlığı Açısından Strok. Beyin Damar Hastalıkları Dergisi. 1995; 1(1): 75-83.
12. Özdemir G. Beyin Krizi Nedir? Hakkında Bilmek İstedikleriniz. Eskişehir. Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği Yayınları No: 3, 2000: 5-27.
13. Özdemir G, Gücüyener D. Strok’ta Risk Faktörleri. Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi. 2001; 7 (2):67-70.
14. Killingworth A, Akker OVD. The Quality of Life of renal dialysis patient: trying to find the missing measurement. Int. J. Nurs. Stud. 1996; 33 (1): 107-120.
15. Pınar R. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi. Sendrom. Eylül 1997; 9 (9): 117-123.
16. Tüzün EH, Eker L. Sağlık Değerlendirme Ölçütleri ve Yaşam Kalitesi. Sağlık ve Toplum. 2003; 13 (2): 3-8.
17. Artal JC, Egido JA, Gonzalez JL, Seijas EV. Quality of Life Among Stroke Survivors Evaluated 1 Year After Stroke: Experience of a Stroke Unit. Stroke. 2000; 31: 2995-3000.
18. Hallan S, Asberg A, Indredavik B, Wıderoe TE. Quality of life after cerebrovascular stroke: a systematic study of patients’ preferences for different functional outcomes. Journal of Internal Medicine. 1999; 246: 309-316.
19. Jaracz K, W Kozubski. Quality of life in stroke patients. Acta Neural Scand. 2003; 107: 324-329.
20. Hopman WH, Verner J. Quality of Life During and After Inpatient Stroke Rehabilitation. Stroke. 2003; 34: 801-805.
21. Jaracz K, Jaracz J, Kozubski W, Rybakowski JK. Post-stroke quality of life and deression. Acta Neuropsychiatrica. 2002; 14 (5): 219-225.
22. King RB. Quality of Life After Stroke. Stroke. 1996; 27 (9): 1467-1472.

23. Büyükcoşkun A. Evde Bakım Hizmetleri ve Rehabilitasyon. Erefe İ, ed. Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı. İstanbul, 1.Baskı. Vehbi Koç Vakfı Yayınları. No: 14, Birlik Ofset: 1998: 179-183.
24. Birol L. Hemşirelik süreci. İzmir, 6. Baskı. Etki Matbaacılık Yayıncılık, 2004: 245-267.
25. Şahin D. Sosyal Destek ve Sağlık. Okyayuz Ü, ed. Sağlık Psikolojisi Giriş. Ankara, 1. Baskı. Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:19, 1999: 80-106.
26. Akdemir N. Nörolojik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı. Akdemir N, ed. İç Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. İstanbul, 1.Baskı. Vehbi Koç Vakfı Yayınları. No: 9, Birlik Ofset: 1998: 281-308.
27. Karadakovan A. Sinir Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İzmir, 1.Baskı. Saray Medikal Yayıncılık, 1993: 67-75.
28. Akdemir N. Sinir Sistemi ve Nöroloji Hemşireliği. Ankara, 1. Baskı. 1990: 51-100.
29. Roth EJ, Harvey RL. Rehabilitation of Stroke Syndromes. In Braddom LR, ed. Physical Medicine and Rehabilitation. Philadelphia, 2 st edition. W. B. Saunders Company, 2000: 1117-1160.
30. Memiş S. Akut İnmeli Hastanın Bakımı, (Çevirimiçi), http://www.ybhd.org.tr/haberler/5-8mayis2004/sakine_memis.pdf, 12.03.2005.
31. Çoban O. Beyin Damar Hastalıklarında Tanımlar, Sınıflama, Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri, (Çevirimiçi), <http://www.itfnoroloji.org/svh/bdhtanimlar.htm>, 20.05.2004.
32. Yurttaş O. Serebrovasküler Hastalıklar. Yaltkaya K, ed. Nöroloji Ders Kitabı. Ankara,1. Baskı. Palme Yayıncılık, 1994: 179-215.

33. Wade DT. Measurement in Neurological Rehabilitation. Oxford Medical Publications, 1992: 101-104.
34. Özkan S. Avrupa Strok İnisiyatifi Önerileri: İskemik Strok'ta Profilaksi ve Tedavi. Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi. 2002; 8 (2): 127-132.
35. Miller J, Fountain N. Neurology Recall. Tercüme: Dörtcan N. Nöroloji Hatırlatmalar Cilt-1, İstanbul, 2. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, 2004: 112-128.
36. Mitchell SK, Yates RR. Cerebrovascular Disease. In Dossey BM, ed. Critical Care Nursing. Philadelphia, 3 st edition. J.B. Lippincott Company, 1992: 587-607.
37. Oğul E. Beyin Damar Hastalıkları. Oğul E, ed. Klinik Nöroloji. Bursa. Nobel Tıp Kitabevleri, 2002: 16-28.
38. Kumral E. Serebrovasküler Hastalıkların Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi. 2004; 2 (1): 15-22.
39. Akhan G. Koyuncuoğlu HR, Eren N, Altan R, Çırak Ş. Isparta'da İnme Epidemiyolojisi. Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi. 1999; 5(1): 1-3.
40. Kutluhan S. Serebrovasküler Hastalıkların Hava Koşullarıyla İlişkisi. Beyin Damar Hastalıkları Dergisi. 1996; 2 (2): 113-119.
41.T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2003. 2004.
42. Landau WM. Is colesterol a risk factor for stroke. Yes. Arch Neurol. 1999; 56 (12):1518-1520.
43. Mutluer N. Serebrovasküler Hastalıklar: Akut dönem yaklaşımındaki yenilikler. Türk Nöroloji Dergisi.1998; 4 (1-2): 3-8.
44. Kelley ER. Stroke Prevention and Intervention. Postgraduate Medicine.1998; 103 (2): 23-30.

- 45.** Yılmaz E. İnme Nedir? , (Çevirimiçi),
http://www.amerikanhastanesi.com.tr/ShowContent.aspx?content=files/htmls/inme_nedir.htm
 26.11.2004.
- 46.** Özdemir G. Serebrovasküler Hastalıklardan Strok'a Yaklaşım. Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi. 2004; 2 (1): 1-15.
- 47.** Kumral E. Beyin Damar Hastalıklarının Tedavisi. Oğul E, ed. Klinik Nöroloji. Bursa. Nobel Tıp Kitabevleri, 2002:47-54.
- 48.** Browne BJ. Rehabilitation Of The Stroke Patient. In Conn HF, ed. Conn's Current Therapy 2002. W. B. Saunders Company, 2002: 879-884.
- 49.** Gordon DL. Ischemic Cerebrovascular Disease. In Conn HF, ed. Conn's Current Therapy 2002. W. B. Saunders Company, 2002: 874-879.
- 50.** Olson WH, Brumback RA, Gascon G, Christoferson LA. Practical Neurology. Tercüme: Zileli T, Elibol B. Pratik Nöroloji, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları B-31, 1998:151-157.
- 51.** Akdemir N. Hemşirelik Uygulamalarında Temel Kavramlar. Akdemir N, Birol L, eds. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul, 1.Baskı. Vehbi Koç Vakfı Sanerc Yayınları No: 2, 2003: 3-24.
- 52.** Telatar TH, Özcebe H. Yaşlı Nüfus ve Yaşam Kalitelerinin Yükseltilmesi. Türk Geriatri Dergisi. 2004; 7(3): 162-165.
- 53.** Saçaklıoğlu F. Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. 1. Ege Dahili Tıp Günleri Özet Kitabı. İzmir 2002;177.
- 54.** Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Eser SY, Eser E, Göker E. Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, WHOQOL-BREF. Psikiyatri Psikoloji Psikoformakoloji Dergisi. 1999; 7(2): 6-10.

- 55.** Mayo NE, Dauphinee S, Ahmed S, Gordon C, Johanne H, McEWEN S, Salbach N. Disablement following stroke. *Disability and Rehabilitation*. 1999; 21 (5-6): 258-268.
- 56.** Jorgensen HS, Nakayama H, Raaschou HO, Larsen JV, Stoier M, Olsen TS. Outcome and time course of recovery in stroke. Part I: Outcome. The Copenhagen stroke study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1995; 76 (5): 399-405.
- 57.** Akyol A. Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 1993; 9 (3): 71-75.
- 58.** Holmes CA. Health care and the quality of life: a review. *Journal of Advanced Nursing*. 1989; 14: 833-839.
- 59.** Özgür G. Sosyal Destek Ve Sağlık. *Türk Hemşireler Dergisi*. 1993; 43 (2): 25-26.
- 60.** Sorias O. Sosyal Destekler Ve Ruh Sağlığı. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 1988; 27 (1):359-363.
- 61.** Hobart JC, Williams LS, Moran K, Thompson AJ. Quality of Life Measurement After Stroke. Uses and Abuses of the SF-36. *Stroke*. 2002; 33 (5): 1348-1356.
- 62.** The Barthel Index, (Çevirimiçi),
<http://66.102.7.104/search?q=cache:Swo3mzcy8AMJ:www.strokecenter.org/trials/scales/barthel.pdf+barthel+index&hl=tr>, 3.05.2005.
- 63.** Granger CV, Alberceth GL, Hamilton BB. Outcome of comprehensive rehabilitation: measurement by the PULSES profile and the Barthel Index. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1979; 60: 145-151.
- 64.** Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36- item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*. 1992; 30 (6): 473-483.

- 65.** Pınar R. Diabetes Mellitus'lu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Doktora Tezi İstanbul, 1994.
- 66.** Eskin M. Reliability of the Turkish version of the perceived social support from friends and family scales, scale for interpersonal behavior, and suicide probability scale. *Journal of Clinical Psychology*. 1993; 49 (4): 505-522.
- 67.** Bayık A. Hemşirelik Araştırmalarında Etik. Erefe İ, ed. Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri. İstanbul. Ofset Baskı, 2002: 27-48.
- 68.** Haan RJ, Limburg M, Meulen V, Jacobs HM, Aaronson NK. Quality of Life After Stroke: Impact of Stroke Type and Lesion Location. *Stroke*. 1995; 26 (3): 402-408.
- 69.** Kauhanen ML, Korpelainen JT, Hiltunen P, Nieminen P, Sotainemi KA, Myllylä VV. Domains and Determinants of Quality of Life After Stroke Caused by Brain Infarction. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2000; 81 (12):1541-1546.
- 70.** Larsen D, Clark PC, Zeringue A, Blanton S. Factors Influencing Stroke Survivors' Quality of Life During Subacute Recovery. *Stroke*. 2005; 36 (7): 1480.
- 71.** Gülyüz H. İnmeli Hasta ve Yakınlarının Yaşam Doyumlarının İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi İzmir, 2004.
- 72.** Kızılcı S. Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar Ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1999; 3 (2): 18-26.

- 73.** Eski S. Myokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Bilim Uzmanlığı Tezi Ankara,1999.
- 74.** Erdem N. Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi Erzurum, 2000.
- 75.** Kim P, Warren S, Madill H, Hadley M. Quality of life of stroke survivors. Quality of Life Research. 1999; 8: 293-301.
- 76.** Armağan O, Taşçıoğlu F, Öner C. Strok Sonrası Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Fonksiyonel Durumda Zaman İçinde Meydana Gelen Değişikliklerin Değerlendirilmesi. Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi. 2003; 9 (2): 71-75.
- 77.** Suenkeler IH, Novak M, Kugler C, Schreiber W, Oertel WH, Back T. Timecourse of health-related quality of life as determined 3, 6 and 12 months after stroke. Relationship to neurological defecit, disability and depression. Journal of Neurology. 2002, 249 (9): 1160-1167.
- 78.** Bethoux F, Calmels P, Gautheron V. Changes In The Quality Of Life Of Hemiplegic Stroke Patients With Time: A Preliminary Report. American Journal Of Physical Medicine Rehabilitation. 1999; 78 (1): 19-23.
- 79.** Stuifbergen AK. The impact of chronic illness on families. Family and Community Health. 1987; 9 (4): 43-51.
- 80.** Bergner M. Quality of life, health status and clinical research. Medical care. 1989; 27(3):148-155.

81. Bosworth HB, Siegler IC, Olsen MK, Brummett BH, Barefoot JC, Williams RB, Channing NE, Mark DB. Social support quality of life in patients with coronary artery disease. *Quality of Life Research*. 2000; 9: 829-839.

EK-I

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1- Kaç yaşındasınız?

2- Cinsiyetiniz?

1) Kadın

2) Erkek

3- Medeni durumunuz?

1) Evli

2) Dul

4- Eğitim durumunuz nedir?

1) Okur yazar değil

2) Okur yazar/ilkokul

3) Ortaokul/ Lise ve dengi okul

5- Mesleğiniz nedir?

1) Ev hanımı

2) Emekli

3) Memur

4) Diğer(çiftçi, esnaf, işçi v.b)

6- Sosyal güvenceniz var mı?

1) Evet

2) Hayır

7- Aylık toplam geliriniz ne kadar?(tam rakam yazınız...)

8- İnme dışında başka bir hastalığınız var mı?

1) Evet

2) Hayır

9- Yerleşim yeriniz neresidir?

1) İl merkezi

2) İlçe

3) Köy

10- Aile tipimiz nedir?

1) Çekirdek aile

2) Geniş aile

11- Sizin bakımınızla ilgilenen biri var mı?

1) Evet

2) Hayır

12- (Evet ise) kim ilgileniyor?

1) Eş

2) Çocuklar (kızı, oğlu, gelini

13- (Evet ise) bakımınızla ilgilenen kişinin eğitim durumu nedir?

1) Okur- yazar değil

2) Okur- yazar/ilkokul

3) Ortaokul/ lise ve dengi okul

4) Yüksekokul/ fakülte

14- İnme tipi? (Kayıtlardan alınacak)

1) İskemik

2) Hemorajik

15- Ne kadar süredir bu sorunuz var?

1) 3- 9 ay

2) 10- 16 ay

3) 17- 23 ay

4) 24 ay ve üzeri

16- Beyin lezyon alanı? (Kayıtlardan alınacak)

1) Sol

2) Sağ

17- Bu sorunla ilgili herhangi bir operasyon geçirdiniz mi?

1) Evet

2) Hayır

EK-II

BARTHELL İNDEKSİ

Bağırsak Bakımı

0 = Inkontinans;

5 = Bazen kaçırma (haftada bir yada hiç) suppozituar koymak gibi yardıma ihtiyaç duyar.

10 = Kontinans;

Mesane Bakımı

0 = Inkontinans veya kateterli ve kontrol edemez

5 = Bazen tuvalete yetişemez, altına kaçıır

10 = Kontinans veya toplayıcı araç varsa bunu rahatlıkla idare edebilir.

Kendine Bakım

0 = Kişisel bakımında yardıma ihtiyaç duyar

5 = Yüzünü yıkar, saçını tarar, dişlerini fırçalar

Tuvalet Kullanımı

0 = Bağımlı

5 = Yardıma ihtiyaç duyar, ancak bazı hareketleri kendi yapabilir.

10 = Bağımsız (oturup kalkma, giyinme, tuvalet kağıdını kullanmada)

Beslenme

0 = Yapamaz

5 = Kesme veya yağ sürmede yardıma ihtiyaç duyar.

10 = Eğer yemek sağlanırsa bağımsız.

Tekerlekli Sandalye/Yatak Transferi

0 = Tamamen yatağa bağımlı

5 = Oturabilir ancak transfer için fazla yardım gerekir.

10 = Transfer için çok az yardım (sözle veya fiziksel) gerekir.

15 = Bağımsız

Mobilite

0 = Tekerlekli

5 = Tekerlekli sandalyede köşeler dahil bağımsızdır

10 = Bir kişinin yardımı ile yürüyebilir

15 = Bağımsız, ancak destek kullanılabilir

Giyinme

0 = Bağımlı

5 = Bazen yardıma ihtiyaç duyar

10 = Bağımsız giysilerde dahil bağımsız

Merdiven İnip Çıkma

0 = Yapamaz

5 = Yardıma ihtiyaç duyar (sözel/fiziksel)

10 = Bağımsız inip çıkabilir, ancak destek kullanabilir

Yıkanma

0 = Yardıma ihtiyacı vardır

5 = Bağımsızdır

EK-III.

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Bu anket sağlığını hakkındaki görüşlerinizi öğrenmek amacıyla hazırlanmıştır. Her soruya, uygun rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Soruyu nasıl cevaplandıracağınızdan emin olamıyorsanız, verebileceğiniz en uygun cevabı işaretleyin ve sorunun **sol tarafındaki boşluğa** bir açıklama yapın.

1. Genel olarak sağlığını

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda, şimdiki sağlığını genel olarak nasıl buluyorsunuz?

Bir yıl öncesinden çok daha iyi	1
Bir yıl öncesinden biraz daha iyi	2
Hemen hemen aynı	3
Bir yıl öncesinden biraz daha kötü	4
Bir yıl öncesinden çok daha kötü	5

SAĞLIĞINIZ VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

3. Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır.

Sağlığınız aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Eğer engelliyorsa, ne kadar engelliyor? (Her satırda uygun rakamı işaretleyiniz)

AKTİVİTELERİNİZ	Evet çok engelliyor	Evet biraz engelliyor	Hayır pek engellemiyor
a. Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi <u>büyük çaba gerektiren</u> aktivitelerde	1	2	3
b. Masayı, elektrik, süpürGESİNİ itmek gibi orta/hafif aktivitelerde	1	2	3
c. Paket veya çanta taşınırken	1	2	3
d. <u>Birkaç</u> kat merdiven çıkarken	1	2	3
e. <u>Bir</u> kat merdiven çıkarken	1	2	3
f. Eğilirken, çömelirken	1	2	3
g. Bir kilometreden fazla yürürken	1	2	3
h. Bir <u>kaç yüz</u> metre yürürken	1	2	3
i. Yüz metrelik bir <u>mesafeyi</u> yürürken	1	2	3
j. Giyinirken veya yıkanırken	1	2	3

4. Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde fiziksel sağlığınıza bağlı olarak, aşağıdaki problemlerin herhangi birinden şikayetçi oldunuz mu? (Evet ya da hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz).

	<u>EVET</u>	<u>HAYIR</u>
a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden <u>çalışma zamanınızı</u> azalttınız mı?	1	2
b. İşlerinizde <u>amaçladığınız daha az</u> mı verimli oldunuz?	1	2
c. İş ve aktivitelerinizi <u>zahmetsiz (kolay) olanlarla</u> sınırlandırdınız mı?	1	2
d. İş veya aktivitelerinizi gerçekleştirirken <u>zorluk çektiniz mi?</u> (örneğin ekstra çaba harcadınız mı?)	1	2

5. Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak, (örneğin sinirli veya stresli), aşağıdaki problemlerden herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Evet ya da hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak cevabınızı işaretleriniz).

	<u>EVET</u>	<u>HAYIR</u>
a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden <u>çalışma zamanınızı</u> azalttınız mı?	1	2
b. İşlerinizde <u>amaçladığınız daha az</u> mı verimli oldunuz?	1	2
c. İşlerinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden <u>daha az</u> dikkatli mi yaptınız?	1	2

6. Geçen 4 hafta boyunca, fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi? (Sadece bir rakamı işaretleriniz)

Pek etkilemedi	1
Çok az	2
Orta	3
Oldukça Aşırı	4

AĞRI

7. Geçen 4 hafta boyunca, vücudunuzda ne kadar ağrı oldu? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Hiç	1
Çok hafif	2
Hafif	3
Orta	4
Fazla	5
Çok fazla	6

8. Geçen 4 hafta boyunca, ne kadar ağır normal işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi? (Evde ve dışarıdaki işlerinizi dahil olmak üzere) (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Çok değil	1
Az	2
Orta	3
Oldukça fazla	4
Aşırı	5

DUYGULARINIZ

9. Bu sorular geçen ay boyunca, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır. Her soru için, size en uygun gelen seçeneği yuvarlak içine alın.

NE KADAR SÜRE

GEÇEN AY BOYUNCA		Her zaman	Çoğunlukla	Biraz fazla	Bazen	Çok az	Hiç
a.	Tam enerjik (zinde) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
b.	Çok sınırlı biriydiniz	1	2	3	4	5	6
c.	Hiçbir şeyin sizi neşelendireme-yeyeği kadar canınız sıkkındı	1	2	3	4	5	6
d.	Sakin ve huzurluydunuz	1	2	3	4	5	6
e.	Fazla enerjiniz vardı	1	2	3	4	5	6
f.	Moralsız ve kederli hissettiniz	1	2	3	4	5	6
g.	Çok yorgun (bitkin) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
h.	Hiç mutlu oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
ı.	Yorgun hissettiniz	1	2	3	4	5	6
j.	Sağlığınız akraba veya arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?	1	2	3	4	5	6

GENEL OLARAK SAĞLIĞINIZ

10. Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır?

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a. Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

EK- IV

SF-36 YAŞAM KALİTESİ SKALASININ PUANLAMASI

Çizelge 1. Fiziksel Fonksiyon Başlıkları ve Puanlanması

<u>Başlıklar</u>		
3a Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde		
3b Masayı, elektrik süpürgesini itmek gibi hafif/orta aktivitelerde		
3c Paket veya çanta taşırken		
3d Birkaç kat merdiven çıkarken		
3e Bir kat merdiven çıkarken		
3f Eğilirken, çömelirken		
3g Bir kilometreden fazla yürürken		
3h Birkaç yüz metre yürürken		
3i Yüz metrelik mesafeyi yürürken		
3j Giyinirken veya yıkanırken		
<u>Puanlama</u>		
<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
Evet çok engelliyor	1	1
Evet biraz engelliyor	2	2
Hayır hiç engellemiyor	3	3
<u>Skala Puanlaması:</u> Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanılır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Skala puanlarının hesaplanmasında, ilk değerlendirme puanlarının yeniden kodlanması gerekmez.		

Çizelge 2. Sosyal Fonksiyon Başlıkları ve Puanlanması

Başlıklar

9j Geçen ay boyunca sağlığınız, akraba ve arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi ne dereceye kadar sınırladı?

6 Geçen ay boyunca fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi?

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
9j		
Her zaman	1	1
Çoğunlukla	2	2
Biraz fazla	3	3
Bazen	4	4
Çok az	5	5
Hiç	6	6
6		
Pek etkilemedi	1	5
Çok az	2	4
Orta	3	3
Oldukça	4	2
Aşırı	5	1

Skala Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanılır. Bu skala pozitif puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Skala puanının hesaplanması, bir başlığın yeniden kodlanmasını gerektirir.

Çizelge 3. Fiziksel İşlev (Rol) Başlıkları ve Puanlanması

Başlıklar

- 4a İşinizde veya diğer aktivitelerinizde çalışma zamanınızı azalttınız mı?
- 4b İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?
- 4c İş veya diğer aktivitelerinizi zahmetsiz (kolay) olanlarla sınırladınız mı?
- 4d İş veya diğer aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi? (örneğin; ekstra çaba harcadınız mı?)

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
Evet,	1	0
Hayır	2	1

Skala Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanılır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Skala puanının hesaplanmasından önce, başlıkların yeniden kodlanmasını gerektirir.

Çizelge 4. Mental İşlev (Rol) Başlıkları ve Puanlanması

Başlıklar

5a Sağlık sorunları yüzünden işinizde veya diğer aktivitelerinizde çalışma zamanınızı azalttınız mı?

5b İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?

5c İşlerinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az mı dikkatli yaptınız?

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
Evet	1	0
Hayır	2	1

Skala Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanılır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Skala puanının hesaplanmasından önce, başlıkların yeniden kodlanması gerekir.

Çizelge 5. Mental Sağlık Başlıkları ve Puanlanması

Başlıklar

9b Çok sinirli biriydiniz

9c Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkıydı

9d Sakin ve huzurluydunuz

9f Moralsız ve kederli hissettiniz

9h Hiç mutlu oldunuz mu?

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
9d ve 9h		
Her zaman	1	6
Çoğunlukla	2	5
Biraz fazla	3	4
Bazen	4	3
Çok az	5	2
Hiç	6	1
9b, 9c, 9f		
Her zaman	1	1
Çoğunlukla	2	2
Biraz fazla	3	3
Bazen	4	4
Çok az	5	5
Hiç	6	6

Skala Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanılır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Skala puanının hesaplanmasından önce, 5 başlıktan ikisinin yeniden kodlanması gerekir.

Çizelge 6. Enerji(Zindelik)/Yorgunluk Başlıkları ve Puanlanması

Başlıklar

9a Tam enerjik (zinde) hissettiniz.

9e Fazla enerjiniz vardı.

9g Çok yorgun (bitkin) hissettiniz.

9i Yorgun hissettiniz hissettiniz.

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
9a ve 9e		
Her zaman	1	6
Çoğunlukla	2	5
Biraz fazla	3	4
Bazen	4	3
Çok az	5	2
Hiç	6	1
9g ve 9i		
Her zaman	1	1
Çoğunlukla	2	2
Biraz fazla	3	3
Bazen	4	4
Çok az	5	5
Hiç	6	6

Skala Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanılır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Skala puanının hesaplanmasından önce, 4 başlıktan ikisinin yeniden kodlanması gerekir.

Çizelge 7. Ağrı Başlıkları ve Puanlanması

Başlıklar

7 Geçen bir ay boyunca vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

8 Geçen bir ay boyunca ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza (ev ve ev dışındaki işleriniz dahil) olumsuz etki gösterdi?

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
--------------------------	--------------------------	---------------------

7

Hiç	1	6
Çok hafif	2	5
Hafif	3	4
Orta	4	3
Fazla	5	2
Çok fazla	6	1

8

Çok değil	1	5
Az	2	4
Orta	3	3
Oldukça fazla	4	2
Aşırı	5	1

Skala Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanılır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Skala puanının hesaplanmasından önce, her iki başlığın yeniden kodlanması gerekir.

Çizelge 8. Genel Sağlık Anlayışı Başlıkları ve Puanlanması

Başlıklar

- 1 Genelde sağlığınız için ne söyleyebilirsiniz
10a Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim
10b Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım
10c Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum
10d Sağlığım mükemmel

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
1		
Mükemmel	1	5
Çok iyi	2	4
İyi	3	3
Orta	4	2
Kötü	5	1
10a ve 10c		
Kesinlikle doğru	1	1
Çoğunlukla doğru	2	2
Emin değilim	3	3
Çoğunlukla yanlış	4	4
Kesinlikle yanlış	5	5
10b ve 10d		
Kesinlikle doğru	1	5
Çoğunlukla doğru	2	4
Emin değilim	3	3
Çoğunlukla yanlış	4	2
Kesinlikle yanlış	5	1

Skala Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanılır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Skala puanının hesaplanmasından önce, 5 başlıktan üçünün yeniden kodlanması gerekir.

Çizelge 9.Geçen Yıl Süresince Sağlıktaki Değişmeler ve Puanlanması

Başlıklar

2 Geçen yıl ile karşılaştırdığınızda şimdiki sağlığınıza nasıl buluyorsunuz?

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
Geçen yıldan çok daha iyi	1	5
Geçen yıldan biraz daha iyi	2	4
Hemen hemen aynı	3	3
Geçen yıldan biraz daha kötü	4	2
Geçen yıldan çok daha kötü	5	1

Skala Puanlaması: Bu skala tek başlıklıdır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanılır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerler ölçekte basılı durumdadır. Skala puanının hesaplanmasından önce, tek başlığın yeniden kodlanması gerekir.

Çizelge 10. Yeniden Kodlanmış Değerlerin Kaydedilmesinden Sonra SF-36' nın Her Bir Alt Başlığının Son Puanlanması ve Değerlendirilmesi

Skala Adı	Toplam Başlık Puanı (Tablo2 ve 9'daki puanlamadan sonra)	Beklenen (olası) en düşük ve en yüksek puan	Olası Puan
Fiziksel Fonksiyon	$3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j$	10-30	20
Sosyal Fonksiyon	$6+9j$	2-11	9
Rol Fonksiyonu (Fiziksel)	$4a+4b+4c+4d$	0-4	4
Rol Fonksiyonu (Emosyonel)	$5a+5b+5c$	0-3	3
Mental Sağlık	$9b+9c+9d+9f+9h$	5-30	25
Zindelik/Yorgunluk	$9a+9e+9g+9i$	4-24	20
Ağrı	$7+8$	2-11	9
Genel SağlıkAnlayış	$1+10a+10b+10c+10d$	5-25	20
Geçen Yıl Süresince Sağıktaki Değişiklik	2	1-5	4

EK-V

AİLEDEN ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (ASD/AL)

YÖNERGE: Aşağıda, çoğu insanın ailesiyle ilişkilerinde yaşadıkları duygu ve deneyimlerini yansıtan ifadeler verilmiştir. Her ifade için: **EVET, HAYIR ve BİLMİYORUM** olmak üzere üç yanıt vardır. Lütfen, her ifadeyi okuyarak, duygularınızı yansıtan cevabı her bir ifadenin önündeki karelerden uygun birinin içine (x) koyarak belirtiniz.

	EVET	HAYIR	BİLMİYORUM
1. Ailem bana gereğince manevi destek olur.	()	()	()
2. Neyi nasıl yapacağım konusunda ailemden faydalı öğütler alırım.	()	()	()
3. Pek çok insan ailesine benim aileme olduğumdan daha yakındır.	()	()	()
4. Ailemde kendime yakın hissettiğim kişilere bir derdimi açtığımda bunun onları rahatsız ettiği fikrine kapılıyorum.	()	()	()
5. Ailem fikirlerimi duymaktan hoşlanır.	()	()	()
6. Ailemdeki kişilerle ilgi alanlarımız büyük ölçüde çakışır.	()	()	()
7. Ailemdeki bazı kişilerin sorunları olduğunda veya danışmak amacıyla bana başvurular.	()	()	()
8. Ailemin duygusal desteğine güvenirim.	()	()	()
9. Ailemde, bir derdim olduğu zaman	()	()	()

sonradan komik kaçacağını düşünmeden

gidebileceğim bir kişi var.

10. Ailemle çeşitli konulardaki düşüncelerimizi () () ()

birbirimize açık açık söyleriz.

11. Ailem benim kişisel gereksinimlerime karşı () () ()

duyarlıdır.

12. Ailemdeki kişiler duygusal desteğe () () ()

ihtiyaçları olduğunda bana başvururlar.

13. Ailem sorunlarımı çözmede bana yardımcı () () ()

olurlar.

14. Bazı aile fertleriyle aramda karşılıklı derin () () ()

bir ilişki vardır.

15. Ailemdeki kişiler neyi nasıl yapacakları () () ()

konusunda benden faydalı fikirler edinirler.

16. Ailemdeki kişilere sırlarımı açmak beni () () ()

rahatsız eder.

17. Aile fertleri tarafından aranan biriyimdir. () () ()

18. Ailem problemlerini çözmede onlara () () ()

yardımcı olduğumu düşündüklerini

sanıyorum.

19. Ailemdeki hiç kimseyle diğer insanların () () ()

ailesindeki kişilerle olan ilişkisi kadar, yakın

bir ilişkim yok.

20. Ailemin çok daha farklı olmasını isterdim. () () ()