



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**İNME Lİ HASTALARIN ÖZ BAKIM GÜCÜ İLE YAŞAM
KALİTESİ VE YAŞAM DOYUMU ARASINDAKİ İLİŞKİ**

EYLEM ERZURUMLU

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ESRA KÖROĞLU ÇAMDEVİREN

İSTANBUL-2018

TEŞEKKÜR

Tezimin her aŐamasında tecrübelerini paylaşarak beni teŐvik eden ve yol gÖsteren çok değerli hocam ve tez danıŐmanım Dr. Öğr. Üyesi Esra KÖroğlu amdeviren'e, yüksek lisansım süresince değerli bilgilerini aktararak ufkumu açan Medipol Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programının tüm hocalarına, tez çalıŐmamı yaparken saha araŐtırmalarımnda beni destekleyen Kağıthane Devlet Hastanesi NÖroloji Uzmanları Sayın Mehmet Ali Kutlu ve Őükrü Tan'a, NÖroloji poliklinik sekreteri Havva TÖlek'e, çalışmamda desteğini eksik etmeyen Kağıthane Devlet Hastanesi Yoğun Bakım ekibine, anneme, babama, kardeŐime, ablam Alev Erzurumlu'ya, arkadaŐlarıma ve manevi kardeŐim Ömer Yaman'a teŐekkÖr ederim.

Saygılarımla.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

TEZ ONAY FORMU	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
KISALTMALAR ve SİMGELER LİSTESİ	vi
TABLolar LİSTESİ	vii
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	9
4.1. İnme (Serebrovasküler Olay) ve Hemşirelik Bakımı	9
4.2 Öz Bakım Gücü	11
4.3 Yaşam Kalitesi	13
4.4 Yaşam Doyumu	15
5. MATERYAL ve METOD	17
5.1 Araştırmanın Amacı ve Türü	17
5.2 Araştırma Soruları	17
5.3 Araştırmanın Yeri ve Zamanı	17
5.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
5.5 Veri Toplama Araçları	18
5.6 Uygulama	20
5.7 Verilerin Değerlendirilmesi	21
5.8 Araştırmanın Etik Yönü	21
5.9 Araştırmanın Sınırlılıkları	22
6. BULGULAR.....	23
7. TARTIŞMA	54
7.1. Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özellikler Ait Bulguların Tartışması	54

7.2. Hastalığın Neden Olduğu Fiziksel ve Bilişsel Sorunlara Ait Bulguların Tartışması	56
7.3 Hastalığın Neden Olduğu Sosyal Sorunlara Ait Bulguların Tartışması	56
7.4. Öz Bakım Gücü Ölçeği, Yaşam Doyum Ölçeği ve Nottingham Sağlık Profili Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Dağılımına Ait Bulguların Tartışması	57
7.5 Sosyodemografik Özelliklere Göre Öz Bakım Gücü Ölçeği, Yaşam Doyum Ölçeği ve Nottingham Sağlık Profili Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımına Ait Bulguların Tartışması	58
7.6 Öz Bakım Gücü Ölçeğinin, Yaşam Doyum Ölçeği ve Nottingham Sağlık Profili Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları Üzerine Etkisine Ait Bulguların Tartışması	62
8. SONUÇ ve ÖNERİLER	64
9. KAYNAKLAR	68
10. EKLER.....	76
11. ETİK KURUL ONAYI	88
12. ÖZGEÇMİŞ	91

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

ÇSGB: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

DSK: Dünya Sağlık Kongresi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KHK: Kanun Hükmünde Kararname

NSP: Nottingham Sağlık Profili

ÖBGÖ: Öz Bakım Gücü Ölçeği

SB: Sağlık Bakanlığı

SVH: Serebrovasküler Hastalık

TTB: Türk Tabipler Birliği

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

YDÖ: Yaşam Doyum Ölçeği

TABLULAR LİSTESİ

Sayfa No:

Tablo 4.1: Beynin Etkilenen Alanına Göre İnme Belirti ve Bulguları	9
Tablo 6.1: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Ait Bulgular	23
Tablo 6.2: Hastalık Özelliklerine Ait Bulgular	24
Tablo 6.3: Hastalığın Neden Olduğu Fiziksel ve Bilişsel Sorunlar	25
Tablo 6.4: Hastalığın Neden Olduğu Sosyal Sorunlar	26
Tablo 6.5: Yaşam Doyum, Öz Bakım Gücü ve Nottingham Sağlık Profili Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı	26
Tablo 6.6: Sosyodemografik Özelliklere Göre Öz Bakım Gücü, Yaşam Doyum ve Nottingham Sağlık Profili Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı	28
Tablo 6.7: Hastalık Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü, Yaşam Doyum ve Nottingham Sağlık Profili Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları	38
Tablo 6.8: Hastalığın Neden Olduğu Fiziksel ve Bilişsel Sorunlara Göre Öz Bakım Gücü, Yaşam Doyum, Nottingham Sağlık Profili Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	41
Tablo 6.9: Hastalığın Neden Olduğu Sosyal Sorunlara Göre Öz Bakım Gücü, Yaşam Doyum ve Nottingham Sağlık Profili Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanların Karşılaştırılması	47
Tablo 6.10: Öz Bakım Gücü, Yaşam Doyum ve Nottingham Sağlık Profili Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanları Arasındaki İlişki	49
Tablo 6.11: Öz Bakım Gücü Ölçeği Toplam Puanının Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puanı Üzerine Etkisi	50
Tablo 6.12: Öz Bakım Gücü Ölçeği Toplam Puanının Nottingham Sağlık Profili Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları Üzerine Etkisi	51

1. ÖZET

İNME Lİ HASTALARIN ÖZ BAKIM GÜCÜ İLE YAŞAM KALİTESİ VE YAŞAM DOYUMU ARASINDAKİ İLİŞKİ

Çalışmamızın amacı inmeli hastaların Öz Bakım Gücü ile yaşam kalitesi ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi saptamaktır. Çalışmamız İstanbul'da ikisi eğitim araştırma, biri devlet hastanesi olan hastanelerin Nöroloji klinik ve polikliniklerine 1 Ağustos 2016 - 31 Temmuz 2017 tarihleri arasında başvuran, çalışma kriterlerimize uygun inme geçirmiş 167 hasta ile gerçekleştirildi. Hastalara Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu, Öz Bakım Gücü, Nottingham Sağlık Profili ve Yaşam Doyum Ölçeği uygulandı. Çalışmamız %58,1'i (n=97) kadın, %41,9'u (n=70) erkek toplam 167 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Hastaların yaşları ortalamasının $71,80 \pm 10,73$, %54,5'inin (n=91) evli, %35,3'ü (n=59) eşiyile yaşadığı, %55,1'inin ev hanımı, %40,7'sinin emekli, %56,9'unun ilköğretim mezunu, %52,7'sinin orta, %45,5'inin de kötü gelir düzeyine sahip olduğu görüldü. Hastalarda inmeye ek olarak %85,9 oranında kardiyovasküler, %48,7 oranında endokrin sistem hastalığı olduğu saptandı. Hastaların Öz Bakım Gücü ile yaşam kalitesi ve yaşam doyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu, Öz Bakım Gücü puanı arttıkça, NSP ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının düşmekte, Yaşam Doyum Ölçeği puanının ise artmakta olduğu gözlenmiştir ($p < 0,01$). Çalışmamızda inmeli hastaların öz bakım gücü düzeylerinin, yaşam kalitesi ve yaşam doyumu üzerinde etkili olduğu bulundu. Bu nedenle inmeli hastalara öz bakım gücünü arttıracak hemşirelik girişimlerinde bulunulması gerekmektedir. Çalışmamızda hastaların hemşirelerden yeterli eğitimi almadıkları, bu nedenle de öz bakım gücünü arttırmaya yönelik faaliyetler konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadıkları saptandı. Bu veriler ışığında inmeli hastalarla çalışan hemşirelerin Orem tarafından geliştirilen Öz Bakım Kuramı doğrultusunda hastalarına bakım planlamaları ve uygulamaları gerektiği, böylece hastaların Öz Bakım Gücü ile doğru orantılı olarak yaşam kalitelerinin ve yaşam doyumlarının artırılabilceğini düşünölmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: İnme, Öz Bakım Gücü, Serebrovasküler Hastalık, Yaşam Doyumu, Yaşam Kalitesi

2. ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF-CARE AGENCY OF STROKE PATIENTS AND THEIR LIFE QUALITY AND LIFE SATISFACTION

The objective of our study is to determine the relationship between self-care agency of stroke patients and their life style and life satisfaction. Our study was carried out by applying Data Collection Form for Socio-Demographic and Disease Characteristics, Self-Care Agency Scale, Nottingham Health Profile and Life Satisfaction Scale to the stroke patients matching our criteria and applying to the Neurology Clinics and Polyclinics between the dates August 1, 2016 and July 31, 2017. Our study was carried out with 167 patients, 58.1% (n = 97) female and 41.9% (n = 70) male. It is deduced that the age average of the patients was $71,80 \pm 10,73$, those patients' 54,5% (n = 91) were married, 35,3% (n = 59) were living with his/her partner, 55,1% were housewives, 40% were retired, 56.9% were primary school graduates, 52.7% were middle school graduates and 45.5% had low-income levels. The patients were found to have 85.9% cardiovascular and 48.7% endocrine system diseases besides the stroke. There was a statistically significant relationship between self-care agency, life quality and life satisfaction of the patients. As the Self-care Agency score increased, the Nottingham Health Profile scale decreased in total and subscale scores, while the Life Satisfaction Scale score increased ($p < 0,01$). In our study, self-care agency levels of stroke patients were found to have a positive impact on the life quality and life satisfaction. Self-care agency affects the life quality and life satisfaction of the patients and nursing interventions that increase the self-care agency of the stroke patients are needed. In our study, it was determined that the patients did not have enough training from the nurses and therefore they did not have enough knowledge and skills about the activities to increase self-care agency. In the view of such information, we think that nurses working with stroke patients should plan and apply care to their patients in the direction of Self-Care Theory was developed by Orem. Thus, the life quality and life satisfaction of stroke patients can be increased in proportion to patients' self-care agency.

KeyWords: Stroke, Self-Care Agency, Cerebrovascular Disease, Life Satisfaction, Life Quality.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Serebrovasküler hastalıklar, geçici ya da kalıcı olabilen, beyin damarları ile ilgili tüm sorunları kapsayan, geniş bir sinir sistemi hastalıkları grubu olarak tanımlanmaktadır. Serebrovasküler hastalıklar arasında en sık görülen ve en tehlikeli olan ise inmedir (1). İnmede, beyin damarlarının tıkanma ya da kanaması sonucu merkezi sinir sistemine ilişkin bilişsel, duyuşsal, motor ve emosyonel fonksiyonlarda bozulma oluşmaktadır (2).

Ülkemizde serebrovasküler hastalıklar toplam ölümlerin %15.2'sini kapsamakta ve ölüm nedenleri içerisinde ikinci sırada yer almaktadır. Sakatlık yapma oranına bakıldığında ise %5,9 oranıyla üçüncü sırada geldiği görülmektedir (3). İnme ile ilgili ise Türkiye'de kapsamlı istatistikler bulunmamakla birlikte, Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2012 yılında yayınladığı sağlık araştırmasında 15 yaş üzeri kişilerden %0,9'unda hemorojik ya da iskemik kökenli inme ya da felç olduğu belirtilmektedir (4). Sağlık Bakanlığı'nın 2011 yılında 81 ilden veri toplayarak hazırladığı ve 2013 yılında yayınladığı Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı üzerine hastaların beyanlarına dayanarak yaptığı bir çalışmada, 75 yaş üzeri erkeklerde %7,7, 65-75 yaş arası erkeklerde %4,3 oranında inme görüldüğü bulunmuştur. 75 yaş üzeri kadınlarda %8,6, 65-75 yaş arası kadınlarda ise %3,7 oranında inme varlığı tespit edilmiştir (5). Aynı çalışmada Türkiye'de ölüm nedenleri incelendiğinde kadınlarda %7,2, erkeklerde ise %5 oranı ile inmenin üçüncü sırada yer aldığı tespit edilmiştir (5).

İnme yalnızca ülkemizin değil, tüm dünya ülkelerinin sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. İnme dünyada da ölüm nedenleri arasında 3. sırada yer almakta, sakatlık yapma nedenleri arasında başta gelmektedir (6). DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü)' nün 2002 yılında yayınladığı Dünya Sağlık Raporu'na göre her yıl 15 milyon insan inme yaşamakta olup bunların 5 milyonu ölmekte ve 5 milyonu ise sakat kalmaktadır (7). Feigin ve arkadaşlarının 2017 yılında yayınlanan Global İnme Yükü konulu çalışmasında 1990-2013 yılları arasında inme hastalığının gösterdiği değişiklikler analiz edilmiştir. 2013 yılında ise ölüm nedeni olarak inmenin, dünyada iskemik kalp hastalığından sonra %11,8 oranı ile ikinci sırada yer aldığı, %4,5 oranı ile sakatlığa yol açan en yaygın üçüncü hastalık olduğu bulunmuştur (8). İnme ile ilgili 1950 ve 2008 yılları arasındaki yapılmış ve İngilizce olarak yayınlanmış tüm çalışmalar

incelenerek gerçekleştirilen, toplam 56 ülkenin araştırmalarının dahil edildiği bir başka çalışmanın sonuçları gelişmiş ülkelerdeki yıllık inme görülme sıklığının % 1,1'lik düştüğü ancak gelişmemiş ülkelerin yıllık inme insidansının % 5,3 oranında arttığını göstermektedir. Bu çalışmaya göre, damar tıkanıklığına bağlı inme görülme sıklığı gelişmiş ülkelerde 70/100.000, gelişmemiş ülkelerde ise 67/100.000 olarak bulunmuştur (9). Avrupa'da 2002 yılı verilerine göre, her yıl yaklaşık olarak 650000 kişi inme nedeniyle hayatını kaybetmektedir (7). Amerika'ya ilişkin verilerde de 2000-2010 yılları arasında yapılan çalışmalarda inme ile ilişkili ölüm oranının %35,8 olduğu, her yıl 800000 kişinin inme yaşadığı, ortalama her 40 saniyede bir kişinin inme geçirdiği (9) ve neredeyse hayatta olan 6 milyon inmeli hastanın olduğu bildirilmektedir (10). Ayrıca 2012 yılında inmeye bağlı sağlık bakımı masrafının 71,6 milyar dolar olduğu saptanmış olup 2030 yılına kadar bu harcamanın 184,1 milyar dolara çıkacağı n görülmektedir (11). Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalar, gelişen teknoloji ve uzayan yaşam süresi de göz önüne alındığında serebrovasküler hastalıkların ve inmenin ilerleyen yıllarda daha da artış göstereceği tahmin edilmektedir (12).

İnmenin lkemizde ve dünyada ölüm nedenleri arasında st sıralarda, sakatlık ve engellilik yapmada ise ilk sırada yer alması, meydana getirdiği kalıcı fiziksel, bilişsel, fonksiyonel, psikolojik sorunlar ile kişilerin uzun süre bakıma gereksinim duymalarına yol aması, hem birey, hem bakım vericiler, hem de toplum için büyük bir yük oluşturmaktadır (5,13). İne, bireyin bağımsızlığını, yaşam kalitesini ve öz bakım gücünü doğrudan etkilemektedir (13).

z bakım bireylerin yaşamlarını ve sağlıklı olma durumlarını sürdürmek için başlattıkları ve gerçekleştirdikleri aktiviteleri içermekte olup, temel insani gereksinimleri ifade etmektedir (12). İnsan çok boyutlu bir yapıya sahiptir ve sahip olduğu bu boyutların her birine yönelik farklı ihtiyaçları vardır. Bireyin fiziksel, duysal, duygusal, sosyolojik özelliklerine göre şekillenen beklentileri ve bakış açısı bireye özgü öz bakım ihtiyaçları oluşturmaktadır (14,15,16). Bu nedenle bireylerin temel yaşam aktivitelerini karşılayabilmesi ve ihtiyaç duyduğu bakımı gerçekleştirebilmesi için öz bakım gücüne sahip olması gerekmektedir (14). Ancak bireyin yaşantısı boyunca bazı istenmedik sorunlarla karşılaşması, öz bakım gücünü olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Özellikle hastalık ve sakatlık durumları bireyin

öz bakım gücünün azalmasına ya da tamamen yok olmasına, dolayısıyla öz bakımını sağlayabilmesi için başkalarına bağımlı olmasına yol açabilmektedir (17,18). Bireylerin öz bakım gücünün azalmasıyla temel yaşam aktivitelerini yeteri kadar yerine getirebilmesi mümkün olmamakta, bu durumda bireyin yaşam kalitesi ve yaşam doyumu da azalmaktadır. Yaşam kalitesi ve yaşam doyumu azalan bireylerin de hayata bakışı olumsuz olarak etkilenmekte ve umutsuzluk, depresyon, öfke gibi psikolojik sorunlar ortaya çıkabilmektedir (18,19,20).

Ülkemizde inmenin Öz Bakım Gücü üzerine etkisine dair çalışmaya rastlanılmamakla birlikte yaşlı ve kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım gücünün değerlendirildiği çeşitli araştırmalar bulunmaktadır. Pınar ve ark. 2016 yılında huzurevinde yaşayan yaşlılar üzerine yaptığı çalışmada, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilen yaşlıların öz bakım güçlerinin, gerçekleştiremeyenlere oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (21). Erci ve ark. yaşlı bireylerde yaşam doyumu ve öz bakım gücünü araştırdığı çalışmasında, yaşlanmanın bireylerdeki Öz Bakım Gücü puanını düşürdüğü ve bunun nedeninin yaşlanma ile birlikte bireyin kendi ihtiyaçlarını karşılayamaması, başkalarına bağımlı hale gelmesi olabileceği belirtilmiştir (22). Başka bir çalışmada sağlık ve işlevsellik boyutlarının öz bakım gücüne etkisi incelenmiş ve işlevselliği yüksek olan hastaların Öz Bakım Gücü puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (23). Bir araştırmada da fiziksel fonksiyonu yüksek hastaların öz bakım güçlerinin daha yüksek olduğu ve aralarında pozitif yönde anlamlı bir istatistiksel ilişki olduğu bulunmuştur (24).

Yaşam kalitesi genel anlamda kişinin yaşamından memnun olması olarak açıklanıp (25) sağlıklı olmak, bağımsız olmak, bedenen aktif, huzur ve mutluluk içinde olmak, ekonomik bağımsızlık ve özgürce dinlenebilmek olarak tanımlanabilmektedir (5,6,7). Tıbbi anlamda yaşam kalitesi ise bireyin daha çok işlevsel olarak durumuyla ilgilidir (25). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşam kalitesini kişilerin yaşamı algılama şekli ve kendi yaşamlarından memnuniyetleri olarak değerlendirmektedir. DSÖ'nün yaşam kalitesi kavramında bireyin fiziksel iyilik durumunu, psikolojik durumunu, bağımsızlık düzeyini, sosyal ilişkilerini, çevresel özellikleri ve maneviyatını içeren geniş bir alan bulunmaktadır (26). İnme gibi kronik hastalıklarda, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yapamaması, öz bakım güçlükleri, hastalık bulguları, tedavi süresinin uzun olması, hastaneye tekrarlı

yatışlar, tıbbi bir cihaza bağlı olma, günde birkaç kez ilaç alma, alınan ilaçların yan etkileri gibi faktörler hastaların fiziksel ve psikolojik iyilik halinde bozulmalara yol açabilmektedir (4,5). Şenocak ve ark. 2008 yılında yaptıkları araştırmada inme sonrası yaşam kalitesi değerlendirilmiş, araştırma sonucu olarak engellilik durumunun hastaların yaşam kalitelerini düşürdüğü ve fonksiyonel bağımsızlık düzeyinin arttırılmasının yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği ortaya çıkmıştır (2). Bir derleme çalışmasında incelenen araştırmalar inme sonrası yaşam kalitesinin kötü yönde etkilendiği sonucunu ortaya koymaktadır (27). İnmeli hastalarda yaşam kalitesinin düşük olduğunu ortaya koyan başka çalışmalar da bulunmaktadır (2,27). Gürçay ve ark. 2009 yılında yayınlanan inmeli hastaların sağlığa ilişkin yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi çalışmasında fonksiyonel durumun, sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ile arasında güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (28). Topçu ve ark. yaptığı çalışmada inme sonrasında vücudunun herhangi bir yerini kullanamayan ve kullanamamanın süreklilik gösterdiği hastalarda her alanda yaşam kalitesi düşük bulunmuştur (29). Diğer çalışmalar incelendiğinde, inmeli hastaların enstrümental günlük yaşam aktiviteler düzeyi arttıkça hastalığa ilişkin yaşam kalitesi düzeyinin de anlamlı derecede yükseldiği saptanmıştır (30). Öz bakım gücünün yüksek düzeyde olması, kişinin yaşam kalitesini de olumlu olarak etkilemektedir (20).

Yaşam doyumu, kişinin hayattan beklentisini ve bu beklentilere ulaşabilme düzeyini ifade etmektedir. Bireyin beklentileri ve yaşanmışlıkları birbirleriyle örtüştüğü oranda mutlu ve yaşam doyumlarının yüksek olduğu bilinmektedir (11). Mierlo ve arkadaşlarının 2015 yılında yayınlanmış olan çalışmasında inmeli hastalar 2. Ayda ve 2. Yılda değerlendirilmiş ve hastalığın bilişsel durumunun yaşam doyumu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkili olduğu ve bu nedenle de rehabilitasyon hizmetlerinin önemli olduğu vurgulanmıştır (31). Abzhandadze ve arkadaşlarının 2017 yılında yayınlanan makalesinde de inmeli hastalar ve normal hastaların yaşam doyumları karşılaştırılmış ve inmeli hastaların yaşam doyumlarının normal bireylere göre anlamlı oranda daha düşük olduğu saptanmıştır (32). Ostwald'ın araştırmasında, inmeli hastaların inme geçirdikten sonraki 12. ve 24. aydaki yaşam doyumları incelenmiş, hastaların 24. ayda yaşam doyumlarının düştüğü saptanmıştır. (33). Yaşam doyumu ve inme araştırmalarının analiz edildiği bir derleme çalışmasının sonucunda, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılığın,

engelliliğin, inme sonrası depresyonun, motor fonksiyonlarda bozulmanın, afazinin, çalışamamanın, öz yeterlilik ve öz denetim kabiliyetinin azalmasının, yaşam doyumunda düşme ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (34). Literatürde inmeli hastaların yaşam doyumları üzerine yapılan çalışmaların oldukça sınırlı sayıda olması ile birlikte yaşlı hastalar üzerine yapılmış çeşitli yaşam doyumunu çalışmaları da bulunmaktadır (35). Yaşlı hastalar üzerinde yaşam doyumunun incelenmesi, inmeli hastaların yaşam doyumunu hakkında bize fikir vermektedir çünkü yapılan çalışmalar en çok yaşlı hasta grubunda inme görüldüğünü belirtmektedir (36). Yaşlı bireylerin yaşam doyumlarının fiziksel aktivite ve fiziksel bağımsızlık düzeyleriyle yakından ilişkili olduğu ve fonksiyonel bağımsızlık düzeyleri yüksek olan yaşlılarda, yaşam doyumunun daha yüksek olduğu görülmüştür (35) İnme de kişilerin fiziksel fonksiyonlarını etkileyen ve sakatlığa neden olan bir hastalıktır (29). Genel olarak yaşlı bireylerin yaşam doyumunu ile ilgili çalışmaların analizini yapan bir çalışmada, yaşlılarda yaşam doyumunun daha düşük olduğu saptanmıştır (37).

Literatürde inmeli hastaların öz bakım gücünün, yaşam doyumuna ve yaşam kalitesi üzerine etkisini inceleyen çalışmaya rastlanılmamıştır. Ancak inme sonrası bireylerin öz bakım ve öz yeterliliğinin yaşam kalitesi ve depresyon ile ilişkili olduğu ortaya koyan bir çalışma bulunmaktadır (12). Bununla beraber huzurevinde yaşayan yaşlıların Öz Bakım Gücü ve yaşam doyumları arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar mevcuttur (21,22,38,39,40). Aydın, Bakış ve Özer'in yaptıkları çalışmalarında huzurevinde yaşayan yaşlıların Öz Bakım Gücü ile yaşam doyumları arasında pozitif bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Bu çalışmalarda da Öz Bakım Gücü yüksek yaşlıların, yaşam doyumlarının da yüksek olduğu görülmüştür (38,39,40). Şenocak ve ark. inme sonrasında yaşam kalitesini etkileyen faktörleri analiz ettiği çalışmasında engellilik durumunun, yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediği ortaya konmuştur (13). Birtane ve ark. inme sonrası yaşam kalitesi üzerine yapılan çalışmaları analiz ettiği araştırmasında, inmeli hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirtilmiştir (27). Smith ve ark. 2000 yılında yayınlanan araştırmasında inmeden sonra hastalarda görülen depresyon, öz bakım ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmiş ve hastalarda inmeden sonra depresyonun yaygın şekilde görüldüğü ve bunun yaşam kalitesini ve öz bakım gücünü olumsuz olarak etkilediği saptanmıştır (12).

Hemşireliğin ilgi alanı bireyin sağlığının ve yaşamının devamı, hastalıklardan ve sakatlıklardan kurtulması, hastalık ve sakatlığın olumsuz etkileri ile baş edebilmesi, bireysel bakımını üstlenebilmesi için duyduğu gereksinimlerin karşılanması üzerinde yoğunlaşmaktadır (3). Dolayısıyla öz bakımı gerçekleştirmede yetersizlik ve hemşirelik sistemleri birbirleriyle ilişkilidir. Hemşirelik sistemleri bireyin gereksinimlerini önceden tahmin edebilme ve varsayım yaklaşımıyla bütünleşmiştir (3). Bireyin ihtiyaçı olan eğitimin, bakımın ve desteğin sağlanması, mümkün olan en kısa sürede kendi öz bakımını ve ihtiyaçlarını yerine getirebilecek düzeye ulaşabilmesi sağlanmalıdır (41,42).

Bu çalışmanın amacı, inmeli hastaların öz bakım gücünün belirlenmesi, Öz Bakım Gücü ile yaşam kalitesi ve yaşam doyumunu arasındaki ilişkinin saptanmasıdır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1 İnme (Serebrovasküler Olay) ve Hemşirelik Bakımı

İnme, beyin damarlarının tıkanması ya da hemoraji nedeniyle beyine giden kan akımının bozulması sonucu oluşan bir sinir sistemi hastalığıdır. Nörolojik hasarın boyutu kanlanamayan beyin dokusunun oksijen ihtiyacına, bölgenin yerine ya da kanama gerçekleşiyse şiddetine bağlı olarak değişmektedir (43,44,45).

Beyin dokusuna kan desteğinin herhangi bir nedenden dolayı kesilmesi sonucu iskemi oluşmakta ve bu iskeminin uzaması durumunda beyin hücreleri ölmektedir. Hastalarda inme ile birlikte serebral hipoksi ve nöron hücre ölümü görülmekte ve beyin dokusunda hasar meydana gelmektedir (43,44,45).

İnme, iskemik ve hemorajik olmak üzere iki tipte görülebilmektedir. İskemik inme, tüm inmelerin %85'lik kısmını oluşturmaktadır. Beyin arterlerinden birinin bir kan pıhtısıyla tıkanması sonucu, beyine giden kan akımı bozulmakta ve beyin hasarı meydana gelmektedir. Genellikle yüksek düzeyde kolesterole bağlı arter damar duvarında oluşan ateroskleroz iskemin inmenin en önemli nedeni olarak görülmektedir (43,44,45).

Hemorajik inme, kan damarının rüptüre olması sonucu gelişir. Genellikle kontrol altına alınamamış hipertansiyon, damarların rüptüre olmasına neden olmaktadır (43,44,45).

Tablo 1: Beynin Etkilenen Alanına Göre İnme Belirti ve Bulguları (44)

Beynin sağ yarısı	Beynin sol yarısı
Sol tarafta paralizi ya da güçsüzlük	Sağ tarafta paralizi ya da güçsüzlük
Sol taraf görme alanında bozulma	Sağ taraf görme alanında bozulma
Uzaysal-algisal bozulma	Sol beyin yarısı dominantse afazi
Davranış biçimi: Çabuk ve ani davranışlar ve karar verme güçlüğü	Davranış biçimi: yavaş ve dikkatli
Bellek bozukluğu: performans ile ilgili	Entelektüel yeteneklerde değişiklik
Yetersizliklerin farkında olma güçlüğü	Yetersizliklere bağlı gerginlik ve depresyon

Yukarıda verilen tabloda görüldüğü gibi inme sonucu, bütün vücut fonksiyonlarını koordine eden santral sinir sisteminin en önemli organı olan beyin hasar görmektedir. İnmenin akut fazında kişinin yaşamsal fonksiyonlarını sürdürebilmesi ilk amaçtır ve hemşirelik bakımı buna yönelik olarak sürdürülmektedir. Akut faz sonrası kişinin durumu stabil duruma geldiğinde vücutta kalan hasara yönelik rehabilite edici ve bakımın sürdürülmesine yönelik işlemler yapılmalıdır (44).

Hemşirelik bakımı şunları içermektedir:

- ❖ Hastanın yaşamsal bulguları sık sık takip edilmeli, iyi değerlendirilmeli ve kaydedilmelidir.
- ❖ Glaskow Koma Skalası gibi uygun ölçekler kullanılarak hastanın nörolojik durumu değerlendirilmeli ve değişiklikleri kaydedilmelidir.
- ❖ Yutma refleksi değerlendirilinceye kadar hastaya ağızdan herhangi bir şey verilmemelidir.
- ❖ Hasta olası nöbet, motor ve görme defisitleri nedeniyle yaralanmalara karşı korunmalıdır.
- ❖ Hareketsizliğe ve inkontinansa bağlı bası yarası oluşumu önlenmeli ve hasta bakımı sık aralıklarla yapılarak olası bir enfeksiyon riski en aza indirilmelidir.
- ❖ Hasta ve yakınlarının anksiyete düzeylerinin azaltılabilmesi için eğitimler verilmeli, tedavi ve bakım işlemleri açıklanmalıdır.
- ❖ Hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme kapasitesi değerlendirilmeli, yapabildiği her aktivite için hasta cesaretlendirilmeli, hastanın Öz Bakım Gücü mümkün olduğunca arttırılmaya çalışılmalıdır. Yapamadığı aktiviteleri konusunda hastaya ya da hastanın bakımı ile ilgilenecek kişilere gerekli eğitimler verilerek hastanın günlük yaşam aktivitelerinin devamı sağlanmalıdır.
- ❖ Hareket kısıtlılığına bağlı oluşabilecek sorunlar anlatılmalı, hastalar hareket etme konusunda cesaretlendirilmeli, hareket imkânı yoksa birincil bakım vericilerine hasta için gerekli bakım uygulamaları öğretilmelidir. Hasta fizik tedavi ve rehabilitasyon servislerine yönlendirilmelidir.

- ❖ İletişim becerileri bozulan hastalar için anlaşılabilir formülleri bulunmaya çalışılmalı, kendilerini ifade edebilmelerini sağlayabilmek için konuşma terapistine yönlendirilmelidir.
- ❖ Hasta ve aile üyelerine bilgi ve destek sağlanmalıdır.
- ❖ Hasta taburcu olacağı zaman evinde bulunduğu süreçte bakımının devam edebilmesi için gerekli araçlar, bakım ürünleri ve sistemler konusunda aile organize edilmeli ve hasta taburcu olmadan diğer sağlık bakım profesyonelleri ve sosyal hizmet uzmanları ile iş birliği yapılması sağlanmalıdır (44).

4.2 Öz Bakım Gücü

Öz bakım, bireyin kendisi için, kendisi tarafından yaptığı eylemleri ifade etmektedir (46). Bu nedenle, bireyin yaşamını, sağlık ve iyilik durumunu korumak, sürdürmek ve daha iyi hale getirmek amacıyla yaptığı tüm etkinlikleri kapsamaktadır. Bireyin öz bakımı zaman içerisinde aldığı eğitimler, yaşadığı deneyimler, diğer insanlarla iletişimi, kültürleşme ve etkileşimi sonucunda değişiklik gösterir (39,46).

Öz bakım bireyi düzenleyici bir mekanizmadır. Bireylerin kendi istekleri ile yaşamlarına çekidüzen vermelerini, sağlıklı ve kaliteli yaşama sahip olma arzularıyla yaşamlarında değişiklik yapmalarını ve bu değişiklikleri sürdürerek alışkanlık haline dönüştürmelerini içeren bir süreçtir. Öz bakım ve kişinin bunu gerçekleştirebilme gücü ise Öz Bakım Gücü olarak tanımlanmaktadır (39,46). Öz Bakım Gücü bireyin sağlığını sürdürmesi ve yükseltmesi için gösterdiği tüm eylemlerin toplamını içererek girişimlerde bulunabilme ya da bunu uygulayabilme kabiliyetidir (18).

Dorothea Elizabeth Orem, 1959 yılında hemşireliğin kuramlarından biri olan “Öz Bakım Kuramı’nı” geliştirmiştir. Orem’e göre, birey doğduğu anda ebeveynlerine ya da primer bakım vericilerine bağımlıdır, zamanla geliştikçe, bilgi ve becerileri arttıkça, bağımsızlığını kazanır ve kendi öz bakımını gerçekleştirme görevini üstlenir. Birey hastalandığında, sakatlandığında günlük yaşam gereksinimlerini yerine getiremez hale gelir ve öz bakım gereksinimlerini karşılamakta güçlük yaşar. Bireyde öz bakım eksikliği gözlemleniyorsa, bireyin Öz Bakım Gücü değerlendirilmeli, öz bakım gücünde yetersizlik mevcutsa kişinin

desteklenmesi gerekmektedir (39,46). Bireyin öz bakım gücünü kullanabilmesi, bazı kişilik özellikleri ile yakından ilişkilidir. Bireyin kendini sevmesi, kendine özen göstermesi, enerjisini doğru amaçlar için yönlendirebilmesi ve kullanabilmesi, öz bakım kararını verebilmesi, uygulayabilmesi ve bunu sürekli hale getirebilmesi gibi özellikler öz bakım gücünün etkin biçimde kullanılmasını sağlamaktadır (39,46).

Orem'in kuramında Öz Bakım Gücü ile ilgili şu değerlendirmeler yer almaktadır:

1. Bireyin yaşamını sürdürebilmesi, kendi yeterliliği sınırlarında hareket edebilmesi için daimi bir güç gereksinimi bulunmaktadır.
2. Bireyde kendisinin ve başkalarının öz bakımını yapma ve belirleme gücü vardır.
3. Bir yetişkinin öz bakım becerileri kişiden kişiye değişiklik göstermektedir.
4. Birey, kendisinin ve başkalarının öz bakımlarını yerine getirmek ve gereksinimlerini belirlemek için gereken gücü elde etmede farklı yollar geliştirebilmektedir.
5. Topluluk halinde bir arada yaşayan ve sorumluluk paylaşan kişiler, hem kendilerinin hem de başkalarının öz bakımlarını yerine getirmek için güç kazanmalarında sorumluluk sahibi olmaktadır (39,46).

Orem, hemşireliğin amacının bireye öz bakım gereksinimlerinin karşılayabilmesi için yardımcı olmak, bireyin ailesini ve yakınlarını da dahil ederek hemşirelik eğitimi, danışmanlık ve öz bakım gereksinimlerini belirlemede, yerine getirmede ve sürdürmede yeterli hale gelmelerini sağlamak olduğunu belirtmiştir (46).

Orem'in öz bakım modeli; bireylerin öz bakımlarına yönelik girişimlerde bulunmasını sağlamak, girişimlerde bulunan bireylerin eylemlerini artırmak, uygulanan eylemlerin sürekliliğini sağlamak amacıyla; bireylere eğitim verilmesi, hemşirelik girişimlerinin belirlenmesi, planlanması, uygulanması ve uygulama sonrası değerlendirmelerin yapılması için kullanılmaktadır. Bu teoriye göre hastalık ve sakatlık durumu meydana geldiğinde, öz bakım sürdürülemez hale gelmektedir. Öz bakımını sürdüremeyen bireyde başka sağlık problemleri oluşma riski yüksektir. Orem, bireylerin öz bakım gereksinimlerinin giderilmesi amacıyla uygulanabilecek üç temel hemşirelik sistemi tanımlamıştır (39,46).

- a. **Tümüyle Eksikliği Giderme:** Birey öz bakım gereksinimlerini yerine getirme konusunda tamamen yetersizdir ve bu nedenle öz bakımına katılamamaktadır. Öz Bakım Gücü yoktur ya da kişinin gereksinimlerini karşılayacak düzeyde değildir. Bu nedenle bireyin öz bakım gereksiniminin tamamen karşılanması, başkaları tarafından sağlanmak zorundadır (39,46).
- b. **Kısmen Eksikliği Giderme:** Birey öz bakım gereksinimlerinin bir kısmını karşılayabilmektedir. Hemşire hastayı iyi analiz ederek, hangi gereksinimlerini yerine getirebildiğini, hangisinde desteğe ihtiyacı olduğunu belirleyerek hasta ve yakınları ile beraber bakıma katılım gösterir (39,46).
- c. **Destekleyici Eğitsel:** Bireyin Öz Bakım Gücü vardır ancak bu davranışları gerçekleştirebilmek için hemşirenin bilgisine, eğitimine, desteğine ve yönlendirmesine ihtiyaç duymaktadır. Hemşire hastanın ihtiyacı olan bilgi ve beceri eksikliğini analiz ederek girişimlerde bulunmalı ve bu girişimleri uyguladıktan sonra etkinliğini değerlendirmelidir. Her bireyin öz bakım gereksinimini yerine getirebilmek için öğrenme kabiliyeti vardır. Hemşire bireye destek verme, rehberlik etme, uygulama, gösterme ve öğretme, uygun ortam sağlama, aileyi bu etkinliklere dahil etme ve yönlendirme girişimlerini yapmalıdır. Bu girişimler sonucunda bireyin motivasyon ve bilgi eksikliğinin giderilerek kendi öz bakım gereksinimlerini karşılayabilecek düzeye ulaşması beklenmektedir (18,46).

4.3 Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi ilk olarak Antik Yunan döneminde, bireyin mutsuzluğunu ifade etmede kullanılmış bir kavramdır (47). Kaliteli yaşamın, yıllar önce filozoflar tarafından mutluluğun doyumunun bir türü olduğu savunulmuştur. İlk zamanlarda mutluluk, başarı ile ilişkilendirilirken, ilerleyen çağlarda mükemmeliyet durumu ile bağdaştırılmıştır. Sosyologlar tarafından iyi bir yaşam anlamında kullanılan yaşam kalitesi kavramı, insanla ve iyilikle yakından ilişkili olduğu için tıp biliminin ilgi alanına da girmiştir (48).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşam kalitesini kişilerin yaşamı algılama şekli ve kendi yaşamlarından memnuniyetleri olarak değerlendirmektedir. DSÖ'nün yaşam kalitesi kavramında bireyin fiziksel iyilik durumunu, psikolojik durumunu,

bağımsızlık düzeyini, sosyal ilişkilerini, çevresel özellikleri ve maneviyatını içeren geniş bir alan bulunmaktadır (26). Sağlık bireyin fizyolojik, psikolojik ve sosyal olarak tam bir iyilik halinde olması olarak belirtilmektedir. Bu bağlamda sağlık ve yaşam kalitesi kavramları birbirleriyle yakından ilişkilidir (49). Fiziksel iyilik durumu, kişinin harcadığı enerji, iş ve uğraşları, bunları ne kadar yerine getirebildiği ve bunu nasıl algıladığı ile ilgilidir. Sosyal ilişkileri ise kişinin yaşamında iletişim içerisinde olduğu çevresi ve onlarla arasındaki ilişkilerin nasıl olduğu ile ilgilidir. Psikolojik durumu ise kişinin ruhsal olarak nasıl hissettiği ile ilgilidir (47,50).

Bireyin yaşam kalitesini etkileyen etmenler sosyodemografik özellikleri, çalışma hayatı ve sosyolojik faktörler olarak tanımlanabilir. Yaşam kalitesi tanımlanırken kişinin yaşamı bütüncül olarak değerlendirilmelidir. Bu durumda kişinin yaşam koşulları, toplumsal ve sosyal statüsü, medeni durumu, bedensel ve ruhsal sağlık durumu, sosyal faaliyetleri, maddi ve manevi koşulları, sahip olduğu manevi değerler gibi pek çok unsur yaşam kalitesini de etkilemektedir (51).

İnmeli hastalar üzerine yapılan yaşam kalitesi çalışmalarında hem ülkemizde hem de dünyada, inmeli hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin düşük olduğu belirtilmiştir (52,53,54). Kuzu'nun 2015 yılında yaptığı çalışmasında inmeli hastalarda yaşam kalitesi incelenmiş, şiddetli inme, depresyon varlığı, ileri yaş ve kadın olmak, yalnız yaşamak, kognitif durum kötü yaşam kalitesinin en önemli belirleyicileri olarak saptanmışlardır (53). Kim ve ark. 2017 yılında inmenin önemli etkilerinden biri olan insomnianın yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemiş, inmeli hastaların %59,5'inde insomnia görüldüğü ve bu hastalarda yaşam kalitesinin düşük olduğu, depresyon ve anksiyete görüldüğü belirtilmiştir (54). Smith ve ark. 2000 yılında yayınladıkları inme sonrası öz yeterlilik ve yaşam kalitesinin incelendiği araştırmada öz yetersizliğin, yaşam kalitesi ve depresyonla yakından ilişkili olduğu ve hastaların fonksiyonel bağımsızlığının zamanla arttıkça, yaşam kalitelerinin ve depresyonlarının azaldığı bulunmuştur (12). Birtane ve ark. derleme olarak yaptıkları ve 2010 yılında yayınlanan araştırmasında, incelenen çalışmalar sonucunda inme sonrası yaşam kalitesinin kötü yönde etkilendiği ortaya çıkmıştır (27). Safaz ve ark. 2016 yılında yayınlanan çalışmasında 114 inmeli hastaya fonksiyonel bağımsızlık ölçeği ve inmeye özgü yaşam kalitesi ölçeği uygulanmış, sonuçta fonksiyonel bağımsızlık ölçeği toplam puanı ile inmeye özgü yaşam kalitesi ölçeği toplam puanı

arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu yani fonksiyonel bağımsızlık arttıkça, yaşam kalitesinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır (55). Malezya’da 203 inmeli hastanın yaşam kalitesi incelenmiş ve özellikle mobilizasyon kısıtlılığı olan hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirtilmiştir (56). Mandic ve ark. 136 inmeli hastaya fonksiyonel durumlarını belirlemek için Barthel Index ölçeğini ve hastalığa ilişkin yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla da SF-36 ölçeğini uygulamışlar ve sonuç olarak fonksiyonel durum ile yaşam kalitesi arasında güçlü anlamlı ilişki olduğunu bulmuşlardır (57). Hintliler üzerine yapılan bir araştırmada 162 inmeli hasta incelenmiş ve fonksiyonel bağımsızlık düzeyinin yaşam kalitesi ile yakından ilişkisi olduğu saptanmıştır aynı zamanda anksiyete ve depresyon varlığının da yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (58).

4.4 Yaşam Doyumu

Yaşam doyumu ilk olarak 1961 yılında Neugarten tarafından açıklanmıştır. Yaşam doyumu kişinin tüm yaşam hedeflerine ulaşma çabası, ulaşabilme miktarı ve bu süreci nasıl değerlendirip algıladığı ile ilgilidir (59). Yaşam doyumunu mutluluk kavramı ile açıklamakta olup mutluluğun insan yaşamında büyük bir motivasyon kaynağı olduğu düşünülmektedir (48). 1970’li yıllarda ise yaşam doyumu, öznel iyi oluş kavramı ile eş değer olarak kullanılmaya başlanmıştır (48).

Doyum, kişinin beklenti, gereksinim ve isteklerinin karşılanma düzeyi sonucunda oluşan his, düşünce olarak, kişinin ne istediği ve gerçekte neyi elde ettiğinin sonucunu ifade eder. Yaşam doyumu bu nedenle kişinin tüm yaşantı alanlarını kapsayan geniş bir kavramdır. Kişinin her alanda istekleri olacak ve bu isteklerin ne kadarını gerçekleştirebildiğinin sonucu olarak da yaşam doyumu düzeyi etkilenecektir. Aynı zamanda kişinin geçmişinde kalan istekleri ve bu isteklerini elde ediş düzeyi de yaşam doyumunu etkilemektedir, çünkü insanlar geçmişlerinden kopmamakta ve sürekli geçmişlerini sorgulama eğilimi göstermektedirler (34).

Yaşam doyumu yaş, cinsiyet, çalışma durumu, eğitim seviyesi, din, ırk, ekonomik ve medeni durum, aile ve sosyal yaşam, kişilik özellikleri ve fizyolojik durum ile kişiden kişiye değişiklik gösteren bir kavramdır (60). Yaşam doyumu yüksek olan bireylerin, mutlu bireyler olduğu düşünülmektedir (61). Yaşamın değişkenlik gösteren akıcı bir süreç olması kişilerin her dönemde farklı istek,

beklenti ve ihtiyaçları olmasına neden olmakta ve kişinin yaşam doyumunu da bu süreçle değişime uğramaktadır (38).

Literatürde inmeli hasta grubunda yaşam doyumunun incelendiği çalışmalar oldukça kısıtlı sayıdadır. Mierlo ve ark. 2015 yılında yayınlanan makalesinde inme sonrası hastaların 2. ay ve 2. yıl durumları incelenmiş ve hastalığı kabullenme durumunun yaşam doyumunu etkilediği, hastalığın bilişsel değişimlerinden yaşam doyumunun etkilendiği belirtilmiştir (31). Baumann ve ark 2012 yılında yayınlanan makalesinde inmeli hastaların 2. Yıl sonunda yaşam doyumları analiz edilmiş ve motor fonksiyon bozuklukları düşük olan hastaların, yaşam doyumlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (7). Ostwald'ın inmeli hastalar ve eşlerinin yaşam doyumlarını incelediği araştırmasında, hastaların ve eşlerinin inme geçirdikten sonraki 12. ve 24. aydaki yaşam doyumları incelenmiş, hastaların 24. ayda yaşam doyumlarının düştüğü saptanmıştır (33). Yine Ostwald'ın literatürdeki yaşam doyumunu ve inme araştırmalarını analiz ettiği derleme çalışmasının sonucunda, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılığın, engelliliğin, inme sonrası depresyonun, motor fonksiyonlarda bozulmanın, afazinin, çalışamamanın, öz yeterlilik ve öz denetim kabiliyetinin azalmasının, yaşam doyumunda düşme ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Yapılan çalışmalarda ortak görüş olarak inmeli hastalarda ve onlara bakım verenlerde düşük yaşam doyumunu görüldüğü vurgulanmıştır (34).

5. MATERYAL VE METOD

5.1 Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu araştırma, inmeli hastaların öz bakım gücü ile yaşam kalitesi ve yaşam doyumu arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir.

5.2 Araştırma Soruları

1. Sosyodemografik ve hastalık özellikleri ile inmeli hastaların öz bakım gücü arasında bir ilişki var mıdır?
2. Sosyodemografik ve hastalık özellikleri ile inmeli hastaların yaşam kalitesi arasında bir ilişki var mıdır?
3. Sosyodemografik ve hastalık özellikleri ile inmeli hastaların yaşam doyumu arasında bir ilişki var mıdır?
4. İnmeli hastaların öz bakım gücü ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki var mıdır?
5. İnmeli hastaların öz bakım gücü ile yaşam doyumu arasında bir ilişki var mıdır?

5.3 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul'da yer alan, ikisi eğitim araştırma olmak üzere üç kamu hastanesinin nöroloji klinik ve polikliniklerine 1 Ağustos 2016 - 31 Temmuz 2017 tarihleri arasında başvuran, inme geçirmiş hastalarla gerçekleştirildi.

Eğitim araştırma hastanelerinden birinde 4 tane nöroloji polikliniği bulunmakta olup saat 08-16 saatleri arasında hizmet vermektedir. Hastanenin 2 Nöroloji servisinde toplam 22 yatak bulunmakta ve 12 hemşire çalışmaktadır.

Diğer eğitim araştırma hastanesinde 8 tane Nöroloji Polikliniği hizmet vermekte olup, 1 adet 22 yataklı Nöroloji Servisi bulunmaktadır. 22 yataklı servisin 1 odası enfeksiyonlu hastalara özel olarak ayrılmıştır. Nöroloji poliklinikleri hafta içi 8-16 saatleri arasında hizmet vermektedir. Yataklı serviste 7 hemşire görev yapmaktadır.

Son hastane olan üçüncü hastanede ise iki adet nöroloji Polikliniği bulunmaktadır. Nöroloji poliklinikleri hafta içi beş gün saat 08-16 saatleri arasında

hizmet vermektedir. Bu hastanede nöroloji kliniğine ait özel yataklı servis bulunmayıp hasta yatışları 50 yataklı karma yataklı servise yapılmaktadır. Bu kliniklerde toplam 10 hemşire görev yapmaktadır.

5.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul'da yer alan ikisi Eğitim Araştırma olmak üzere üç Kamu Hastanesinin nöroloji klinik ve polikliniklerine başvuran inmeli hastalar oluşturmaktadır. Örneklemi ise 1 Ağustos 2016 – 31 Temmuz 2017 tarihleri arasında araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 167 hasta oluşturdu.

Evreni bilinen örneklem formülüne göre;

$$n = N t^2 p q / d^2 (N-1) + t^2 p q$$

N: Hedef kitledeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmeysi sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen ± örneklem hatasıdır (22).

Yukarıdaki formüle göre;

bu evren için %95 güven aralığında, ± %5 örneklem hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü

$n = 17749 (1,96)^2 (0,5) (0,5) / (0,5)^2 (17749-1) + (1,96)^2 (0,5) (0,5) = 167$ olarak hesaplanmıştır (22).

5.4.1 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- İnce geçirmiş olmak,
- 18 yaş ve üzeri olmak,
- Bilinci açık olup iletişim engeli bulunmamak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

5.5 Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde “Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu”, ikinci

bölümde “Öz Bakım Gücü Ölçeği”, üçüncü bölümde “Nottingham Sağlık Profili”, dördüncü bölümde “Yaşam Doyum Ölçeği ” kullanıldı.

5.5.1 Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu (Ek 1)

Sosyodemografik ve hastalık özelliklerine ilişkin veri toplama formu araştırmacı tarafından ilgili literatür taraması yapılarak oluşturuldu (1,2,3,6,8,10). Veri toplama formunda, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, hastanın kimlerle yaşadığı gibi sosyodemografik özellikler ile daha önce hastaneye yatma durumu, kronik hastalık varlığı, yatışlarında aldığı eğitimler, bu eğitimlerin yaşamını kolaylaştırıp kolaylaştırmadığı, hastalığının hayatında neleri etkilediği gibi hastalık durumuna ilişkin özellikler sorgulandığı toplam 20 soru yer almaktadır.

5.5.2 Öz Bakım Gücü Ölçeği (Ek 2)

Kearney ve Fleischer tarafından 1979 yılında geliştirilen (62) ve insanların kendi kendilerine bakma yeteneklerini, güçlerini belirlemeye yarayan Öz Bakım Gücü Ölçeğinin geçerlik güvenilirlik çalışması 1993 yılında Nahçıvan tarafından yapılmıştır (63). Ölçek 4 özellik üzerinde temellendirilmiştir. Bunlar durumlar karşısında aktif veya pasif yanıt, motivasyon, sağlık uygulamaları bilgisi ve bireyin kendine duyduğu değer olarak sıralanmıştır. 5’li likert tipi ölçekte “Beni hiç tanımlamıyor” yanıtına “0” puan, diğerlerine sırasıyla “1”, “2”, “3” ve “4” puan verilir (Beni pek tanımlamıyor =1 puan, Fikrim yok = 2 puan, beni biraz tanımlıyor = 3 puan, beni çok tanımlıyor =4 puan) . Ölçek toplam 35 ifadeden oluşmakta ve 3, 6, 9,13, 19, 22, 26 ve 31. ifadeler tersten okunmakta, negatif olarak değerlendirilmektedir. Değerlendirme toplam 140 puan üzerinden yapılmaktadır. 82 puan altı düşük, 82-120 puan orta, 120 puanın üstü yüksek olarak değerlendirilmektedir. Öz Bakım Gücü Ölçeğinden alınan toplam puanın yüksek olması bireyin öz bakımını gerçekleştirmede bağımsız ve yeterli olduğunu göstermektedir. Ölçeğin alt boyutları bulunmamaktadır, tüm maddeler öz bakım gücünü değerlendirmeye yöneliktir. Ölçeğin 35 soruluk Türkçe versiyonunun Kuder-Richardson 20 güvenilirliği 0,92 olarak bulunmuştur (63). Bizim çalışmamızda Cronbach α değeri 0,66 olarak hesaplanmıştır.

5.5.3 Nottingham Sağlık Profili (NSP) (Ek-3)

Hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendirmek için NSP'nin Türkçe versiyonu kullanılmıştır. Ölçeğin orijinali Hunt ve arkadaşları tarafından 1985 yılında yapılmış olup (64), Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından 2000 yılında yapılmıştır. Ölçek 8 soru Fiziksel Aktivite (FA), 8 soru ağrı (A), 5 soru uyku (U), 3 soru enerji seviyesi (ES), 9 soru emosyonel reaksiyonlar (ER), 5 soru sosyal izolasyon (SE) ve 38 soru toplam (TOT) puanı gösterir nitelikte 7 alt bölümden oluşmaktadır. Sorular 'evet' ya da 'hayır' şeklinde cevaplandırılır ve bölümlerden toplanan en iyi alınabilecek skor '0' en kötü skor ise '38'dir. Puan azaldıkça yaşam kalitesi iyileşme göstermektedir. Her bir alt başlık ayrı ayrı teste tabii tutulmuştur. Ölçeğin tüm alanlarında hesaplanan Cronbach α değeri 0,56 ile 0,83 arasında hesaplanmıştır (65). Bizim çalışmamızda Cronbach α değeri tüm alanlarda 0,67 ile 0,77 arasında olarak hesaplanmıştır.

5.5.4 Yaşam Doyum Ölçeği (Ek-4)

Diener, Emmons, Larsen ve Griffin tarafından 1985 yılında geliştirilen (66) "Yaşam Doyumu Ölçeği"nin, Türk popülasyonuna uygulamasını yapan Yetim (67) tarafından ölçeğin güvenilirliği yüksek bulunmuştur ($\text{Alpha}=0.86$). Ölçek 1 (Hiç Uygun Değil) ile 7 (Tamamıyla Uygun) arasında değişen likert tipinde 5 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Yaşam doyumunu ölçmek amacıyla geliştirilen bu ölçek 'hiç katılmıyorum'dan, 'tamamen katılıyorum'a kadar değişen cevaplar içeren, 5 maddeli bir ölçektir. Her bir maddeden alınan puanlar 1 ile 7, toplam puan ise 5-35 arasında değişebilmektedir. Ölçekten alınan 7 puan ve altının düşük, 8 ile 12 arasında kalan puanların orta, 13 puan ve üstünün yüksek yaşam doyumuna sahip olduğu bildirilmektedir (67). Bizim çalışmamızda Cronbach α değeri 0,72 olarak hesaplanmıştır.

5.6 Uygulama

Araştırma, ekte sunulan veri toplama formları ile Ağustos 2016-Temmuz 2017 tarihleri arasında İstanbul'da Beyoğlu Kamu Hastaneler Birliği Sekreterliği'ne bağlı Kağıthane Devlet Hastanesi, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji klinikleri ve polikliniklerine başvuran,

araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın amacı açıklandıktan sonra hastaların yazılı onamları (Ek 6) alınmış, veriler araştırmacı tarafından toplanmıştır. Verilerin toplanması her bir hasta için yaklaşık 25 dakika sürmüştür.

5.7 Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra nicel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student's t test, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında One-way ANOVA test ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Games-Howell test kullanıldı; normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Kruskal Wallis test ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U test kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanının Yaşam Doyum Ölçeği toplam puanına ve NSP Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarına etkisinin analizinde Lineer Regresyon Analizi (Enter) kullanıldı. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeylerinde değerlendirildi.

5.8 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan etik kurul izni (Karar No: 357 Tarih: 22/06/2016), Beyoğlu Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden kurum izni (Ek-5) alındı. Çalışma, araştırmaya katılmaya gönüllü hastalara ilgili açıklamalar yapıldıktan sonra yazılı onamları (Ek-6) alınarak yürütüldü. Hastaların çalışmaya dair bilgileri yapılan bu çalışma için kullanıldı ve gizlilik ilkesi gözetildi. Çalışmamızda kullandığımız Öz Bakım Gücü Ölçeği, Nottingham Sağlık Profili Ölçeği ve Yaşam Doyum Ölçeği için ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan yazarlardan izin alındı (Ek-7).

5.9 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya iki eğitim araştırma ve bir devlet hastanesi Nöroloji klinik ve polikliniklerine başvuran, araştırmaya katılmaya gönüllü olan, 18 yaşından büyük, bilinci ve iletişime açık, inme geçirmiş olan hastalar dahil edilmiştir. Ancak çalışma süresince günlük olarak üç hastane ziyaret edilip veri toplanamamıştır, bu nedenle hastanelere başvuran ve kriterlere uyan tüm hastalara ulaşmak mümkün olmamıştır.



6. BULGULAR

Bu bölümde, çalışma verilerinin değerlendirilmesiyle elde edilen bulgular sunulmuştur.

Tablo 6.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Ait Bulgular

Sosyodemografik Özellikler		n (%)
Yaş (yıl)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	28-90 (73)
	<i>Ort±Ss</i>	71,80±10,73
	≤60 Yaş	24 (14,4)
	61-70 Yaş	45 (26,9)
	71-80 Yaş	68 (40,7)
	≥81 Yaş	30 (18,0)
	Cinsiyet	Kadın
	Erkek	70 (41,9)
Medeni Durum	Evli	91 (54,5)
	Bekar	76 (45,5)
Çalışma Durumu	Çalışan (Memur ve İşçi)	7 (4,2)
	Emekli	68 (40,7)
	Ev Hanımı	92 (55,1)
Evde yaşadığı kişi	Çocukları	58 (34,7)
	Eşi	59 (35,3)
	Eşi ve çocukları	32 (19,2)
	Yalnız	13 (7,8)
	Diğer	5 (3,0)
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	45 (26,9)
	Okuryazar	18 (10,8)
	İlköğretim	95 (56,9)
	Lise	4 (2,4)
	Üniversite	5 (3,0)
Çocuk Sayısı	Yok	5 (3,0)
	1-2 Çocuk	24 (14,4)
	3-4 Çocuk	96 (57,5)
	≥5 Çocuk	42 (25,1)
Gelir Düzeyi	Kötü	76 (45,5)
	Orta	88 (52,7)
	İyi	3(1,8)

Tablo-6.1’de hastaların sosyodemografik özelliklerine ait bulgular verilmiştir.

Çalışmamızda hastaların %58,1’i (n=97) kadın, %41,9’u (n=70) erkek toplam 167 hastanın katılımı ile yapıldı. Hastaların yaşları 28 ile 90 arasında değişmekte olup, ortalama 71,80±10,73 yaş olarak bulundu. Hastaların %14,4’ünün (n=24) 60 yaş ve altında, %26,9’unun (n=45) 61-70 yaş arasında, %40,7’sinin (n=68) 71-80 yaş arasında ve %18’inin (n=30) 81 yaş ve üzerinde olduğu bulundu.

Hastaların %54,5'i (n=91) evli, %45,5'i(n=76) bekâr olduğunu, %34,7'si(n=58) çocuklarıyla, %35,3'ü (n=59) eşiyile, %19,2'si (n=32) eşi ve çocuklarıyla, %7,8'i (n=13) yalnız ve %3'ü (n=5) diğer kişilerle yaşadığını belirtti. Hastaların %4,2'sinin (n=7) çalışan, %40,7'sinin (n=68) emekli ve %55,1'inin (n=92) ev hanımı olduğu saptandı.

Hastaların %26,9'unun (n=45) eğitim durumunun okuryazar olmadığı, %10,8'inin (n=18) okuryazar, %56,9'unun (n=95) ilköğretim, %2,4'ünün (n=4) lise ve %3'ünün (n=5) yüksekokul veya üniversite olduğu belirlendi.

Hastaların %3'ünün (n=5) çocuğunun olmadığı gözlenirken, %14,4'ünün (n=24) 1-2 çocuğu, %57,5'inin (n=96) 3-4 çocuğu ve %25,1'inin (n=42) 5 ve üzeri çocuğu olduğu bulundu.

Hastaların %45,5'inin (n=76) gelir düzeyinin kötü olduğu gözlenirken, %52,7'sinin (n=88) gelir düzeyi orta ve %1,8'inin (n=3) iyi olduğu saptandı.

Tablo 6.2: Hastalık Özelliklerine Ait Bulgular

Hastalık Özellikleri		n (%)
Tek Başına Yaşayabilme	Evet	52 (31,1)
	Hayır	115 (68,9)
Kronik Hastalık	Var	156 (93,4)
	Yok	11 (6,6)
*Hastalıklar	Kardiyovasküler sistem hastalığı	134 (85,9)
	Solunum sistemi hastalığı	9 (5,8)
	Endokrin sistem hastalığı	76 (48,7)
	Üriner sistem hastalığı	8 (5,1)
	Diğer**	9 (5,8)
Hastalığın İş ve Özel Yaşantıyı Etkileme Durumu	Evet	166 (99,4)
	Hayır	1 (0,6)
Hemşirelerden Eğitim Alma	Evet	9 (5,4)
	Hayır	158 (94,6)
*Alınan Eğitimler	Hasta bakımı hakkında	3 (23,1)
	Hastalık bilgisi hakkında	2 (15,4)
	Tedavisi hakkında	8 (60,5)
Eğitimlerin Hayatı Kolaylaştırması	Evet	7 (77,8)
	Hayır	2 (22,2)

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

** Sinir Sistemi Hastalığı, Meme Ca, Sistemik Lupus

Tablo 6.2’de hastaların hastalığına ilişkin özelliklere ait bulgular verilmiştir.

Hastaların %31,1’ü (n=52) tek başına yaşayabildiği, %68,9’ün (n=115) tek başına yaşayamadığı bulundu.

Hastaların %93,4’ünde (n=156) kronik hastalık olduğu ve bu hastaların %85,9’unda (n=134) kardiyovasküler sistem hastalığı, %5,8’inde (n=9) solunum sistemi hastalığı, %48,7’sinde (n=76) endokrin sistem hastalığı, %5,1’inde (n=8) üriner sistem hastalığı, %5,8’inde (n=9) diğer (sinir sistemi, meme Ca ve sistemik lupus) hastalıklar olduğu bulundu.

Hastaların %99,4’ü (n=166) hastalığın, iş ve özel yaşantılarını etkilediğini ifade etti.

Hastaların %5,4’ünün (n=9) hemşirelerden eğitim aldığı ve eğitim alan bu 9 hastanın %23,1’inin (n=3) hasta bakımı, %53,8’i (n=7) ilaç kullanımı, %15,4’ü (n=2) hastalık bilgisi ve %7,7’si (n=1) tedavi hakkında bilgi aldığı, eğitim alan hastaların %77,8’i (n=7) eğitimlerin hayatını kolaylaştırdığını belirlendi.

Tablo 6.3: Hastalığın Neden Olduğu Fiziksel ve Bilişsel Sorunlar

Etkiler	N	%
Kuvvetsizlik	81	48,5
Dengesizlik	47	28,1
His Kaybı	37	22,2
Destekle Mobilize	50	29,9
Unutkanlık	15	9,0
Ekstremitlerde Paralizi	21	12,6
Çabuk Yorulma	7	4,2
Beslenme Güçlüğü	9	5,4
Hareket Kısıtlılığı	47	28,1
Konuşmakta Güçlük	21	12,6
Yatağa Bağımlı	12	7,2
Tekerlekli Sandalyeye Bağımlı	8	4,8
Diğer Olumsuzluklar (Titreme ve Ağrı)	4	2,4

Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 6.3’de hastalığın neden olduğu fiziksel ve bilişsel sorunlara ait bulgular verilmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların hastalığının hayatında neden olduğu olumsuz yöndeki değişiklikler incelendiğinde; %48,5’inde (n=81) kuvvetsizlik, %28,1’inde (n=47) dengesizlik, %22,2’sinde (n=37) his kaybı, %29,9’unda (n=50) destekle

mobilizasyon, %9’unda (n=15) unutkanlık, %12,6’sında (n=21) ekstremitelerde paralizisi, %4,2’sinde (n=7) çabuk yorulma, %5,4’ünde (n=9) beslenme güçlüğü, %28,1’inde (n=47) hareket kısıtlılığı, %12,6’sında (n=21) konuşmakta güçlük, %7,2’sinde (n=12) yatağa bağımlılık, %4,8’inde (n=8) tekerlekli sandalyeye bağımlılık ve %2,4’ünde (n=4) diğer (titreme ve ağrı) olumsuz etkileri olduğu bulundu.

Tablo 6.4: Hastalığın Neden Olduğu Sosyal Sorunlar

	N	%
İşlerini eskisi gibi yapamama	113	67,7
Sosyal ilişkilerde yaşanan güçlük	65	38,9
Çalışamayıp başkalarına bağımlı	33	19,8

Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 6.4’de Hastalığın neden olduğu sosyal sorunlara ait bulgular verilmiştir.

Hastaların %67,7’sinin (n=113) işlerini eskisi gibi yapamadığı, %38,9’unun (n=65) sosyal ilişkilerde güçlük yaşadığı ve %19,8’inin (n=33) çalışamayıp başkalarına bağımlı olduğu bulundu.

Tablo 6.5: Yaşam Doyum, Öz Bakım Gücü ve Nottingham Sağlık Profili Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı

Ölçekler	Min-Maks (Medyan)	Ort±Ss	Ranj
Yaşam Doyum Ölçeği Puanı	6-34 (22)	21,62±5,63	5-35
Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanı	46-132 (101)	98,08±17,65	0-140
Nottingham Sağlık Profili Ölçeği			
Nottingham Toplam Puanı	3-36 (18)	17,94±6,61	0-38
Nottingham Ağrı Puanı	0-8 (4)	3,64±2,00	0-8
Nottingham Enerji Seviyesi Puanı	0-3 (2)	2,09±0,64	0-3
Nottingham Uyku Puanı	0-5 (1)	1,53±1,16	0-5
Nottingham Fiziksel Aktivite Puanı	0-8 (5)	5,14±2,14	0-8
Nottingham Emosyonel Reaksiyon Puanı	0-9 (4)	3,67±1,80	0-9
Nottingham Sosyal İzolasyon Puanı	0-5 (2)	1,89±1,04	0-5

Tablo 6.5’de Yaşam Doyum, Öz Bakım Gücü ve Nottingham Sağlık Profili Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının dağılımına ait bulgular verilmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların Yaşam Doyum Ölçeğinden aldıkları puanlar 6 ile 34 arasında değişmekte olup, ortalama $21,62 \pm 5,63$ olarak saptandı.

Hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puanlar 46 ile 132 arasında değişmekte olup, ortalama $98,08 \pm 17,65$ olarak bulundu.

Hastaların Nottingham Sağlık Profili ölçeğinden aldıkları toplam puanlar 3 ile 36 arasında değişmekte olup, ortalama $17,94 \pm 6,61$ olarak, “Ağrı” alt boyutundan aldıkları puanlar 0 ile 8 arasında değişmekte olup, ortalama $3,64 \pm 2,00$ olarak, “Enerji Seviyesi” alt boyutundan aldıkları puanlar 0 ile 3 arasında değişmekte olup, ortalama $2,09 \pm 0,64$ olarak, “Uyku” alt boyutundan aldıkları puanlar 0 ile 5 arasında değişmekte olup, ortalama $1,53 \pm 1,16$ olarak, “Fiziksel Aktivite” alt boyutundan aldıkları puanlar 0 ile 8 arasında değişmekte olup, ortalama $5,14 \pm 2,14$ olarak, “Emosyonel Reaksiyon” alt boyutundan aldıkları puanlar 0 ile 9 arasında değişmekte olup, ortalama $3,67 \pm 1,80$ olarak ve “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar 0 ile 5 arasında değişmekte olup, ortalama $1,89 \pm 1,04$ olarak belirlendi.

Tablo 6.6: Sosyodemografik Özelliklere Göre Öz Bakım Gücü, Yaşam Doyum ve Nottingham Sağlık Profili Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler		Öz Bakım Gücü Ölçeği		Yaşam Doyum Ölçeği		Nottingham Sağlık Profili Ölçeği				
		Toplam	Toplam	Toplam	Ağrı	Enerji Seviyesi	Uyku	Fiziksel Aktivite	Emosyonel Reaksiyonlar	Sosyal İzolasyon
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Yaş (yıl)	≤60 Yaş (n=24)	93,00±23,77	18,29±7,7	16,83±9,08	3,42±2,90	2,04±0,75	1,38±1,28	4,79±2,38	3,67±2,41	1,54±1,25
	61-70 Yaş (n=45)	104,22±18,70	22,47±5,77	15,62±7,03	2,89±1,90	1,89±0,71	1,58±1,23	3,82±2,21	3,49±2,01	1,96±1,07
	71-80 Yaş (n=68)	100,21±13,87	21,9±4,34	17,69±4,83	3,51±1,53	2,06±0,51	1,47±1,18	5,34±1,57	3,50±1,44	1,81±0,93
	≥81 Yaş (n=30)	88,10±12,89	22,37±5,4	22,90±4,71	5,23±1,33	2,50±0,51	1,70±0,88	6,97±1,61	4,30±1,60	2,27±0,94
	Test Değeri	F:8,236	F:1,931	F:11,872	F:15,599	χ ² :17,038	χ ² :3,199	F:17,354	F:1,946	χ ² :10,078
	<i>p</i>	^a 0,001**	^a 0,134	^a 0,001**	^a 0,001**	^c 0,001**	^c 0,362	^a 0,001**	^a 0,131	^c 0,018*
Cinsiyet	Kadın (n=97)	95,79±15,85	21,14±5,35	19,19±6,01	4,12±1,94	2,21±0,56	1,80±1,09	5,44±1,94	3,80±1,80	1,86±1,02
	Erkek (n=70)	101,24±19,55	22,27±5,97	16,23±7,09	2,97±1,90	1,93±0,71	1,14±1,15	4,73±2,37	3,47±1,8	1,94±1,06
	Test Değeri	t:-1,986	t:-1,279	t:2,833	t:3,820	Z:-2,616	Z:-4,003	t:2,141	t:1,178	Z:-0,529
	<i>p</i>	^b 0,049*	^b 0,203	^b 0,005**	^b 0,001**	^d 0,009**	^d 0,001**	^b 0,034*	^b 0,240	^d 0,597
Medeni Durum	Evli (n=91)	100,95±18,2	21,62±5,79	16,21±6,42	3,15±1,90	1,92±0,64	1,33±1,12	4,63±2,15	3,38±1,64	1,77±1,02
	Bekar (n=76)	94,64±16,43	21,62±5,47	20,03±6,29	4,22±1,97	2,29±0,58	1,76±1,16	5,76±2,00	4,00±1,93	2,04±1,04
	Test Değeri	t:2,328	t:-0,003	t:-3,860	t:-3,560	Z:-3,671	Z:-2,365	t:-3,514	t:-2,223	Z:-1,883
	<i>p</i>	^b 0,021*	^b 0,997	^b 0,001**	^b 0,001**	^d 0,001**	^d 0,018*	^b 0,001**	^b 0,028*	^d 0,060
Çalışma Durumu	Çalışan (n=7)	106,00±25,74	20,57±6,27	9,14±7,40	0,71±0,49	1,71±0,76	1,00±1,83	3,14±2,27	1,43±1,27	1,14±1,77
	Emekli (n=68)	101,10±18,61	22,56±6,06	16,81±6,68	3,19±1,90	1,96±0,70	1,18±1,09	4,82±2,36	3,63±1,84	1,99±1,04
	Ev Hanımı (n=92)	95,24±15,8	21±5,2	19,46±5,86	4,20±1,87	2,22±0,55	1,83±1,07	5,53±1,86	3,86±1,70	1,88±0,95
	Test Değeri	χ ² :10,580	χ ² :4,145	χ ² :15,914	χ ² :25,624	χ ² :8,304	χ ² :17,641	χ ² :17,641	χ ² :12,471	χ ² :6,368
	<i>p</i>	^c 0,005**	^c 0,126	^c 0,001**	^c 0,001**	^c 0,016*	^c 0,001**	^c 0,001**	^c 0,002**	^c 0,041*
Evde Yaşadığı Kişi	Çocukları (n=58)	93,57±15,84	21,6±5,42	20,60±6,16	4,34±2,00	2,29±0,59	1,84±1,15	5,88±1,99	4,16±1,77	2,16±0,99
	Eşi (n=59)	103,42±14,84	22,1±5,53	16,25±5,67	3,25±1,61	1,90±0,58	1,29±1,02	4,63±1,86	3,37±1,50	1,76±0,90
	Eş ve Çocuklar (n=32)	96,38±22,72	20,72±6,22	16,13±7,73	2,97±2,36	1,97±0,74	1,41±1,29	4,63±2,64	3,41±1,92	1,78±1,24
	Yalnız (n=13)	100,08±17,03	20,77±4,68	17,08±5,72	3,46±1,56	2,23±0,44	1,54±1,33	4,77±1,83	3,38±1,94	1,69±1,11
	Diğer (n=5)	93,00±22,44	24±8,15	21,00±8,25	4,80±2,39	2,40±0,89	1,40±0,89	7,00±1,73	3,80±3,56	1,60±1,34
	Test Değeri	χ ² :11,723	χ ² :3,599	χ ² :17,466	χ ² :15,846	χ ² :14,411	χ ² :6,855	χ ² :6,855	χ ² :8,724	χ ² :7,162
	<i>p</i>	^c 0,020*	^c 0,463	^c 0,002**	^c 0,003**	^c 0,006**	^c 0,144	^c 0,144	^c 0,068	^c 0,128

Tek Başına Yaşayabilme Durumu	Evet (n=52)	104,27±17,99	22,29±5,9	13,85±6,50	2,58±1,81	1,69±0,70	1,31±1,18	3,58±2,05	3,15±1,93	1,54±0,94
	Hayır (n=115)	95,28±16,83	21,31±5,5	19,80±5,82	4,12±1,90	2,27±0,52	1,63±1,14	5,85±1,80	3,90±1,70	2,05±1,04
	Test Değeri	t:3,128	t:1,037	t:-5,900	t:-4,935	Z:-5,210	Z:-1,920	t:-7,242	t:-2,502	Z:-2,905
	p	^b 0,001**	^b 0,301	^b 0,001**	^b 0,001**	^d 0,001**	^d 0,055	^b 0,001**	^b 0,013*	^d 0,004**
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil (n=45)	89,44±15,74	20,49±5,24	21,73±5,08	4,84±1,72	2,33±0,52	1,82±1,07	6,11±1,75	4,33±1,35	2,33±0,88
	Okuryazar (n=18)	92,39±14,19	21,28±5,46	22,00±5,99	5,00±1,64	2,44±0,62	1,83±1,15	6,33±1,78	4,56±2,06	1,89±1,02
	İlköğretim veya Lise (n=99)	102,67±16,49	22±5,79	15,85±6,06	2,95±1,79	1,95±0,63	1,36±1,16	4,58±2,12	3,25±1,73	1,75±1,04
	Üniversite (n=5)	105,40±33,31	25,40±5,32	10,80±8,76	1,60±1,52	1,40±0,55	1,00±1,22	3,40±2,51	2,60±3,05	0,80±0,84
	Test Değeri	χ^2 :29,519	χ^2 :4,992	χ^2 :39,161	χ^2 :41,982	χ^2 :22,805	χ^2 :8,324	χ^2 :25,152	χ^2 :23,299	χ^2 :18,695
	p	^c 0,001**	^c 0,172	^c 0,001**	^c 0,001**	^c 0,001**	^c 0,040*	^c 0,001**	^c 0,001**	^c 0,001**
Çocuk Sayısı	Çocuk Yok (n=5)	97,80±22,53	24,00±7,91	17,20±7,53	4,00±2,55	2,20±0,84	1,20±0,84	6,00±1,87	2,60±2,70	1,20±1,10
	1-2 Çocuk (n=24)	98,79±21,19	20,21±6,77	15,29±7,81	2,75±2,33	1,88±0,61	1,46±1,44	4,33±2,48	3,42±2,41	1,46±1,38
	3-4 Çocuk (n=96)	101,77±14,79	21,97±5,17	17,38±6,20	3,43±1,85	2,00±0,62	1,47±1,09	5,00±2,07	3,6±1,68	1,91±0,93
	≥5 Çocuk (n=42)	89,26±18,47	21,33±5,68	20,86±5,94	4,60±1,77	2,40±0,59	1,74±1,17	5,83±2,01	4,07±1,50	2,19±0,94
	Test Değeri	χ^2 :13,730	χ^2 :2,734	χ^2 :13,296	χ^2 :15,854	χ^2 :15,587	χ^2 :2,273	χ^2 :8,304	χ^2 :7,800	χ^2 :12,470
	p	^c 0,003**	^c 0,434	^c 0,004**	^c 0,001**	^c 0,001**	^c 0,518	^c 0,040*	^c 0,051	^c 0,006**
Gelir Düzeyi	Kötü (n=76)	96,62±16,85	21,32±5,76	18,46±6,50	3,61±2,01	2,16±0,61	1,54±1,20	5,24±2,26	3,97±1,77	2,01±1,04
	Orta ve İyi (n=91)	99,30±18,29	21,87±5,54	17,52±6,73	3,67±2,00	2,03±0,66	1,52±1,12	5,07±2,07	3,41±1,79	1,79±1,03
	Test Değeri	t:-0,977	t:-0,630	t:0,917	t:-0,209	Z:-1,181	Z:-0,230	t:0,510	t:2,044	Z:-1,388
	p	^b 0,330	^b 0,529	^b 0,361	^b 0,835	^d 0,238	^d 0,818	^b 0,611	^b 0,043*	^d 0,165
	^a Oneway ANOVA	^b Student-t Test	^c Kruskal Wallis Test	* $p < 0,05$	** $p < 0,01$					

Tablo 6.6’da Sosyodemografik özelliklere göre Öz Bakım Gücü, Yaşam Doyum ve Nottingham Sağlık Profili Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının dağılımına ait bulgular verilmiştir.

Yaş gruplarına göre hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Yaşı 81 ve üzeri olan hastaların ölçek toplamından aldıkları puanlar, yaşları 61-70 yaş ve 71-80 yaş arasındaki hastalara göre anlamlı düzeyde düşük olarak bulundu ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Yaş gruplarına göre hastaların Yaşam Doyum Ölçeğinden (YDÖ) aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmedi ($p>0,05$). Yaş gruplarına göre hastaların Nottingham Sağlık Profili Ölçeğinden (NSP) aldıkları toplam puanlar karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Yaşı 81 ve üzeri olan hastaların NSP ölçeği toplamından aldıkları puanlar, yaşları 60 ve altı olan, 61-70 yaş arası ve 71-80 yaş arası olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,027$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,05$). Yaş gruplarına göre hastaların NSP ölçeği “Ağrı” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Yaşı 81 ve üzeri olan hastaların Ağrı alt boyutundan aldıkları puanlar, yaşları 60 ve altında olan, 61-70 yaş arası ve 71-80 yaş arası olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,038$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,05$). Yaş gruplarına göre hastaların NSP Ölçeği “Enerji Seviyesi” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Yaşı 81 ve üzeri olan hastaların Enerji Seviyesi alt boyutundan aldıkları puanlar, yaşları 61-70 ve 71-80 arası olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Yaş gruplarına göre hastaların NSP Ölçeği “Fiziksel Aktivite” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Yaşı 81 ve üzeri olan hastaların Fiziksel Aktivite alt boyut puanı, yaş 60 ve altı, 61-70 arası ve 71-80 yaş arası olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,002$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Aynı şekilde yaşı 71-80 arası olan hastaların Fiziksel Aktivite alt boyut puanı, yaşı 61-70 arası olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Yaş gruplarına göre hastaların NSP Ölçeği “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu

($p=0,018$; $p<0,05$). Yaşı 71-80 arası olan hastaların Sosyal İzolasyon alt boyutundan aldıkları puanlar, yaşı 81 ve üzeri olan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,048$; $p<0,05$). Yaş gruplarına göre hastaların NSP Ölçeği “Emosyonel Reaksiyonlar” ve “Uyku” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmedi ($p>0,05$).

Erkek hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puan toplamları, kadın hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,049$; $p<0,05$). Cinsiyetlere göre hastaların Yaşam Doyum Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmedi ($p>0,05$). Kadın hastaların Nottingham Sağlık Profili Ölçeğinden aldıkları puan toplamları, erkek hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,005$; $p<0,01$). Kadınların Nottingham Sağlık Profili Ölçeği “Ağrı” alt boyutundan aldıkları puanlar, erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Kadın hastaların Nottingham Sağlık Profili Ölçeği “Enerji Seviyesi” alt boyutundan aldıkları puanlar, erkek hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,009$; $p<0,01$). Kadın hastaların Nottingham Sağlık Profili Ölçeği “Uyku” alt boyutundan aldıkları puanlar, erkek hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Kadın hastaların Nottingham Sağlık Profili Ölçeği “Fiziksel Aktivite” alt boyutundan aldıkları puanlar, erkek hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,034$; $p<0,05$). Cinsiyetlere göre hastaların Nottingham Sağlık Profili Ölçeği “Emosyonel Reaksiyonlar” ve “Sosyal İzolasyon” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmedi ($p>0,05$).

Evli hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puan toplamları, bekar hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,021$; $p<0,05$). Medeni duruma göre hastaların Yaşam Doyum Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Bekar hastaların Nottingham Sağlık Profili Ölçeğinden aldıkları puan toplamları, evli hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Bekar hastaların Nottingham Sağlık Profili Ölçeği “Ağrı” alt boyutundan aldıkları puanlar, evli göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Bekar hastaların Nottingham Sağlık Profili Ölçeği “Enerji

Seviyesi” alt boyutundan aldıkları puanlar, evli hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Bekar hastaların Nottingham Sağlık Profili Ölçeği “Uyku” alt boyutundan aldıkları puanlar, evli hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,018$; $p<0,05$). Bekar hastaların Nottingham Sağlık Profili Ölçeği “Fiziksel Aktivite” alt boyutundan aldıkları puanlar, evli hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Evli hastaların Nottingham Sağlık Profili Ölçeği “Emosyonel Reaksiyonlar” alt boyutundan aldıkları puanlar, bekar hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,028$; $p<0,05$). Medeni duruma göre hastaların Nottingham Sağlık Profili Ölçeği “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Çalışma durumuna göre hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,005$; $p<0,01$). Emekli hastaların ölçek toplamından aldıkları puanlar, ev hanımı hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,018$; $p<0,05$). Çalışma durumuna göre hastaların Yaşam Doyum Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Çalışma durumuna göre hastaların Nottingham Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Çalışan hastaların ölçek toplamından aldıkları puanlar, emekli ve ev hanımı olan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,018$; $p=0,003$; $p<0,05$). Emekli hastaların ölçek toplamından aldıkları puanlar, ev hanımlarına göre anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,030$; $p<0,05$). Çalışma durumuna göre hastaların NSP Ölçeği “Ağrı” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Çalışan hastaların Ağrı alt boyutundan aldıkları puanlar, emekli ve ev hanımı hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,018$; $p=0,003$; $p<0,05$). Emekli hastaların Ağrı alt boyutundan aldıkları puanlar, ev hanımı hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,030$; $p<0,05$). Çalışma durumuna göre hastaların NSP Ölçeği “Enerji Seviyesi” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,016$; $p<0,05$). Ev hanımı hastaların “Enerji Seviyesi” alt boyutundan aldıkları puanlar, emekli hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı

($p=0,045$; $p<0,05$). Çalışma durumuna göre hastaların NSP Ölçeği “Uyku” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Ev hanımı hastaların Uyku alt boyutundan aldıkları puanlar, çalışan ve emekli hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,039$; $p=0,001$; $p<0,05$). Çalışma durumuna göre hastaların NSP Ölçeği “Fiziksel Aktivite” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Ev hanımı hastaların Fiziksel Aktivite alt boyutundan aldıkları puanlar, çalışan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,030$; $p<0,05$). Çalışma durumlarına göre hastaların NSP Ölçeği “Emosyonel Reaksiyonlar” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,002$; $p<0,01$). Çalışan hastaların Emosyonel Reaksiyonlar alt boyutundan aldıkları puanlar, emekli ve ev hanımı olan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,006$; $p=0,003$; $p<0,01$). Çalışma durumuna göre hastaların NSP Ölçeği “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,041$; $p<0,05$). Çalışan hastaların Sosyal İzolasyon alt boyutundan aldıkları puanlar, emekli ve ev hanımlarına göre anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,048$; $p=0,048$; $p<0,05$).

Yaşadıkları kişiye göre hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,020$; $p<0,05$). Eşi ile yaşayan hastaların ölçek toplamından aldıkları puanlar, çocukları ile yaşayan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Yaşadığı kişilere göre hastaların Yaşam Doyum Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Yaşadığı kişilere göre hastaların Nottingham Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,002$; $p<0,01$). Eşi ile yaşayan hastaların ölçek toplamından aldıkları puanlar, çocukları ile yaşayan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Yaşadıkları kişilere göre hastaların NSP Ölçeği “Ağrı” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,003$; $p<0,01$). Çocukları ile yaşayan hastaların Ağrı alt boyutundan aldıkları puanlar, eşi ile yaşayan ve eşi ve çocuklarıyla yaşayan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,005$; $p=0,020$; $p<0,05$). Yaşadığı kişilere göre hastaların NSP Ölçeği “Enerji Seviyesi” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında

istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,006$; $p<0,01$). Çocukları ile yaşayan hastaların “Enerji Seviyesi” alt boyutundan aldıkları puanlar, eşi ile yaşayan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,005$; $p<0,01$). Yaşadığı kişilere göre hastaların NSP Ölçeği “Uyku” “Fiziksel Aktivite” “Sosyal İzolasyon” “Emosyonel Reaksiyonlar” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Tek başına yaşayabilen hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puan toplamları, tek başına yaşayamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Tek başına yaşayabilme durumuna göre hastaların Yaşam Doyum Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Tek başına yaşayabilen hastaların Nottingham Ölçeğinden aldıkları puan toplamları, tek başına yaşayamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Tek başına yaşayabilen hastaların NSP Ölçeği “Ağrı” alt boyutundan aldıkları puanlar, tek başına yaşayamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Tek başına yaşayabilen hastaların NSP Ölçeği “Enerji Seviyesi” alt boyutundan aldıkları puanlar, tek başına yaşayamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Tek başına yaşayabilen hastaların NSP Ölçeği “Uyku” alt boyutundan aldıkları puanlar, tek başına yaşayamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte dikkat çekici düzeyde düşük saptandı ($p=0,055$; $p>0,05$). Tek başına yaşayabilen hastaların NSP Ölçeği “Fiziksel Aktivite” alt boyutundan aldıkları puanlar, tek başına yaşayamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Tek başına yaşayabilen hastaların NSP Ölçeği “Emosyonel Reaksiyonlar” alt boyutundan aldıkları puanlar, tek başına yaşayamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,013$; $p<0,05$). Tek başına yaşayabilen hastaların NSP Ölçeği “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar, tek başına yaşayamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,004$; $p<0,01$).

Eğitim durumlarına göre hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Eğitim durumu ilköğretim ve lise olan hastaların ölçek toplamından aldıkları puanlar,

okuryazar olmayan ve okuryazar olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p=0,008$; $p<0,01$). Eğitim durumuna göre hastaların Yaşam Doyum Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Eğitim durumuna göre hastaların Nottingham Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Eğitim durumu ilköğretim ve lise olan hastaların ölçek toplamından aldıkları puanlar, okuryazar olmayan ve okuryazar olan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Eğitim durumlarına göre hastaların NSP Ölçeği “Ağrı” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Eğitim durumu okuryazar olmayan hastaların Ağrı alt boyutundan aldıkları puanlar, eğitim durumu ilköğretim ve lise ve yüksekokul veya üniversite olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p=0,008$; $p<0,01$). Aynı şekilde eğitim durumu okuryazar olan hastaların Ağrı alt boyutundan aldıkları puanlar, eğitim durumu ilköğretim ve lise ve yüksekokul veya üniversite olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p=0,012$; $p<0,05$). Eğitim durumuna göre hastaların NSP Ölçeği “Enerji Seviyesi” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Eğitim durumu okuryazar olmayan hastaların “Enerji Seviyesi” alt boyutundan aldıkları puanlar, eğitim durumu ilköğretim ve lise olan ve yüksekokul veya üniversite olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,004$; $p=0,012$; $p<0,05$). Aynı şekilde eğitim durumu okuryazar olan hastaların “Enerji Seviyesi” alt boyutundan aldıkları puanlar, eğitim durumu ilköğretim ve lise olan ve yüksekokul veya üniversite olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,008$; $p=0,021$; $p<0,05$). Eğitim durumuna göre hastaların NSP Ölçeği “Uyku” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,040$; $p<0,05$). Okuryazar olmayan hastaların Uyku alt boyutundan aldıkları puanlar, eğitim durumu ilköğretim ve lise olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,017$; $p<0,05$). Eğitim durumuna göre hastaların NSP Ölçeği “Fiziksel Aktivite” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Eğitim durumu ilköğretim ve lise olan hastaların Fiziksel Aktivite alt boyutundan aldıkları puanlar, okuryazar olmayan ve okuryazar olan hastalara göre anlamlı düzeyde

yüksek saptandı ($p=0,001$; $p=0,004$; $p<0,01$). Eğitim durumlarına göre hastaların NSP Ölçeği “Emosyonel Reaksiyonlar” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Eğitim durumu ilköğretim ve lise olan hastaların Emosyonel Reaksiyonlar alt boyutundan aldıkları puanlar, okuryazar olmayan ve okuryazar olan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,001$; $p=0,036$; $p<0,05$). Eğitim durumuna göre hastaların NSP Ölçeği “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Okuryazar olmayan hastaların Sosyal İzolasyon alt boyutundan aldıkları puanlar, eğitim durumu ilköğretim ve lise olan ve yüksekokul veya üniversite olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p=0,012$; $p<0,05$).

Çocuk sayılarına göre hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,003$; $p<0,01$). Çocuk sayısı 3-4 olan hastaların ölçek toplamından aldıkları puanlar, çocuk sayısı 5 ve üzeri olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Çocuk sayısına göre hastaların Yaşam Doyum Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Çocuk sayısına göre hastaların Nottingham Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,004$; $p<0,01$). 5 ve üzeri çocuk sahibi olan hastaların ölçek toplamından aldıkları puanlar, 1-2 çocuğu ve 3-4 çocuğu olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,012$; $p=0,008$; $p<0,05$). Çocuk sayısına göre hastaların NSP Ölçeği “Ağrı” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). 5 ve üzeri çocuk sahibi olan hastaların Ağrı alt boyutundan aldıkları puanlar, 1-2 ve 3-4 çocuk sahibi olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,004$; $p=0,004$; $p<0,01$). Çocuk sayısına göre hastaların NSP Ölçeği “Enerji Seviyesi” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). 5 ve üzeri çocuk sahibi olan hastaların “Enerji Seviyesi” alt boyutundan aldıkları puanlar, 1-2 çocuk ve 3-4 çocuk sahibi olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,004$; $p=0,001$; $p<0,01$). Çocuk sayısına göre hastaların NSP Ölçeği “Uyku” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Çocuk sayısına göre hastaların NSP

Ölçeği “Fiziksel Aktivite” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,040$; $p<0,05$). 5 ve üzeri çocuk sahibi olan hastaların Fiziksel Aktivite alt boyut puanı, 1-2 çocuk sahibi hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,016$; $p<0,05$). Çocuk sayısına göre hastaların NSP Ölçeği “Emosyonel Reaksiyonlar” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p=0,051$; $p>0,01$); çocuğu olmayan hastaların Emosyonel Reaksiyonlar alt boyutundan aldıkları puanlar anlamlı olmamakla birlikte dikkat çekici düzeyde düşük saptandı. Çocuk sayısına göre hastaların NSP Ölçeği “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,006$; $p<0,01$). 1-2 çocuk sahibi hastaların Sosyal İzolasyon alt boyutundan aldıkları puanlar, 5 ve üzeri çocuk sahibi hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,016$; $p<0,05$).

Gelir düzeyine göre hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden, Yaşam Doyum Ölçeğinden, Nottingham Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Gelir düzeyine göre hastaların NSP Ölçeği “Ağrı”, “Enerji Seviyesi”, “Uyku”, “Fiziksel Aktivite” ve “Sosyal İzolasyon” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Gelir düzeyi orta ve iyi olan hastaların “Emosyonel Reaksiyonlar” alt boyutundan aldıkları puanlar, gelir düzeyi kötü olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,043$; $p<0,05$).

Tablo 6.7: Hastalık Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü, Yaşam Doyum ve Nottingham Sağlık Profili Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları

		Öz Bakım	Yaşam Doyum	Nottingham Sağlık Profili Ölçeği						
		Güçü Ölçeği	Ölçeği	Toplam	Ağrı	Enerji Seviyesi	Uyku	Fiziksel Aktivite	Emosyonel Reaksiyonlar	Sosyal İzolasyon
		Toplam	Toplam	Toplam	Toplam	Toplam	Toplam	Toplam	Toplam	Toplam
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Kronik Hastalık	Var (n=156)	97,56±17,44	21,71±5,51	18,41±6,36	3,80±1,94	2,13±0,6	1,56±1,14	5,33±2,01	3,69±1,76	1,9±1,01
	Yok (n=11)	105,45±19,77	20,27±7,27	11,64±7,26	1,46±1,57	1,45±0,82	1,09±1,38	2,45±2,21	3,36±2,38	1,82±1,4
	Test Değeri	Z:-1,478	Z:-0,872	Z:-2,769	Z:-3,593	Z:-2,992	Z:-1,575	Z:-3,671	Z:-1,000	Z:-0,385
	^dp	0,139	0,383	0,006**	0,001**	0,003**	0,115	0,001**	0,317	0,700
•Kardiyovasküler Sistem Hastalığı	Var (n=134)	97,87±17,42	21,78±5,63	18,38±6,51	3,84±1,99	2,13±0,61	1,54±1,14	5,29±2,05	3,75±1,81	1,87±0,99
	Yok (n=22)	95,64±17,84	21,32±4,83	18,41±5,49	3,55±1,57	2,18±0,59	1,64±1,14	5,55±1,82	3,32±1,39	2,05±1,13
	Test Değeri	t:-0,556	t:-0,360	t:0,014	t:-0,649	Z:-0,379	Z:-0,275	t:0,548	t:-1,056	Z:-0,419
	p	^b 0,579	^b 0,719	^b 0,989	^b 0,517	^d 0,705	^d 0,783	^b 0,584	^b 0,293	^d 0,675
•Solunum Sistemi Hastalığı	Var (n=9)	93,44±25,42	22,44±4,59	19,33±7,84	3,56±2,07	2,22±0,83	2±1,22	5,89±2,52	3,67±2,12	2±0,71
	Yok (n=147)	97,81±16,92	21,67±5,57	18,33±6,29	3,81±1,94	2,13±0,59	1,53±1,13	5,29±1,98	3,69±1,75	1,89±1,03
	Test Değeri	Z:-0,631	Z:-0,171	Z:-0,620	Z:-0,346	Z:-0,561	Z:-1,261	Z:-1,100	Z:-0,220	Z:-0,542
	^dp	0,528	0,864	0,535	0,729	0,575	0,207	0,271	0,826	0,588
•Endokrin Sistem Hastalığı	Var (n=76)	93,58±17,25	21,03±5,69	20,26±6,24	4,26±1,97	2,25±0,59	1,93±1,19	5,88±1,82	3,95±1,69	2,01±1,08
	Yok (n=80)	101,34±16,87	22,36±5,29	16,60±5,98	3,35±1,81	2,03±0,59	1,2±0,96	4,8±2,06	3,44±1,81	1,79±0,94
	Test Değeri	t:2,840	t:1,520	t:-3,723	t:-3,014	Z:-2,333	Z:-3,835	t:-3,471	t:-1,819	Z:-1,036
	p	^b0,005**	^b 0,131	^b0,001**	^b0,003**	^d 0,020*	^d0,001**	^b0,001**	^b 0,071	^d 0,300
•Üriner Sistem Hastalığı	Var (n=8)	89,13±25,14	21,25±7,29	22,00±8,75	4,5±2,45	2,13±0,83	2,13±1,36	6±2,56	5±2,14	2,25±1,28
	Yok (n=148)	98,01±16,93	21,74±5,43	18,19±6,18	3,76±1,91	2,14±0,59	1,53±1,12	5,29±1,98	3,61±1,72	1,88±1,00
	Test Değeri	Z:-0,977	Z:-0,125	Z:-1,159	Z:-0,878	Z:-0,051	Z:-1,225	Z:-1,195	Z:-1,712	Z:-0,725
	^dp	0,329	0,901	0,247	0,380	0,959	0,221	0,232	0,087	0,468
•Diğer Sinir Sistemi, Meme Ca, Sistemik Lupus	Var (n=9)	90,50±18,21	21,33±5,16	21,67±7,37	5,00±2,4	2,44±0,53	1,56±1,59	6,44±1,33	4,33±2,74	1,89±1,36
	Yok (n=147)	97,84±17,41	21,73±5,54	18,18±6,27	3,72±1,89	2,12±0,6	1,56±1,11	5,26±2,03	3,65±1,69	1,90±0,99
	Test Değeri	Z:-1,102	Z:-0,291	Z:-1,098	Z:-1,757	Z:-1,585	Z:-0,475	Z:-1,700	Z:-1,017	Z:-0,152
	^dp	0,271	0,771	0,272	0,079	0,113	0,635	0,089	0,309	0,880
Hemşirelerden Eğitim Alma	Evet (n=9)	88,67±23,89	18,67±8,66	22,67±9,81	4,67±3	2,33±0,71	2,44±1,67	5,78±2,99	5,33±3,35	2,11±1,69
	Hayır (n=158)	98,61±17,17	21,79±5,40	17,67±6,33	3,58±1,93	2,08±0,63	1,47±1,1	5,1±2,09	3,57±1,64	1,88±0,99
	Test Değeri	Z:-1,273	Z:-0,788	Z:-1,576	Z:-1,504	Z:-1,215	Z:-1,818	Z:-1,325	Z:-1,646	Z:-0,059
	^dp	0,203	0,431	0,115	0,132	0,225	0,069	0,185	0,100	0,953

^bStudent-t Test

^dMannWhitney U Test

**p<0,01

•Birden Fazla Seçenek İşaretlenmiştir

Tablo 6.7’de hastalık özelliklerine göre Öz Bakım Gücü, Yaşam Doyum ve Nottingham Sağlık Profili Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarına ait bulgular verilmiştir.

Kronik hastalık, kardiyovasküler sistem hastalığı, solunum sistemi hastalığı, üriner sistem hastalığı ve diğer (Sinir sistemi, Meme Ca, Sistemik Lupus) hastalık varlığına göre hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Endokrin sistem hastalığı olan hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puan toplamları, endokrin sistem hastalığı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,005$; $p<0,01$). Kronik hastalık, kardiyovasküler sistem hastalığı, solunum sistemi hastalığı, endokrin sistem hastalığı, üriner sistem hastalığı ve diğer (Sinir sistemi, Meme Ca, Sistemik Lupus) hastalık varlığına göre, hastaların Yaşam Doyum Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Kardiyovasküler sistem hastalığı, solunum sistemi hastalığı, üriner sistem hastalığı ve diğer (Sinir sistemi, Meme Ca, Sistemik Lupus) hastalık varlığına göre hastaların NSP ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Kronik hastalık gözlenen hastaların Nottingham Sağlık Profili ölçeğinden aldıkları puan toplamları, kronik hastalığı bulunmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,006$; $p<0,01$). Endokrin sistemi hastalığı olan hastaların NSP ölçeğinden aldıkları puan toplamları, hastalığı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Kardiyovasküler sistem hastalığı, solunum sistemi hastalığı, üriner sistem hastalığı ve diğer (Sinir sistemi, Meme Ca, Sistemik Lupus) hastalık varlığına göre hastaların NSP Ölçeği “Ağrı” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Kronik hastalık gözlenen hastaların NSP Ölçeği“Ağrı” alt boyutundan aldıkları puanlar, kronik hastalığı bulunmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Endokrin sistemi hastalığı olan hastaların NSP Ölçeği“Ağrı” alt boyutundan aldıkları puanlar, hastalığı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,003$; $p<0,01$). Kardiyovasküler sistem hastalığı, solunum sistemi hastalığı, üriner sistem hastalığı ve diğer (Sinir sistemi, Meme Ca, Sistemik Lupus) hastalık varlığına göre hastaların NSP Ölçeği“Enerji Seviyesi” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında

istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Kronik hastalık gözlenen hastaların NSP Ölçeği“Enerji Seviyesi” alt boyutundan aldıkları puanlar, kronik hastalığı bulunmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,003$; $p<0,01$). Endokrin sistemi hastalığı olan hastaların NSP Ölçeği “Enerji Seviyesi” alt boyutundan aldıkları puanlar, hastalığı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,020$; $p<0,05$). Kronik hastalık, Kardiyovasküler sistem hastalığı, solunum sistemi hastalığı, üriner sistem hastalığı ve diğer (Sinir sistemi, Meme Ca, Sistemik Lupus) hastalık varlığına göre hastaların NSP Ölçeği“Uyku” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmedi ($p>0,05$). Endokrin sistemi hastalığı olan hastaların NSP Ölçeği“Uyku” alt boyutundan aldıkları puanlar, hastalığı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Kardiyovasküler sistem hastalığı, solunum sistemi hastalığı, üriner sistem hastalığı ve diğer (Sinir sistemi, Meme Ca, Sistemik Lupus) hastalık varlığına göre hastaların NSP Ölçeği“Fiziksel Aktivite” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmedi ($p>0,05$). Kronik hastalık gözlenen hastaların NSP Ölçeği“Fiziksel Aktivite” alt boyutundan aldıkları puanlar, kronik hastalığı bulunmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Endokrin sistemi hastalığı olan hastaların NSP Ölçeği“Fiziksel Aktivite” alt boyutundan aldıkları puanlar, hastalığı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Kronik hastalık, Kardiyovasküler sistem hastalığı, solunum sistemi hastalığı, endokrin sistem hastalığı, üriner sistem hastalığı ve diğer (Sinir sistemi, Meme Ca, Sistemik Lupus) hastalık varlığına göre hastaların NSP Ölçeği “Emosyonel Reaksiyonlar” ve “Sosyal İzolasyon” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmedi ($p>0,05$).

Hemşirelerden eğitim alma durumuna göre Öz Bakım Gücü Ölçeğinden, Yaşam Doyum Ölçeğinden ve NSP ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmedi ($p>0,05$). Hemşirelerden eğitim alma durumuna göre NSP Ölçeği“Ağrı”, “Enerji Seviyesi”, “Uyku”, “Fiziksel Aktivite”, “Emosyonel Reaksiyonlar” ve “Sosyal İzolasyon” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmedi ($p>0,05$).

Tablo 6.8: Hastalığın Neden Olduğu Fiziksel ve Bilişsel Sorunlara Göre Öz Bakım Gücü, Yaşam Doyum, Nottingham Sağlık Profili Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Sorunlar		Öz Bakım Gücü Ölçeği	Yaşam Doyum Ölçeği	Nottingham Sağlık Profili Ölçeği						
		Toplam	Toplam	Toplam	Ağrı	Enerji Seviyesi	Uyku	Fiziksel Aktivite	Emosyonel Reaksiyonlar	Sosyal İzolasyon
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
•Kuvvetsizlik	Yok (n=86)	97,48±16,98	21,9±5,83	18,65±6,77	3,88±2,01	2,12±0,71	1,49±1,11	5,45±2,33	3,72±1,75	1,97±0,95
	Var (n=81)	98,72±18,41	21,32±5,42	17,19±6,41	3,38±1,97	2,06±0,56	1,57±1,2	4,8±1,88	3,6±1,87	1,81±1,12
	Test Değeri <i>p</i>	t:0,452 <i>b</i> 0,652	t:0,658 <i>b</i> 0,511	t:1,436 <i>b</i> 0,153	t:1,625 <i>b</i> 0,106	Z:-0,763 <i>d</i> 0,445	Z:-0,306 <i>d</i> 0,760	t:1,993 <i>b</i> 0,048*	t:0,415 <i>b</i> 0,679	Z:-1,158 <i>d</i> 0,247
•Dengesizlik	Yok (n=120)	96,93±18,6	21,4±6,02	18,35±7,03	3,75±2,05	2,1±0,71	1,48±1,18	5,27±2,29	3,79±1,86	1,96±1,08
	Var (n=47)	101,02±14,72	22,17±4,49	16,89±5,35	3,36±1,86	2,06±0,38	1,64±1,09	4,81±1,68	3,34±1,61	1,72±0,9
	Test Değeri <i>p</i>	t:-1,352 <i>b</i> 0,178	t:-0,901 <i>b</i> 0,369	t:1,441 <i>b</i> 0,152	t:1,129 <i>b</i> 0,261	Z:-0,596 <i>d</i> 0,551	Z:-0,931 <i>d</i> 0,352	t:1,423 <i>b</i> 0,157	t:1,460 <i>b</i> 0,146	Z:-1,432 <i>d</i> 0,152
•His Kaybı	Yok (n=130)	97,7±17,59	21,47±5,75	18,33±6,56	3,66±2,03	2,12±0,65	1,5±1,14	5,3±2,21	3,81±1,83	1,96±1,03
	Var (n=37)	99,41±18,01	22,14±5,23	16,57±6,71	3,57±1,92	2±0,58	1,62±1,21	4,57±1,79	3,16±1,61	1,65±1,03
	Test Değeri <i>p</i>	t:-0,517 <i>b</i> 0,606	t:-0,634 <i>b</i> 0,527	t:1,435 <i>b</i> 0,153	t:0,251 <i>b</i> 0,802	Z:-1,082 <i>d</i> 0,279	Z:-0,548 <i>d</i> 0,584	t:1,848 <i>b</i> 0,066	t:1,938 <i>b</i> 0,054	Z:-1,820 <i>d</i> 0,069
•Destekle Mobilize	Yok (n=117)	100,56±17,03	21,76±5,83	17,01±6,92	3,47±2,07	2±0,66	1,48±1,13	4,7±2,27	3,5±1,84	1,9±0,97
	Var (n=50)	92,28±17,88	21,28±5,16	20,12±5,28	4,04±1,78	2,3±0,54	1,64±1,22	6,16±1,35	4,04±1,67	1,88±1,19
	Test Değeri <i>p</i>	t:2,834 <i>b</i> 0,005**	t:0,504 <i>b</i> 0,615	t:-3,164 <i>b</i> 0,002**	t:-1,695 <i>b</i> 0,092	Z:-2,732 <i>d</i> 0,006**	Z:-0,751 <i>d</i> 0,453	t:-5,149 <i>b</i> 0,001**	t:-1,771 <i>b</i> 0,078	Z:-0,407 <i>d</i> 0,684
•Unutkanlık	Yok (n=152)	96,74±17,5	21,4±5,47	18,59±6,33	3,76±1,97	2,14±0,59	1,62±1,16	5,42±1,98	3,75±1,78	1,91±1,05
	Var (n=15)	111,6±13,27	23,8±6,85	11,4±5,97	2,47±2,03	1,53±0,83	0,6±0,63	2,27±1,62	2,8±1,86	1,73±0,88
	Test Değeri <i>p</i>	t:-3,196 <i>b</i> 0,002**	t:-1,582 <i>b</i> 0,116	t:4,211 <i>b</i> 0,001**	t:2,417 <i>b</i> 0,017*	Z:-3,147 <i>d</i> 0,002**	Z:-3,488 <i>d</i> 0,001**	t:5,984 <i>b</i> 0,001**	t:1,964 <i>b</i> 0,051	Z:-0,437 <i>d</i> 0,662
•Ekstremitelerde Paralizi	Yok (n=146)	98,16±17,96	21,58±5,66	17,86±6,81	3,71±2,05	2,08±0,65	1,55±1,15	4,96±2,16	3,73±1,86	1,87±1,02
	Var (n=21)	97,52±15,68	21,86±5,56	18,52±5,15	3,19±1,54	2,14±0,57	1,38±1,24	6,38±1,56	3,24±1,34	2,05±1,16
	Test Değeri <i>p</i>	t:0,153 <i>b</i> 0,878	t:-0,209 <i>b</i> 0,835	t:-0,431 <i>b</i> 0,667	t:1,104 <i>b</i> 0,271	Z:-0,343 <i>d</i> 0,732	Z:-0,797 <i>d</i> 0,425	t:-3,691 <i>b</i> 0,001**	t:1,161 <i>b</i> 0,247	Z:-0,334 <i>d</i> 0,738
•Çabuk Yorulma	Yok (n=160)	98,36±17,4	21,51±5,6	17,96±6,61	3,66±2	2,12±0,63	1,49±1,14	5,19±2,14	3,62±1,78	1,89±1,03
	Var (n=7)	91,57±23,24	24±6,22	17,57±7,16	3,14±2,19	1,43±0,53	2,29±1,25	4±2	4,71±2,14	2±1,15
	Test Değeri <i>d</i> <i>p</i>	Z:-0,563 <i>d</i> 0,573	Z:-1,240 <i>d</i> 0,215	Z:-0,060 <i>d</i> 0,952	Z:-0,517 <i>d</i> 0,605	Z:-2,801 <i>d</i> 0,005**	Z:-1,646 <i>d</i> 0,100	Z:-1,537 <i>d</i> 0,124	Z:-1,542 <i>d</i> 0,123	Z:-0,138 <i>d</i> 0,890

•Beslenme Güçlüğü	Yok (n=158)	97,3±17,68	21,49±5,65	18,25±6,58	3,7±2,02	2,13±0,61	1,56±1,17	5,27±2,09	3,71±1,83	1,89±1,06
	Var (n=9)	111,78±10,38	23,78±4,94	12,44±4,61	2,56±1,13	1,33±0,71	0,89±0,6	2,89±1,9	2,89±1,05	1,89±0,6
	Test Değeri ^d p	Z:-2,506 0,012*	Z:-0,873 0,383	Z:-2,640 0,008**	Z:-1,787 0,074	Z:-3,225 0,001**	Z:-1,767 0,077	Z:-3,044 0,002**	Z:-1,405 0,160	Z:-0,223 0,824
•Hareket Kısıtlılığı	Yok (n=120)	101,35±16,66	22,26±5,03	16,25±6,22	3,16±1,84	2±0,64	1,39±1,15	4,63±2,12	3,32±1,67	1,77±1,04
	Var (n=47)	89,72±17,51	19,98±6,72	22,26±5,59	4,87±1,87	2,32±0,59	1,87±1,1	6,45±1,59	4,55±1,85	2,21±0,95
	Test Değeri ^p	t:3,998 b0,001**	t:2,107 b0,039*	t:-5,766 b0,001**	t:-5,832 b0,001**	Z:-2,915 a0,004**	Z:-2,792 a0,005**	t:-6,043 b0,001**	t:-4,180 b0,001**	Z:-2,686 a0,007**
•Konuşmada Güçlük	Yok (n=146)	96,45±17,82	21,36±5,58	18,97±6,23	3,91±1,94	2,17±0,58	1,62±1,19	5,48±1,95	3,84±1,82	1,96±1,05
	Var (n=21)	109,43±11,34	23,38±5,78	10,81±4,51	1,76±1,26	1,52±0,75	0,86±0,57	2,76±1,95	2,48±1,08	1,43±0,81
	Test Değeri ^p	t:-4,506 b0,001**	t:-1,543 b0,125	t:5,775 b0,001**	t:6,742 b0,001**	Z:-4,017 a0,001**	Z:-2,970 a0,003**	t:5,977 b0,001**	t:4,864 b0,001**	Z:-2,001 a0,045*
•Yatağa Bağımlı	Yok (n=155)	99,31±17,13	21,78±5,62	17,24±6,29	3,45±1,92	2,04±0,62	1,46±1,15	4,92±2,07	3,52±1,73	1,85±1,05
	Var (n=12)	82,17±17,2	19,5±5,54	27±3,25	6,17±1,03	2,75±0,45	2,33±0,98	7,92±0,29	5,5±1,73	2,42±0,67
	Test Değeri ^d p	Z:-3,186 0,001**	Z:-1,362 0,173	Z:-4,906 0,001**	Z:-4,501 0,001**	Z:-3,857 0,001**	Z:-2,742 0,006**	Z:-5,132 0,001**	Z:-3,505 0,001**	Z:-2,277 0,023*
•Tekerekli Sandalyeye Bağımlı	Yok (n=159)	98,67±17,37	21,77±5,4	17,63±6,51	3,56±1,96	2,08±0,64	1,5±1,16	5,01±2,11	3,62±1,77	1,87±1,03
	Var (n=8)	86,25±20,11	18,63±9,09	24,13±6,01	5,25±2,19	2,38±0,52	2,13±0,99	7,63±0,74	4,63±2,2	2,38±1,06
	Test Değeri ^d p	Z:-1,728 0,084	Z:-0,998 0,318	Z:-2,604 0,009**	Z:-2,257 0,024*	Z:-1,280 0,201	Z:-1,673 0,094	Z:-3,654 0,001**	Z:-1,432 0,152	Z:-1,390 0,164
^b Student-t Test	^d MannWhitney U Test		[*] p<0,05	^{**} p<0,01						•Birden Fazla Seçenek İşaretlenmiştir.

Tablo 6.8’de Hastalığın neden olduğu fiziksel ve bilişsel sorunlara göre Öz Bakım Gücü, Yaşam Doyum, Nottingham Sağlık Profili Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular verilmiştir.

Çalışmaya katılan hastalarda dengesizlik ve his kaybı görülme durumlarına göre Öz Bakım Gücü, Yaşam Doyum ve NSP Toplam puanları ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan hastalarda kuvvetsizlik görülme durumlarına göre Öz Bakım Gücü, Yaşam Doyum ve NSP Toplam puanları, NSP “Ağrı”, “Enerji Seviyesi”, “Uyku”, “Emosyonel Reaksiyonlar” ve “Sosyal İzolasyon” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmedi ($p>0,05$). Kuvvetsizlik yaşayan hastaların NSP Ölçeği “Fiziksel Aktivite” alt boyutundan aldıkları puanlar, kuvvetsizlik sorunu yaşamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,048$; $p<0,05$).

Çalışmaya katılan hastalarda destekle mobilizasyon görülme durumlarına göre Yaşam Doyum Ölçeği toplam, NSP “Ağrı”, “Uyku”, “Emosyonel Reaksiyonlar” ve “Sosyal İzolasyon” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Destekle mobilize olabilen hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puan toplamları, destekle mobilize olamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,005$; $p<0,01$). Destekle mobilize olabilen hastaların NSP ölçeğinden aldıkları puan toplamları, destekle mobilize olamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,002$; $p<0,01$). Destekle mobilize olabilen hastaların NSP Ölçeği “Enerji Seviyesi” alt boyutundan aldıkları puanlar, destekle mobilize olamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,006$; $p<0,01$). Destekle mobilize olabilen hastaların NSP Ölçeği “Fiziksel Aktivite” alt boyutundan aldıkları puanlar, destekle mobilize olamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$).

Çalışmaya katılan hastalarda unutkanlık görülme durumuna göre Yaşam Doyum Ölçeğinden aldıkları toplam, NSP “Emosyonel Reaksiyonlar” ve “Sosyal İzolasyon” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Unutkanlık sorunu yaşayan hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puan toplamları, unutkanlık sorunu yaşamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,002$; $p<0,01$). Unutkanlık sorunu yaşayan hastaların NSP ölçeğinden aldıkları puan toplamları, NSP Ölçeği “Uyku” ve “Fiziksel Aktivite” alt boyutlarından aldıkları puanlar, unutkanlık sorunu

yaşamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Unutkanlık sorunu yaşayan hastaların NSP Ölçeği “Ağrı” alt boyutundan aldıkları puanlar, unutkanlık sorunu yaşamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,017$; $p<0,05$). Unutkanlık sorunu yaşayan hastaların NSP Ölçeği “Enerji Seviyesi” alt boyutundan aldıkları puanlar, unutkanlık sorunu yaşamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,002$; $p<0,01$).

Çalışmaya katılan hastalarda ekstremitelerde paralizisi görülme durumlarına göre Öz Bakım Gücü, Yaşam Doyum ve NSP ölçeği toplam puanları, NSP ölçeği “Ağrı”, “Enerji Seviyesi”, “Uyku”, “Emosyonel Reaksiyonlar” ve “Sosyal İzolasyon” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Ekstremitelerde paralizisi görülen hastaların NSP Ölçeği “Fiziksel Aktivite” alt boyutundan aldıkları puanlar, ekstremitelerde paralizisi olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$).

Çalışmaya katılan hastalarda çabuk yorulma sorunu görülme durumlarına göre Öz Bakım Gücü, Yaşam Doyum ve NSP ölçeği toplam puanları, NSP ölçeği “Ağrı”, “Fiziksel Aktivite”, “Uyku”, “Emosyonel Reaksiyonlar” ve “Sosyal İzolasyon” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Çabuk yorulma sorunu olan hastaların NSP Ölçeği “Enerji Seviyesi” alt boyutundan aldıkları puanlar, çabuk yorulma sorunu olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,005$; $p<0,01$).

Çalışmaya katılan hastalarda beslenme güçlüğü görülme durumlarına göre Yaşam Doyum ve NSP ölçeği “Ağrı”, “Uyku”, “Emosyonel Reaksiyonlar” ve “Sosyal İzolasyon” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Beslenme güçlüğü yaşayan hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puan toplamları, beslenme güçlüğü yaşamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,012$; $p<0,05$). Beslenme güçlüğü yaşayan hastaların NSP ölçeğinden aldıkları puan toplamları, beslenme güçlüğü yaşamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,008$; $p<0,05$). Beslenme güçlüğü yaşayan hastaların NSP Ölçeği “Enerji Seviyesi” alt boyutundan aldıkları puanlar, beslenme güçlüğü yaşamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,001$; $p<0,05$).

Beslenme güçlüğü yaşayan hastaların NSP Ölçeği “Fiziksel Aktivite” alt boyutundan aldıkları puanlar, beslenme güçlüğü yaşamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,002$; $p<0,05$).

Hareket kısıtlılığı olan hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puan toplamları, hareket kısıtlılığı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Hareket kısıtlılığı olan hastaların Yaşam Doyum Ölçeğinden aldıkları puan toplamları, hareket kısıtlılığı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,039$; $p<0,05$). Hareket kısıtlılığı olan hastaların NSP ölçeğinden aldıkları puan toplamları, hareket kısıtlılığı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Hareket kısıtlılığı olan hastaların NSP Ölçeği “Ağrı”, “Enerji Seviyesi”, “Fiziksel Aktivite” ve “Emosyonel Reaksiyonlar” alt boyutlarından aldıkları puanlar, hareket kısıtlılığı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Hareket kısıtlılığı olan hastaların NSP Ölçeği “Uyku” alt boyutundan aldıkları puanlar, hareket kısıtlılığı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,005$; $p<0,01$). Hareket kısıtlılığı olan hastaların NSP Ölçeği “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar, hareket kısıtlılığı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,007$; $p<0,01$).

Çalışmaya katılan hastalarda konuşma güçlüğü görülme durumlarına göre Yaşam Doyum Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmedi ($p>0,05$). Konuşmada güçlük yaşayan hastaların Öz Bakım Gücü ölçeğinden aldıkları puan toplamları, konuşmada güçlük yaşamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Konuşmada güçlük yaşayan hastaların NSP Ölçeği “Toplam”, “Ağrı”, “Enerji Seviyesi”, “Fiziksel Aktivite” ve “Emosyonel Reaksiyonlar” alt boyutlarından aldıkları puanlar, konuşmada güçlük yaşamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Konuşmada güçlük yaşayan hastaların NSP Ölçeği “Uyku” alt boyutundan aldıkları puanlar, konuşmada güçlük yaşamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı

($p=0,003$; $p<0,01$). Konuşmada güçlük yaşayan hastaların NSP Ölçeği “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar, konuşmada güçlük yaşamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,045$; $p<0,05$).

Çalışmaya katılan hastalarda yatağa bağımlılık sorunu görülme durumlarına göre Yaşam Doyum Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmedi ($p>0,05$). Yatağa bağımlı olan hastaların Öz Bakım G Ölçeğinden aldıkları puan toplamı, yatağa bağımlı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Yatağa bağımlı olan hastaların NSP Ölçeği “Toplam” “Ağrı”, “Enerji Seviyesi”, “Fiziksel Aktivite” ve “Emosyonel Reaksiyonlar” alt boyutlarından aldıkları puanlar, yatağa bağımlı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Yatağa bağımlı olan hastaların NSP Ölçeği “Uyku” alt boyutundan aldıkları puanlar, yatağa bağımlı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,006$; $p<0,01$). Yatağa bağımlı olan hastaların NSP Ölçeği “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar, yatağa bağımlı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,023$; $p<0,05$).

Çalışmaya katılan hastalarda tekerlekli sandalyeye bağımlılık görülme durumlarına göre Öz Bakım Gücü, Yaşam Doyum, NSP Ölçeği “Enerji Seviyesi”, “Uyku”, “Emosyonel Reaksiyonlar” ve “Sosyal İzolasyon” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmedi ($p>0,05$). Tekerekli sandalyeye bağımlı hastaların NSP ölçeğinden aldıkları puan toplamı, tekerlekli sandalyeye bağımlı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,009$; $p<0,01$). Tekerekli sandalyeye bağımlı hastaların NSP Ölçeği “Ağrı” alt boyutundan aldıkları puanlar, tekerlekli sandalyeye bağımlı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,024$; $p<0,05$). Tekerekli sandalyeye bağımlı olan hastaların NSP Ölçeği “Fiziksel Aktivite” alt boyutundan aldıkları puanlar, tekerlekli sandalyeye bağımlı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$).

Tablo 6.9: Hastalığın Neden Olduğu Sosyal Sorunlara Göre Öz Bakım Gücü, Yaşam Doyum ve Nottingham Sağlık Profili Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanların Karşılaştırılması

Sorunlar		Öz Bakım Gücü Ölçeği	Yaşam Doyum Ölçeği	Nottingham Sağlık Profili Ölçeği						
		Toplam	Toplam	Toplam	Ağrı	Enerji Seviyesi	Uyku	Fiziksel Aktivite	Emosyonel Reaksiyonlar	Sosyal İzolasyon
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
•İşlerini Eskisi Gibi Yapamıyor	Yok (n=54)	97,37±18,89	20,91±6,22	18,96±8,18	3,83±2,3	2,15±0,83	1,54±1,04	5,46±2,8	3,93±1,99	2,11±1
	Var (n=113)	98,42±17,1	21,96±5,32	17,45±5,69	3,55±1,84	2,06±0,52	1,52±1,21	4,98±1,74	3,54±1,7	1,79±1,04
	Test Değeri P	t:-0,357 ^b 0,721	t:-1,127 ^b 0,261	t:1,223 ^b 0,225	t:0,794 ^b 0,429	Z:-1,196 ^d 0,232	Z:-0,476 ^d 0,634	t:1,159 ^b 0,250	t:1,298 ^b 0,196	Z:-2,315 ^d 0,021*
•Sosyal İlişkilerde Yaşanan Güçlük	Yok (n=102)	96,6±18,83	21,22±6,11	18,9±6,92	3,94±2,07	2,14±0,6	1,75±1,23	5,35±2,07	3,75±1,94	1,99±1,09
	Var (n=65)	100,4±15,47	22,25±4,74	16,43±5,84	3,17±1,8	2,02±0,7	1,17±0,93	4,8±2,23	3,52±1,57	1,74±0,92
	Test Değeri P	t:-1,421 ^b 0,157	t:-1,221 ^b 0,224	t:2,387 ^b 0,018*	t:2,468 ^b 0,015*	Z:-1,053 ^d 0,292	Z:-3,071 ^d 0,002**	t:1,634 ^b 0,104	t:0,810 ^b 0,419	Z:-1,331 ^d 0,183
•Çalışmıyor Başkalarına Bağımlı	Yok (n=134)	100,5±16,76	22,14±5,38	16,59±5,93	3,29±1,85	1,98±0,61	1,43±1,17	4,64±1,97	3,46±1,69	1,79±1
	Var (n=33)	88,24±18	19,48±6,18	23,42±6,49	5,06±1,97	2,55±0,56	1,94±1	7,15±1,56	4,52±2	2,3±1,07
	Test Değeri P	t:3,709 ^b 0,001**	t:2,466 ^b 0,015*	t:-5,819 ^b 0,001**	t:-4,850 ^b 0,001**	Z:-4,711 ^d 0,001**	Z:-2,751 ^d 0,006**	t:-7,817 ^b 0,001**	t:-3,104 ^b 0,002**	Z:-2,864 ^d 0,004**

^bStudent-t Test

^dMannWhitney U Test

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

•Birden Fazla Seçenek İşaretlenmiştir

Tablo 6.9'da Hastalığın neden olduğu sosyal sorunlara göre Öz Bakım Gücü, Yaşam Doyum ve Nottingham Sağlık Profili Ölçeği alt boyut ve toplam puanların karşılaştırılmasına ait bulgular verilmiştir.

Çalışmaya katılan hastalarda işlerini eskisi gibi yapamama ve sosyal ilişkilerde yaşanan güçlük durumlarına göre Öz Bakım Gücü Ölçeğinden ve Yaşam Doyum Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmedi ($p>0,05$). Çalışmaya katılan hastalarda işlerini eskisi gibi yapamama durumlarına göre NSP ölçeğinden aldıkları puan toplamları ve NSP Ölçeği “Ağrı”, “Enerji Seviyesi”, “Uyku”, “Fiziksel Aktivite” ve “Emosyonel Reaksiyonlar” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmedi ($p>0,05$). İşlerini eskisi gibi yapamayan hastaların NSP Ölçeği “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar, işlerini eskisi gibi yapabilen hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,021$; $p<0,05$).

Sosyal ilişkilerde güçlük yaşayan olan hastaların NSP ölçeğinden aldıkları puan toplamları, sosyal ilişkilerde güçlük yaşamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,018$; $p<0,05$). Sosyal ilişkilerde güçlük yaşayan olan hastaların NSP Ölçeği “Ağrı” alt boyutundan aldıkları puanlar, sosyal ilişkilerde güçlük yaşamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,015$; $p<0,05$). Sosyal ilişkilerde güçlük yaşayan olan hastaların NSP Ölçeği “Uyku” alt boyutundan aldıkları puanlar, sosyal ilişkilerde güçlük yaşamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,002$; $p<0,01$). Çalışmaya katılan hastalarda sosyal ilişkilerde yaşanan güçlük durumlarına göre NSP Ölçeği “Enerji Seviyesi”, “Fiziksel Aktivite”, “Emosyonel Reaksiyonlar” ve “Sosyal İzolasyon alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmedi ($p>0,05$).

Çalışamayan, başkalarına bağımlı olan hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puan toplamları, çalışan, başkalarına bağımlı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Çalışamayan, başkalarına bağımlı olan hastaların Yaşam Doyum Ölçeğinden aldıkları puan toplamları, çalışan, başkalarına bağımlı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,015$; $p<0,051$). Çalışamayan, başkalarına bağımlı olan hastaların NSP ölçeğinden aldıkları puan toplamları, NSP Ölçeği “Ağrı”, “Enerji Seviyesi” ve “Fiziksel Aktivite” alt boyutlarından aldıkları puanlar, çalışan, başkalarına bağımlı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Çalışamayan, başkalarına bağımlı olan

hastaların NSP Ölçeği “Uyku” alt boyutundan aldıkları puanlar, çalışan, başkalarına bağımlı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,006$; $p<0,01$). Çalışamayan, başkalarına bağımlı olan hastaların NSP Ölçeği “Emosyonel Reaksiyonlar” alt boyutundan aldıkları puanlar, çalışan, başkalarına bağımlı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,002$; $p<0,01$). Çalışamayan, başkalarına bağımlı olan hastaların NSP Ölçeği “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar, çalışan, başkalarına bağımlı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,004$; $p<0,01$).

Tablo 6.10: Öz Bakım Gücü, Yaşam Doyum ve Nottingham Sağlık Profili Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanları Arasındaki İlişki

		Öz Bakım Gücü Ölçeği Toplam Puanı	
		R	P
Nottingham Sağlık Profili Ölçeği	Ağrı	-0,573	$f0,001^{**}$
	Enerji Seviyesi	-0,592	$e0,001^{**}$
	Uyku	-0,497	$e0,001^{**}$
	Fiziksel Aktivite	-0,647	$f0,001^{**}$
	Emosyonel Reaksiyonlar	-0,727	$f0,001^{**}$
	Sosyal İzolasyon	-0,542	$e0,001^{**}$
	Toplam Puan	-0,811	$f0,001^{**}$
Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puanı		0,595	$e0,001^{**}$

^e r =Spearman's Korelasyon Katsayısı

^f r =Pearson Korelasyon Katsayısı

$**p<0,01$

Tablo 6.10'da Öz Bakım Gücü, Yaşam Doyum ve Nottingham Sağlık Profili Ölçeği alt boyut ve toplam puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesine ait bulgular verilmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puan toplamları ile NSP Ölçeği “Ağrı” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ($r=-0,573$; $p=0,001$); “Enerji Seviyesi” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ($r=-0,592$; $p=0,001$); “Uyku” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ($r=-0,497$; $p=0,001$); “Fiziksel Aktivite” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ($r=-0,652$;

p=0,001); “Emosyonel Reaksiyonlar” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ($r=-0,727$; $p=0,001$);“Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ($r=-0,542$; $p=0,001$) ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında ($r=-0,812$; $p=0,001$) negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0,01$).

Çalışmaya katılan hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puan toplamları ile Yaşam Doyum Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında pozitif yönlü %59,5’lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($r=0,595$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Tablo 6.11: Öz Bakım Gücü Ölçeği Toplam Puanının Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puanı Üzerine Etkisi

	B	Std. Hata	Test Değeri	P	95,0% Confidence Interval for B	
					Alt Limit	Üst Limit
Sabit	2,995	1,987	1,507	0,134	-0,929	6,919
Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanı	0,190	0,020	9,519	<0,001*	0,150	0,229

a. Dependent Variable: Yaşam Doyum Ölçeği toplam

** $p<0,01$

Tablo 6.11’de Öz Bakım Gücü Ölçeği Toplam Puanını Yaşam Doyum Ölçeği toplam puanı üzerine etkisine ait bulgular verilmiştir.

Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanının, Yaşam Doyum Ölçeği toplam puanı üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu saptandı ($F=90,611$, $p<0,001$, $R^2_{adj}=0,351$). Yapılan analiz sonucunda Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanında bir birimlik artışın Yaşam Doyum Ölçeği toplam puanı üzerinde 0,190 puanlık artışa neden olacağı görüldü [β (%95 GA)= 0,190 (0,150-0,229), $p<0,001$].

Tablo 6.12: Öz Bakım Gücü Ölçeği Toplam Puanının Nottingham Sağlık Profili Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları Üzerine Etkisi

	B	Std. Hata	Test Değeri	P	95,0% Confidence Interval or B	
					Alt Limit	Üst Limit
Sabit	47,736	1,703	28,029	<0,001**	44,373	51,098
^aÖz Bakım Gücü Ölçeği – Nottingham Toplam Puan	-0,304	0,017	-17,775	<0,001**	-0,338	-0,270
Sabit	10,015	0,721	13,900	<0,001**	8,593	11,438
^bÖz Bakım Gücü Ölçeği– Nottingham Ağrı Puanı	-0,065	0,007	-8,989	<0,001**	-0,079	-0,051
Sabit	4,114	0,230	17,854	<0,001**	3,659	4,569
^cÖz Bakım Gücü Ölçeği – Nottingham Enerji Seviyesi Puanı	-0,021	0,002	-8,925	<0,001**	-0,025	-0,016
Sabit	4,818	0,436	11,048	<0,001**	3,957	5,679
^dÖz Bakım Gücü Ölçeği – Nottingham Uyku Puanı	-0,034	0,004	-0,766	<0,001**	-0,042	-0,025
Sabit	12,837	0,718	17,874	<0,001**	11,419	14,256
^eÖz Bakım Gücü Ölçeği – Nottingham Fiziksel Aktivite Puanı	-0,079	0,007	-10,892	<0,001**	-0,093	-0,064
Sabit	10,949	0,544	20,134	<0,001**	9,875	12,022
^fÖz Bakım Gücü Ölçeği – Nottingham Emosyonel Reaksiyonlar Puanı	-0,074	0,005	-13,609	<0,001**	-0,085	-0,063
Sabit	5,067	0,380	13,344	<0,001**	4,317	5,817
^gÖz Bakım Gücü Ölçeği – Nottingham Sosyal İzolasyon Puanı	-0,032	0,004	-8,495	<0,001**	-0,040	-0,025

a. Dependent Variable: Nottingham Sağlık Profili Ölçeği Toplam

b. Dependent Variable: Nottingham Sağlık Profili Ölçeği Ağrı

c. Dependent Variable: Nottingham Sağlık Profili Ölçeği Enerji Seviyesi

d. Dependent Variable: Nottingham Sağlık Profili Ölçeği Uyku

e. Dependent Variable: Nottingham Sağlık Profili Ölçeği Fiziksel Aktivite

f. Dependent Variable: Nottingham Sağlık Profili Ölçeği Emosyonel Reaksiyonlar

g. Dependent Variable: Nottingham Sağlık Profili Ölçeği Sosyal İzolasyon

** $p < 0,01$

Tablo 6.12’de Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanının Nottingham Sağlık Profili Ölçeği toplam ve alt boyut puanları üzerine etkisine ait bulgular verilmiştir.

Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanının, NSP Ölçeği toplam puanı üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu saptandı ($F=315,938$, $p<0,001$, $R^2_{adj}=0,655$).

Yapılan analiz sonucunda Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanında bir birimlik artışın NSP Ölçeği toplam puanı üzerinde 0,304 puanlık düşüşe neden olacağı görüldü [β (%95 GA)= -0,304 (-0,338,-0,270), $p<0,001$].

Öz Bakım Gücü Ölçeğinin, NSP Ölçeği “Ağrı” puanı üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu gözlemlendi ($F=80,796$, $p<0,001$, $R^2_{adj}=0,325$). Yapılan analiz sonucunda Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanında bir birimlik artışın NSP Ölçeği “Ağrı” puanı üzerinde 0,065 puanlık düşüşe neden olacağı görüldü [β (%95 GA)= -0,065 (-0,079,-0,051), $p<0,001$].

Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanının, NSP Ölçeği “Enerji Seviyesi” puanı üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu saptandı ($F=79,663$, $p<0,001$, $R^2_{adj}=0,322$). Yapılan analiz sonucunda Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanında bir birimlik artışın NSP Ölçeği “Enerji Seviyesi” puanı üzerinde 0,021 puanlık düşüşe neden olacağı görüldü [β (%95 GA)= -0,021 (-0,025,-0,016), $p<0,001$].

Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanının, NSP Ölçeği “Uyku” puanı üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu saptandı ($F=58,780$, $p<0,001$, $R^2_{adj}=0,258$). Yapılan analiz sonucunda Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanında bir birimlik artışın NSP Ölçeği “Uyku” puanı üzerinde 0,034 puanlık düşüşe neden olacağı görüldü [β (%95 GA)= -0,034 (-0,042,-0,025), $p<0,001$].

Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanının, NSP Ölçeği “Fiziksel Aktivite” puanı üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu saptandı ($F=118,630$, $p<0,001$, $R^2_{adj}=0,415$). Yapılan analiz sonucunda Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanında bir birimlik artışın NSP Ölçeği “Fiziksel Aktivite” puanı üzerinde 0,079 puanlık düşüşe neden olacağı görüldü [β (%95 GA)= -0,079 (-0,093,-0,064), $p<0,001$].

Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanının, NSP ölçeği “Emosyonel Reaksiyonlar” puanı üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu saptandı ($F=185,199$, $p<0,001$, $R^2_{adj}=0,526$). Yapılan analiz sonucunda Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanında bir birimlik artışın NSP ölçeği “Emosyonel Reaksiyonlar” puanı üzerinde 0,074 puanlık düşüşe neden olacağı görüldü [β (%95 GA)= -0,074 (-0,085,-0,063), $p<0,001$].

Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanının, NSP Ölçeği “Sosyal İzolasyon” puanı üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu saptandı ($F=72,158$, $p<0,001$,

$R^2_{adj}=0,300$). Yapılan analiz sonucunda Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanında bir birimlik artışın NSP Ölçeği “Sosyal İzolasyon” puanı üzerinde 0,032 puanlık düşüşe neden olacağı görüldü [β (%95 GA)= -0,032 (-0,040,-0,025), $p<0,001$].



7. TARTIŞMA

7.1 Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özellikler Ait Bulguların Tartışması

Serebrovasküler hastalıklar görülme sıklığı ve ölüm oranının yüksek olması ve uzun süreli sakatlıklara neden olması sebeplerinden dolayı Avrupa'da halk sağlığı sorunu olarak ele alınmaktadır. Serebrovasküler hastalıklar, batı ülkelerinde uzun süreli sakatlıkların nedeni olarak görülmekte ve Amerika'da 2005 yılında 143.600 kişinin ölmesine neden olarak ölüm sebepleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır (23,24). İnme, serebrovasküler hastalıkların en sık görülen ve en tehlikeli türüdür (8).

Çalışmamızda %58,1'i (n=97) kadın, %41,9'u (n=70) erkek toplam 167 hasta incelendi ve hastaların yaşları ortalama $71,80 \pm 10,73$ yaş olarak bulundu. Hastaların %14,4'ünün (n=24) 60 yaş ve altında, %26,9'unun (n=45) 61-70 yaş arasında, %40,7'sinin (n=68) 71-80 yaş arasında ve %18'inin (n=30) 81 yaş ve üzerinde olduğu saptandı. Yapılan çalışmalarda inmenin yaşlı hastalarda daha sık görüldüğü saptanmıştır (26, 27, 28). Karaoğlan'ın 2009-2011 yılında 4583 inmeli hastayı analiz ettiği çalışmasında hastaların yaş ortalaması $66,1 \pm 13,2$ olarak bulunmuştur (28). 2008 yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde rekürren iskemik inme risk faktörlerinin incelendiği araştırmaya katılan hastaların yaşları 20-95 arasında değişmekte olup, ortalama yaş $66,85 \pm 11,21$, %50,5'inin erkek, %49,5'inin kadın olduğu bulunmuştur (27). Adıyaman'da 2013-2015 yılları arasında 304 erkek (%50,7), 296 kadın (%49,3) toplam 600 iskemik inmeli hastanın katılımı ile gerçekleştirilen araştırmada hastaların yaş ortalaması $72,47 \pm 11,07$ olarak bulunmuştur (26). Almanya'da 2012 yılında inme ünitelerinde tedavi gören 180,887 hasta üzerinde yapılan çalışmada hastaların yaşları 64-82 arasında olup, yaş ortalaması 74, %49,1'inin kadın olduğu saptanmıştır (29). Tayvan'da 2007-2014 yılları arasında 4278 inme hastasının incelendiği çalışmada hastaların yaş ortalaması 69,9, %41,1'inin kadın olduğu bulunmuştur (30).

Çalışmamızda hastaların %54,5'i (n=91) evli olduğunu, %34,7'si (n=58) çocuklarıyla, %35,3'ü (n=59) eşiyile, %19,2'si (n=32) eşi ve çocuklarıyla, %7,8'i (n=13) yalnız ve %3'ü (n=5) diğer kişilerle yaşadığını belirtti. Hastaların %40,7'sinin (n=68) emekli ve %55,1'inin (n=92) ev hanımı olduğu saptandı.

Hastaların %56,9'unun (n=95) ilköğretim, %2,4'ünün (n=4) lise ve %3'ünün (n=5) yüksekokul veya üniversite olduğu gözlenmiştir. Hastaların %3'ünün (n=5) çocuğunun olmadığı gözlenirken, %14,4'ünün (n=24) 1-2 çocuğu, %57,5'inin (n=96) 3-4 çocuğu ve %25,1'inin (n=42) 5 ve üzeri çocuğu olduğu gözlenmiştir. Hastaların %45,5'inin (n=76) gelir düzeyinin kötü olduğu gözlenirken, %52,7'sinin (n=88) gelir düzeyinin orta olduğu gözlenmiştir. Özdemir'in 2017 yılında yayınlanan uzmanlık tezinde, 97 inme hastası ve yakını çalışmaya alınmış olup, hastaların %50'den fazlası aktif olarak herhangi bir meslek alanında çalışmamakta (ev hanımı veya emekli), %74,2'si (n=72) evli, %18,6'sı (n=18) dul, %7,2'si (n=7) bekar, yarısından çoğunun eğitim durumları ilkokul veya daha altında olduğu bulunmuştur. Hastalara bakım verenlerin %48,5'i (n=47) hastaların eşi, %37,1'i (n=36) çocukları, %10,3'ü (n=10) kardeşleri, %4,1'i (n=4) ebeveynleri olduğu saptanmıştır (25). Pennlert ve ark 2017 yılında sosyo ekonomik statünün, tekrar inme geçirme durumuna etkisinin analiz edildiği çalışmada, 168,295 hasta verisi geçmişe dönük olarak analiz edilmiştir. Çalışmada 83451 (%49,6) hastanın ilköğretim mezunu, 55292'sinin (%32,9) orta, 55012'sinin (%32,7) düşük ekonomik düzeye sahip olduğu ve 90559'unun (%53,8) yalnız yaşadığı bulunmuştur (68).

Çalışmamızda hastaların %93,4'ünde (n=156) kronik hastalık olduğu gözlenmiş olup, %85,9'unda (n=134) kardiyovasküler sistem hastalığı, %5,8'inde (n=9) solunum sistemi hastalığı, %48,7'sinde (n=76) endokrin sistem hastalığı, %5,1'inde (n=8) üriner sistem hastalığı, %5,8'inde (n=9) diğer (sinir sistemi, meme Ca ve sistemik lupus) hastalıklar olduğu bulunmuştur. Vural'ın 2016 yılında yayınlanan araştırmasında, bir yıllık süreçte hastaneye başvuran 49 hastanın dördüne akut hemorajik, 45'ine akut iskemik inme teşhisi konulmuştur. Bu hastalardan yatırılarak takip edilen 35 hastanın risk faktörleri incelendiğinde 21'inde (%60) hipertansiyon, 13'ünde koroner arter hastalığı (KAH) (%37,1), 10'unda diabetes mellitus (%28,6), dokuzunda (%25,7) hiperlipidemi hikayesi saptanmıştır (20). Serhat Aslan'ın 2011 yılında yaptığı uzmanlık tezinde, prospektif olarak 20.07.2010-20.04.2011 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'na başvuran 132 hasta incelenmiş olup, iskemik inme geçiren hastaların 79 (%59,8)'u hipertansiyon hastası olarak görülürken 70 (%53,0)'i ise DM hastası olarak bulunmuştur (69). 12.7 milyondan fazla kişinin inme yaşamasında hipertansiyonun etkili olduğu

bildirilmektedir. Gelişmiş ülkelerde hipertansiyonun azaltılması ve sigara içmenin önlenmesi kampanyaları ile inme insidansı düşmektedir buna rağmen yaşlı nüfusun artması inme oranının yükselmesine neden olmaktadır (34).

7.2. Hastalığın Neden Olduğu Fiziksel ve Bilişsel Sorunlara Ait Bulguların Tartışması

Yapmış olduğumuz çalışmada hastalık sonrası yaşanan olumsuz durumlar açık uçlu soru olarak hastalara sorulmuş ve sonuç olarak %48,5'inde (n=81) kuvvetsizlik, %28,1'inde (n=47) dengesizlik, %22,2'sinde (n=37) his kaybı, %29,9'unda (n=50) destekle mobilizasyon, %9'unda (n=15) unutkanlık, %12,6'sında (n=21) ekstremitelerde paralizi, %4,2'sinde (n=7) çabuk yorulma, %5,4'ünde (n=9) beslenme güçlüğü, %28,1'inde (n=47) hareket kısıtlılığı, %12,6'sında (n=21) konuşmakta güçlük, %7,2'sinde (n=12) yatağa bağımlılık, %4,8'inde (n=8) tekerlekli sandalyeye bağımlılık ve %2,4'ünde (n=4) diğer (titreme ve ağrı) olumsuzluk belirti ve bulguları olduğu gözlenmiştir. SVH'da hastada yüz, kol ve bacaklarda paralizi, konuşma problemleri, görme bozuklukları ve fiziksel fonksiyonların etkilenmesine bağlı olarak kişisel bakım yetersizliği, anksiyete ve depresyon görülebilmektedir. Nörolojik defisitler nedeniyle yatağa bağımlılığa neden olabilen SVH'ta; hastaların motor, bilişsel ve duyuşsal değişiklikler nedeniyle fiziksel, emosyonel ve sosyal fonksiyonları kısıtlanmakta, bu nedenle de öz bakımları etkilenmekte, kendi kendilerine yetememe, günlük yaşam aktivitelerinde değişik derecelerde başkalarına bağımlı olmaları nedeniyle de yaşam kaliteleri düşmektedir (13).

7.3 Hastalığın Neden Olduğu Sosyal Sorunlara Ait Bulguların Tartışması

Çalışmamızda açık uçlu olarak hastalara hastalığın iş ve özel yaşantıdaki sorumluluklarını nasıl etkilediği sorulmuş ve hastaların %67,7'si (n=113) işlerini eskisi gibi yapamadığını, %38,9'u (n=65) sosyal ilişkilerde güçlük yaşadığını ve %19,8'i (n=33) çalışmadığını, başkalarına bağımlı olduğunu belirtmiştir. İnme gibi kronik hastalıklarda, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yapamaması, öz bakım güçlükleri, hastalık bulguları, tedavi süresinin uzun olması, hastaneye tekrarlı yatışlar, tıbbi bir cihaza bağlı olma, günde birkaç kez ilaç alma, alınan ilaçların yan etkileri gibi faktörler hastaların fiziksel ve psikolojik iyilik halinde bozulmalara yol

açabilmektedir (3,7). Gülyüz'ün 75 inmeli hasta üzerinde yaptığı çalışmada hastaların % 98,7'si çalışmadığını; çalışmama nedenleri sorulduğunda % 36,5'i hastalıklarından dolayı çalışmadıklarını bildirmişlerdir (35).

7.4. Öz Bakım Gücü Ölçeği, Yaşam Doyum Ölçeği ve Nottingham Sağlık Profili Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Dağılımına Ait Bulguların Tartışması

Çalışmamızda hastaların Yaşam Doyum Ölçeği puan ortalamaları $21,62 \pm 5,63$, Öz Bakım Gücü Ölçeği puanları ortalama $98,08 \pm 17,65$ olarak saptandı. Hastaların Nottingham Sağlık Profili ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalama $17,94 \pm 6,61$, "Ağrı" alt boyutundan aldıkları puanlar ortalama $3,64 \pm 2,00$, "Enerji Seviyesi" alt boyutundan aldıkları puanlar ortalama $2,09 \pm 0,64$, "Uyku" alt boyutundan aldıkları puanlar ortalama $1,53 \pm 1,16$, "Fiziksel Aktivite" alt boyutundan aldıkları puanlar ortalama $5,14 \pm 2,14$, "Emosyonel Reaksiyon" alt boyutundan aldıkları puanlar ortalama $3,67 \pm 1,80$ ve "Sosyal İzolasyon" alt boyutundan aldıkları puanlar ortalama $1,89 \pm 1,04$ olarak bulundu. Smith ve ark. inmeli hastaların 1. ve 6. ayda yaşam kaliteleri ve öz bakım/öz yeterlilik düzeyleri arasındaki fark analizi yapılmış ve sonuçta öz bakım öz yeterlilik düzeyi 1. ayda $\%77,4 \pm 15$, 6. ayda $\%81,1 \pm 14$, yaşam kalitesi düzeyi 1. ayda $\%22,5 \pm 3$, 6. ayda $\%23,5 \pm 3$ olarak bulunmuştur (12). Topçu ve ark. yaptığı çalışmada inmeli hastaların yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeyi arasındaki ilişki incelenmiş ve hastaların global yaşam kalitesi puanı $\%49,38 \pm 24,19$ olarak bulunmuştur (29). Baumann ve ark. Lüksemburg ve Portekiz bölgelerindeki inme geçiren hastaların 2 yıl sonraki yaşam doyumlarını ve yaşam kalitelerini analiz etmişler ve sonuçta Lüksemburg'daki hastaların yaşam doyum ortalamaları $\%69 \pm 18$, Portekiz'deki hastaların yaşam doyum ortalamaları $\%58 \pm 21$ olarak saptanmıştır. Lüksemburg'daki hastaların Newcastle İnme Özgü Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları Hareket alanında $\%80,5 \pm 24,1$, Öz Bakım alanında $\%84,5 \pm 24$, Ağrı alanında $\%75,8 \pm 28,3$, Bilişsel alanda $\%72,9 \pm 23,9$, İletişim alanında $\%78,8 \pm 22,6$, Kişiler Arası İlişkiler alanında $\%87,9 \pm 16,6$, Duygusal alanda $\%70,2 \pm 25,9$, Uyku alanında $\%73 \pm 24,2$ ve Yorgunluk alanında $\%77,1 \pm 24,5$ olarak bulunmuştur. Portekiz'deki hastaların Newcastle İnme Özgü Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları Hareket alanında $\%61,9 \pm 24,8$, Öz Bakım alanında $\%60,1 \pm 31,2$, Ağrı alanında $\%66,7 \pm 29$,

Bilişsel alanda %60,1±32,3, İletişim alanında %75,4±29,9, Kişiler Arası İlişkiler alanında %77,2±21,4, Duygusal alanda %37,6±23,3, Uyku alanında %57,8±28,7 ve Yorgunluk alanında %66,4±25,4 olarak bulunmuştur (7).

7.5 Sosyodemografik Özelliklere Göre Öz Bakım Gücü Ölçeği, Yaşam Doyum Ölçeği ve Nottingham Sağlık Profili Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımına Ait Bulguların Tartışması

Çalışmamızda Yaş gruplarına göre hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Yaşı 81 ve üzeri olan hastaların ölçek toplamından aldıkları puanlar, yaşları 61-70 yaş ve 71-80 yaş arasındaki hastalara göre anlamlı düzeyde düşük olarak bulunmuştur. Erkek hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puan toplamları, kadın hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Eğitim durumlarına göre hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Çalışma durumuna göre hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Emekli hastaların ölçek toplamından aldıkları puanlar, ev hanımı hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Gelir düzeyine göre hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden, Yaşam Doyum Ölçeğinden, Nottingham Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Tek başına yaşayabilen hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puan toplamları, tek başına yaşayamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Yaşadıkları kişiye göre hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Bakoğlu ve ark. hipertansiyonlu hastaların öz bakım gücünü değerlendirdiği çalışmasında değişik yaş gruplarındaki hastaların öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir. Erkeklerin öz-bakım gücü puan ortalamasının (102,6±20,7) kadınlarınkinden (95,5±19,2) daha yüksek olduğu ancak aradaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyi yükseldikçe öz-bakım gücü puan ortalamasının önemli ölçüde yükseldiği görülmüştür. Hastaların evde yaşadığı birey sayısına bakıldığında, % 3.3'ünün yalnız yaşadığı, % 39.0'ının 2-4 kişi olduğu ancak evdeki birey sayısının hastaların öz-

bakım gücü puan ortalamalarında etkili olmadığı ve aradaki farkın önemsiz olduğu belirlenmiştir. Sosyoekonomik düzeyi çok iyi olan (% 20) hastaların en yüksek öz-bakım gücü puan ortalamasına (107,8±22,4) sahip olduğu, sosyoekonomik düzey düştükçe öz-bakım gücü puan ortalamasının da düştüğü ancak aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Çalışan hastaların öz bakım gücünün, çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (15). Muz ve ark. 2013 yılında yayınlanmış hemodiyalizli hastalar üzerinde öz bakım gücünün araştırıldığı çalışmasında araştırma kapsamına alınan bireylerin eğitim düzeylerine göre toplam Öz Bakım Gücü ve öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında okur yazar olan grubun Öz Bakım Gücü düzeylerinin düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Gelir durumu kötü olan bireylerin Öz Bakım Gücü puanlarının diğer gruplardan düşük olduğu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (18). Şizofreni hastalarının Öz Bakım Gücü üzerine yapılan bir çalışmada yaş, cinsiyet, maddi durum ve eğitim durumları ile Öz Bakım Gücü arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunmadığı, evli ve boşanmış bireylerin ise öz bakım güçlerinin, diğer gruplara oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur. Çocuk sayısına göre 2 ve daha fazla çocuğu olanların, tek çocuğu olanlara oranla Öz Bakım Gücü puanının istatistiksel olarak daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur (70).

Çalışmamızda yaş gruplarına, cinsiyetlere, medeni duruma, çalışma durumuna, yaşadığı kişilere, tek başına yaşayabilme durumuna, eğitim durumuna, çocuk sayısına, gelir düzeyine göre hastaların Yaşam Doyum Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam doyumları üzerine yapılan bir çalışmada yaşın, cinsiyetin, medeni durumun ve gelir düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yaşam doyumuna etki etmediği, okur yazar olanlarda yaşam doyumunu diğer eğitim durumundaki yaşlılara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (40).

Araştırmamızda yaş gruplarına göre hastaların Nottingham Sağlık Profili Ölçeğinden (NSP) aldıkları toplam puanlar karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Yaşı 81 ve üzeri olan hastaların NSP ölçeği toplamından aldıkları puanlar, yaşları 60 ve altı olan, 61-70 yaş arası ve 71-80 yaş

arası olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Yaşı 81 ve üzeri olan hastaların Ağrı, Enerji Seviyesi ve Fiziksel Aktivite alt boyut puanları 61-70 arası ve 71-80 yaş arası olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Yaşı 71-80 arası olan hastaların Sosyal İzolasyon alt boyutundan aldıkları puanlar, yaşı 81 ve üzeri olan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptandı. Kadın hastaların Nottingham Sağlık Profili Ölçeği “Toplam”, “Ağrı”, “Enerji Seviyesi”, “Uyku” ve “Fiziksel Aktivite” alt boyutlarından aldıkları puanlar, erkek hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Bekar hastaların Nottingham Sağlık Profili Ölçeği “Toplam”, “Ağrı”, “Enerji Seviyesi”, “Uyku” “Fiziksel Aktivite” alt boyutlarından aldıkları puanlar, evli hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Evli hastaların Nottingham Sağlık Profili Ölçeği “Emosyonel Reaksiyonlar” alt boyutundan aldıkları puanlar, bekar hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı. Eğitim durumu ilköğretim ve lise olan hastaların ölçek toplamından aldıkları puanlar, okuryazar olmayan ve okuryazar olan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptandı. Eğitim durumu okuryazar olmayan ve sadece okuryazar olan hastaların Ağrı alt boyutundan aldıkları puanlar, eğitim durumu ilköğretim ve lise ve yüksekokul veya üniversite olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Eğitim durumu okuryazar olmayan ve sadece okuryazar olan hastaların “Enerji Seviyesi” alt boyutundan aldıkları puanlar, eğitim durumu ilköğretim ve lise olan ve yüksekokul veya üniversite olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Okuryazar olmayan hastaların Uyku alt boyutundan aldıkları puanlar, eğitim durumu ilköğretim ve lise olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Eğitim durumu ilköğretim ve lise olan hastaların Fiziksel Aktivite alt boyutundan aldıkları puanlar, okuryazar olmayan ve okuryazar olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Eğitim durumu ilköğretim ve lise olan hastaların Emosyonel Reaksiyonlar alt boyutundan aldıkları puanlar, okuryazar olmayan ve okuryazar olan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptandı. Okuryazar olmayan hastaların Sosyal İzolasyon alt boyutundan aldıkları puanlar, eğitim durumu ilköğretim ve lise olan ve yüksekokul veya üniversite olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Çocuk sayısına göre hastaların NSP Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. 5 ve üzeri çocuk sahibi olan hastaların ölçek toplamından aldıkları puanlar,

1-2 çocuğu ve 3-4 çocuğu olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı. 5 ve üzeri çocuk sahibi olan hastaların “Ağrı”, “Enerji Seviyesi”, “Uyku” ve “Fiziksel Aktivite” alt boyutlarından aldıkları puanlar, 1-2 ve 3-4 çocuk sahibi olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Çocuk sayısına göre hastaların NSP Ölçeği “Emosyonel Reaksiyonlar” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken; çocuğu olmayan hastaların Emosyonel Reaksiyonlar alt boyutundan aldıkları puanlar anlamlı olmamakla birlikte dikkat çekici düzeyde düşük bulundu. Çocuk sayısına göre hastaların NSP Ölçeği “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. 1-2 çocuk sahibi hastaların Sosyal İzolasyon alt boyutundan aldıkları puanlar, 5 ve üzeri çocuk sahibi hastalara göre anlamlı düzeyde düşük bulundu. Gelir düzeyine göre hastaların NSP Ölçeği “Ağrı”, “Enerji Seviyesi”, “Uyku”, “Fiziksel Aktivite” ve “Sosyal İzolasyon” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Gelir düzeyi orta ve iyi olan hastaların “Emosyonel Reaksiyonlar” alt boyutundan aldıkları puanlar, gelir düzeyi kötü olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu. Yapılan bazı araştırmalarda huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitelerinin incelendiği bir çalışmada yaş ile yaşam kalitesi temel alan puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında 85-94 yaş ile 65-74 ve 75-84 yaş aralığında duyuşal yetiler alan puan ortalamasında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Toplam skorda en yüksek puan ortalamasına 65-74 yaş aralığındaki yaşlıların sahip olduğu; ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Cinsiyete göre yaşam kalitesi alan puan ortalamaları karşılaştırıldığında, erkek yaşlıların yakınlık alanı hariç diğer alanlarda kadın yaşlılardan daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Erkek yaşlıların özerklik alan puan ortalaması ile kadın yaşlıların puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Eğitim düzeylerine göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarına bakıldığında ise, lise ve üniversite mezunu olan yaşlıların özerklik alan puan ortalaması daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yaşlıların medeni durum ile yaşam kalitesi alt alan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Aylık maaşı olmayan yaşlılar her alanda daha düşük puan almıştır. Maaşı olmayan yaşlılar ile maaşı olan yaşlıların yakınlık alan puan ortalaması arasındaki fark

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Emekli maaşı alan yaşlıların, 65 yaş aylığı alan yaşlılar ile duyuşsal yetiler, özerklik, sosyal katılım, ölüm ve ölmek alan ortalamaları ve toplam skor ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Çocuk sahibi olmayan yaşlıların yaşam kalitesi alt alan puan ve toplam skor ortalamaları çocuk sahibi olan yaşlılardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (71).

7.6 Öz Bakım Gücü Ölçeğinin, Yaşam Doyum Ölçeği ve Nottingham Sağlık Profili Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları Üzerine Etkisine Ait Bulguların Tartışması

Çalışmamızda Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanının, Nottingham Sağlık Profili Ölçeği toplam puanı üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu saptandı. Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanında bir birimlik artışın Nottingham Sağlık Profili Ölçeği toplam puanı üzerinde 0,304 puanlık düşüşe neden olacağı görüldü. Öz Bakım Gücü Ölçeğinin, Nottingham Sağlık Profili Ölçeği “Ağrı”, “Enerji Seviyesi”, “Uyku”, “Fiziksel Aktivite”, “Emosyonel Reaksiyonlar”, “Sosyal İzolasyon” alt ölçek puanları üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu saptandı. Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanının, Yaşam Doyum Ölçeği toplam puanı üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu saptandı. Yapılan analiz sonucunda Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanında bir birimlik artışın Yaşam Doyum Ölçeği toplam puanı üzerinde 0,190 puanlık artışa neden olacağı görüldü.

Yapılan bir çalışmada inme sonrası bireylerin öz bakım ve öz yeterliliğinin yaşam kalitesi ve depresyon ile ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır (12). Aydın, Bakış ve Özer’in yaptıkları çalışmalarında huzurevinde yaşayan yaşlıların Öz Bakım Gücü ile yaşam doyumları arasında pozitif bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Bu çalışmalarda da Öz Bakım Gücü yüksek yaşlıların, yaşam doyumlarının da yüksek olduğu görülmüştür (38,39,40). Smith ve ark. 2000 yılında yayınlanan araştırmasında inmeden sonra hastalarda görülen depresyon, öz bakım ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmiş ve hastalarda inmeden sonra depresyonun yaygın şekilde görüldüğü ve bunun yaşam kalitesini ve öz bakım gücünü olumsuz olarak etkilediği saptanmıştır (12). Altıparmak ve ark. kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastaların üzerinde yaptıkları çalışmada öz bakım gücü ile yaşam kalitesi alanları

karşılaştırılmış; öz bakım gücü ile yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, rol fonksiyonu ve sosyal fonksiyon alt boyutları arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir (24). Park ve ark. romatoid artritli hastaların öz bakım gücü ve yaşam kalitesini analiz ettikleri çalışmada öz bakım gücü ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (72). Yıldırım ve ark. kronik obstrüktif akciğer hastalarının öz bakım gücü ve yaşam kalitesi üzerine yaptıkları çalışmada hastaların öz bakım gücü ve yaşam kaliteleri arasında doğru orantılı ilişkili olduğunu saptamışlardır (73).



8. SONUÇ VE ÖNERİLER

İnmeli hastaların Öz Bakım Gücü ile yaşam kalitesi ve yaşam doyumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi ile ilgili sonuçlar özetlenmiştir.

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, evde yaşadığı kişi çocuk sayısı ve tek başına yaşayabilme durumu ile Öz Bakım Gücü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu.

Endokrin sistem hastalığı olan hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puan toplamları, endokrin sistem hastalığı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı.

Destekle mobilize, hareket kısıtlılığı ve yatağa bağımlı olan hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puan toplamları, bu sorunlar görülmeyen hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı.

Unutkanlık, beslenme ve konuşma güçlüğü sorunları yaşayan hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puan toplamları, bu sorunları yaşamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı.

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, hastanın yaşadığı kişiler, çocuk sayısı, tek başına yaşayabilme durumu ve gelir düzeyi ile Nottingham Sağlık Profili Ölçeği Toplam ve Alt Boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu saptandı.

Kronik hastalık gözlenen hastaların NSP Ölçeği “Toplam”, “Ağrı”, “Enerji Seviyesi”, “Fiziksel Aktivite” boyutlarından aldıkları puanlar, kronik hastalığı bulunmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı.

Endokrin sistemi hastalığı olan hastaların NSP Ölçeği “Ağrı”, “Enerji Seviyesi”, “Uyku”, “Fiziksel Aktivite” boyutlarından aldıkları puanlar, endokrin sistem hastalığı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı.

Kuvvetsizlik yaşayan hastaların NSP Ölçeği “Fiziksel Aktivite” alt boyutundan aldıkları puanlar, kuvvetsizlik sorunu yaşamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı.

Destekle mobilize olabilen hastaların NSP Ölçeği “Toplam”, “Enerji Seviyesi”, “Fiziksel Aktivite” boyutlarından aldıkları puanlar, destekle mobilize olamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı.

Unutkanlık sorunu yaşayan hastaların NSP Ölçeği “Toplam”, “Uyku”, “Fiziksel Aktivite”, “Ağrı”, “Enerji Seviyesi” boyutlarından aldıkları puanlar, unutkanlık sorunu yaşamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı.

Ekstremitelerde paralizi görülen hastaların NSP Ölçeği “Fiziksel Aktivite” alt boyutundan aldıkları puanlar, ekstremitelerde paralizisi olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı.

Çabuk yorulma sorunu olan hastaların NSP Ölçeği “Enerji Seviyesi” alt boyutundan aldıkları puanlar, çabuk yorulma sorunu olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı.

Beslenme güçlüğü yaşayan hastaların NSP Ölçeği “Toplam”, “Enerji Seviyesi”, “Fiziksel Aktivite” alt boyutundan aldıkları puanlar, beslenme güçlüğü yaşamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı.

Hareket kısıtlılığı olan hastaların NSP Ölçeği “Toplam”, “Ağrı”, “Enerji Seviyesi”, “Fiziksel Aktivite”, “Uyku”, “Emosyonel Reaksiyonlar”, “Sosyal İzolasyon” boyutlarından aldıkları puanlar, hareket kısıtlılığı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı.

Konuşmada güçlük yaşayan hastaların NSP Ölçeği “Toplam”, “Ağrı”, “Enerji Seviyesi”, “Fiziksel Aktivite”, “Emosyonel Reaksiyonlar”, “Uyku”, “Sosyal İzolasyon” boyutlarından aldıkları puanlar, konuşmada güçlük yaşamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı.

Yatağa bağımlı olan hastaların NSP Ölçeği “Toplam”, “Ağrı”, “Enerji Seviyesi”, “Fiziksel Aktivite”, “Emosyonel Reaksiyonlar”, “Uyku”, “Sosyal İzolasyon” boyutlarından aldıkları puanlar, yatağa bağımlı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı.

Tekerlekli sandalyeye bağımlı hastaların NSP Ölçeği “Toplam”, “Ağrı”, “Fiziksel Aktivite” boyutlarından aldıkları puanlar, tekerlekli sandalyeye bağımlı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı.

Yaşa, cinsiyete, medeni duruma, eğitim durumuna, çalışma durumuna, yaşadığı kişilere, tek başına yaşayabilme durumuna, çocuk sayısına göre hastaların Yaşam Doyum Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Hareket kısıtlılığı olan hastaların Yaşam Doyum Ölçeğinden aldıkları puan toplamları, hareket kısıtlılığı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı.

Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanının, Nottingham Sağlık Profili Ölçeği toplam puanı üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu saptandı. Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanında bir birimlik artışın Nottingham Sağlık Profili Ölçeği toplam puanı üzerinde 0,304 puanlık düşüşe neden olacağı görüldü.

Öz Bakım Gücü Ölçeğinin, Nottingham Sağlık Profili Ölçeği “Ağrı” puanı üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu gözlemlendi . Yapılan analiz sonucunda Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanında bir birimlik artışın Nottingham Sağlık Profili Ölçeği “Ağrı” puanı üzerinde 0,065 puanlık düşüşe neden olacağı görüldü..

Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanının, Nottingham Sağlık Profili Ölçeği “Enerji Seviyesi” puanı üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu saptandı. Yapılan analiz sonucunda Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanında bir birimlik artışın Nottingham Sağlık Profili Ölçeği “Enerji Seviyesi” puanı üzerinde 0,021 puanlık düşüşe neden olacağı görüldü.

Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanının, Nottingham Sağlık Profili Ölçeği “Uyku” puanı üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu saptandı. Yapılan analiz sonucunda Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanında bir birimlik artışın Nottingham Sağlık Profili Ölçeği “Uyku” puanı üzerinde 0,034 puanlık düşüşe neden olacağı görüldü.

Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanının, Nottingham Sağlık Profili Ölçeği “Fiziksel Aktivite” puanı üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu saptandı. Yapılan analiz sonucunda Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanında bir birimlik artışın Nottingham Sağlık Profili Ölçeği “Fiziksel Aktivite” puanı üzerinde 0,079 puanlık düşüşe neden olacağı görüldü.

Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanının, Nottingham Sağlık Profili Ölçeği “Emosyonel Reaksiyonlar” puanı üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu saptandı. Yapılan analiz sonucunda Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanında bir birimlik artışın Nottingham Sağlık Profili Ölçeği “Emosyonel Reaksiyonlar” puanı üzerinde 0,074 puanlık düşüşe neden olacağı görüldü.

Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanının, Nottingham Sağlık Profili Ölçeği “Sosyal İzolasyon” puanı üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu saptandı. Yapılan analiz sonucunda Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanında bir birimlik artışın Nottingham Sağlık Profili Ölçeği “Sosyal İzolasyon” puanı üzerinde 0,032 puanlık düşüğe neden olacağı görüldü.

Çalışmaya katılan hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puan toplamları ile Yaşam Doyum Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında pozitif yönlü %59,5’lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanının, Yaşam Doyum Ölçeği toplam puanı üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu saptandı. Yapılan analiz sonucunda Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puanında bir birimlik artışın Yaşam Doyum Ölçeği toplam puanı üzerinde 0,190 puanlık artışa neden olacağı görüldü.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda sonraki çalışmalara yol göstermesi açısından aşağıdakiler önerilmektedir.

- Öz bakım gücü, hastaların yaşam kalitelerini ve yaşam doyumlarını etkilemekte olup, inmeli hastalara öz bakım gücünü arttıracak hemşirelik girişimlerinde bulunulması gerekmektedir.
- Çalışmamızda hastaların hemşirelerden yeterli eğitimi almadıkları, bu nedenle de öz bakım gücünü arttırmaya yönelik faaliyetler konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadıkları saptandı.
- Bu veriler ışığında inmeli hastalarla çalışan hemşirelerin Orem tarafından geliştirilen Öz Bakım Kuramı doğrultusunda hastalarına bakım planlamaları ve uygulamaları gerektiği, böylece hastaların Öz Bakım Gücü ile doğru orantılı olarak yaşam kalitelerinin ve yaşam doyumlarının arttırılabileceğini düşünmekteyiz.

9. KAYNAKLAR

1. Adams HP, Del Zoppo G, Alberts MJ et al. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. *Circulation*, 115(20), e478-e534, 2007.
2. Soyuer F, Ünal D, Öztürk A. İnme Hastalarında Yaş ve Cinsiyetin Fonksiyonel Yetersizlik Üzerine Olan Etkisi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 14(2) 91-94, 2007.
3. Öztürk Ş. Serebrovasküler Hastalık Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri Dünya ve Türkiye Perspektifi. *Turkish Journal of Geriatrics* 13 (1): 51-58, 2009.
4. TÜİK, Sağlık Araştırması, 2012.
5. Ünal B, Ergör G, Dinç Horasan G, Kalaça S, Sözmen K. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Araştırması. Ankara, 2013.
6. Stegmayr B, Asplund K, Kuulasmaa K, et al. Stroke incidence and mortality correlated to stroke risk factors in WHO MONICA Project: an ecological study of 18 populations. *Stroke*; 28:1367-1374, 1997.
7. World Health Organization, World Health Report -2002.
8. Feigin VL, Norrving B, Mensah GA. Global Burden of Stroke. *Circulation Research* February 3, 2017.
9. Feigin VL, Lawes CMM, Bennett DA, Barker-Collo SL, Parag V. Worldwide stroke incidence and early case fatality reported in 56 population-based studies: a systematic review. *Lancet Neurol*; 8: 355–69, 2009.
10. Winstein CJ, Chair PT, Stein J, Vice Chair V, Arena R, Bates B, et al. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, June 2016.
11. Oza R, Rundell K, Garcellano M. Recurrent Ischemic Stroke: Strategies for Prevention. *American Family Physician*, 96(7): October 1, 2017.

12. Robinson-Smith G, Johnston MV, Allen J. Self-Care Self-Efficacy, Quality of Life and Depression After Stroke. Arch Phys Med Rehabil Vol 81, April 2000.
13. Şenocak Ö, El Ö, Söylev GÖ, Avcılar S, Peker Ö. İnme Sonrasında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Journal of Neurological Sciences [Turkish] 25:(3)# 15; 169-175, 2008.
14. Ünal D, Şenol V, Öztürk A, Erkorkmaz Ü. Meslek Yüksekokullarının Sağlık ve Sosyal Programlarında Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Bakım Gücü Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 14(2); 101-109, 2007.
15. Bakoğlu E, Yetkin A. Hipertansiyonlu Hastaların Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4 (1), 2000.
16. Öztürk H, Nural N, Hindistan S. Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Öz Bakım Gücü. İ.Ü.F.N. Hem. Derg Cilt 17 - Sayı 2: 87-93, 2009.
17. Demir Avcı Y, Gözüm S, Özer Z. İnmeli Hastaların Ailelerinin, Bakım Verme Yeterliliğini Geliştirmek İçin Yapılan Girişimler: Sistemik Derleme. TJFMPC, www.tjfmpe.gen.tr; 10 (3), 2016
18. Muz G, Eğlence R. Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi. Balıkesir Sağlık Bil Derg Cilt:2 Sayı:1 Nisan 2013.
19. Yalçın E, Yalçın M, Çelik Y, Ekuklu G. Risk Factors For Recurrent Ischemic Stroke in Turkey. Trakya Univ Tıp Fak Derg; 25(2):117-123, 2008.
20. Vural A. Bir İlçe Hastanesi Perspektifinden Akut İnme: Sorunlar ve Fırsatlar. Turk J Neurol;22:13-18, 2016
21. Ertekin Pınar Ş, Gülbahtiyar Demirel G. Huzurevinde Yaşayan Orta Yaş ve Yaşlı Bireylerde Günlük Yaşam Aktiviteleri, Öz-Bakım Gücü ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi. Elderly Issues Research Journal (EIRJ) 9, 39-52, June 2016.

22. Erci B, Yılmaz D, Budak F. Yaşlı Bireylerde Özbakım Gücü ve Yaşam Doyumunun Umut Düzeylerine Etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*;8(2):72–76, 2017.
23. Alemdar H, Pakyüz SÇ. Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım Gücünün Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2.Sayı, 2015
24. Altıparmak S, Fadiloğlu Ç, Gürsoy ŞT, Altıparmak O. Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda Öz Bakım Gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Ege Tıp Dergisi*, 50 (2): 95-102, 2011
25. Soluk Özdemir Y. İnme Hastalarının Duygudurumu ile Hastalara Bakım Veren Aile Bireylerinin Ağrı, Yaşam Kalitesi ve Duygudurumu Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2017.
26. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med*. 1998;28(3):551-558. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9626712>. Accessed July 17, 2017
27. Birtane M, Taştekin N. Quality of Life After Stroke. *Trakya Univ Tıp Fak Derg*;27 Suppl 1:63-68, 2010.
28. Gürçay E, Bal A, Cakci A. Health-related quality of life in first-ever stroke patients. *Ann Saudi Med*. Jan-Feb; 29(1): 36-40, 2009.
29. Topçu S, Bölüktaş RP. İnmeli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Sosyal Desteğin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*; 29(3):159-164, 2012.
30. Van de Port IG, Kwakkel G, Schepers VP, Heinemans CT, Lindeman E. Is fatigue an independent factor associated with activities of daily living, instrumental activities of daily living and health-related quality of life in chronic stroke? *Cerebrovasc Dis*. 2007;23(1):40-5, 2007.
31. Van Mierlo ML, van Heugten CM, Post M, de Kort P, Visser-Meily J. Life satisfaction post stroke: The role of illness cognitions. *J Psychosom Res*. Aug;79(2):137-42, 2015.

32. Abzhandadze T, Forsberg-Wärleby G, Holmegaard L, Redfors P, Jern C, Blomstrand C, et al. Life satisfaction in spouses of stroke survivors and control subjects: A 7-year follow-up of participants in the Sahlgrenska Academy study on ischaemic stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, Vol 49, Iss 7, Pp 550-557, 2017.
33. Ostwald SK, Godwin KM, Cron SG. Predictors of Life Satisfaction in Stroke Survivors and Spousal Caregivers Twelve to Twenty-Four Months Post Discharge From Inpatient Rehabilitation. *Rehabil Nurs.* ; 34(4): 160–174, 2009.
34. Ostwald SK. Predictors of life satisfaction among stroke survivors and spouse caregivers: a narrative review. *Aging Health*; 4: 2 41–252, 2008
35. Kankaya H, Karadakovan A. Yaşlı Bireylerde Günlük Yaşam Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumuna Etkisi. *GÜSBD*; 6(4): 21-29, 2017.
36. İnce B. Yaşlılarda iskemik inme. *Türk Kardiyol Dern Ars*;45 Suppl 5: 83–85, 2017.
37. Özer M, Karabulut Ö. Yaşlılarda Yaşam Doyumu. *Geriatry* 6 (2): 72-74, 2003.
38. Özer M. Huzurevinde ve Aile Ortamında Yaşayan Yaşlıların Öz Bakım Gücü ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2001.
39. Bakış E. Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Öz Bakım Gücünün Yaşam Doyumlarına Etkisinin İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002.
40. Aydın T. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Geleceğe Yönelik Beklentilerinin Özbakım Gücü ve Yaşam Doyumuna Etkisi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Samsun, 2010.
41. Avşar G, Kaşıkçı M. Ülkemizde Hasta Eğitiminin Durumu. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*;12(3): 67-73, 2009
42. Taşocak G. Hasta Eğitimi. İstanbul Üniversitesi Yayınevi, İstanbul: 2003.

43. Erol Ç. İç Hastalıkları. Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 4139-4161, 2008.
44. Eti Aslan F, Olgun N. Fizyopatoloji. Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara, 364-367, 2017.
45. Guyton A., Hall J. Texbook Of Medical Physiology Tıbbi Fizyoloji. Çavuşoğlu, H (Ed.). (12.bs.), Nobel Kitabevi, Ankara, 543-592, 2013.
46. Orem DE. Nursing: Concept of Practice Self-Care Agency and Dependent-care Agency, 4 th ed. Mosby Year Book, St. Louis, 145-175, 1991.
47. Mandzuk, L L., McMillan, D E. A Concept Analysis Of Quality Of Life. Journal of Orthopaedic Nursing, 9, 12–18, 2005.
48. Gülgün Ekelik F. Hemşire ve Ebelerde Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Algısı. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014.
49. Beğli S. Hafif ve Orta Derecede Zihinsel Engeli Olan Çocukların Annelerinin Yaşam Kalitesinin İncelenmesi Kontrol Grubu ile Karşılaştırılarak Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2016.
50. Martins, JJ. ve diğ. Quality Of Life Among Elderly People Receiving Home Care Services. Acta Paul Enferm, 22(3),265-71, 2009.
51. E. Maden Turgut, İş Doyumu ve Yaşam Doyumu İlişkisi ve İstanbul'daki Devlet Üniversite Hastanelerinde Çalışan Ameliyathane Hemşirelerine Yönelik Bir Araştırma, İÜ, SBE, YYLT, İstanbul, s.41, 2010.
52. Moon Y, Kim S, Kim H, Won M, Kim D. Correlates of quality of life after stroke.; 224(February 2002):37-41, 2004.
53. Kuzu Z. İnme ÖzelliklerininYaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İzmir, 2015.

54. Kim WH, Jung HY, Choi HY, Park CH, Kim ES, Lee SJ, Ko SH, Kim SY, Joa KL. The associations between insomnia and health-related quality of life in rehabilitation units at 1month after stroke. *J Psychosom Res.* May;96:10-14, 2017.
55. Safaz İ, Kesikburun S, Adıgüzel E, Yılmaz B. Determinants of disease-specific health-related quality of life in Turkish stroke survivors. *International Journal of Rehabilitation Research*, Vol 39 No 2,2016.
56. Nordin NAM, Aziz NAA, Sulong S, Aljunid SM. Functional limitation and health-related quality of life, and associated factors among long term stroke survivors in a Malaysian community. *Med J Malaysia* Vol 71 No 6 December 2016.
57. Mandić M, Arandjelović M, Nikolić M, Rančić N. Assessment of Health-Related Quality of Life Post-Stroke Survivors. *Acta Medica Medianae*, Vol.57(1), 2018.
58. Raju RS, Sarma PS, Pandian JD. Psychosocial Problems, Quality of Life, and Functional Independence Among Indian Stroke Survivors. *Stroke* December 2010.
59. Neugarten, BL, et al. The Measurement of the Life Satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16,134-143, 1961.
60. Köker S. Normal ve Sorunlu Ergenlerin Yaşam Doyumu Düzeyinin Karşılaştırılması, Ankara, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 1991.
61. Selçukoğlu Z. Araştırma Görevlilerinde Tükenmişlik Düzeyi ile Yalnızlık Düzeyi ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin Bazı Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi, Konya, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2001.
62. Kearney BY, Fleischer BJ. Development of an instrument to measure exercise of self-care agency. *Res Nurs Health*; 2: 25-34, 1979.
63. Nahcivan N. Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması: Öz-Bakım Gücü Ölçeği'ninTürkçe'ye Uyarlanması. *Hemşirelik Bülteni*, Cilt VII, Sayı:33, 1994.

64. Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 35:185-188,1985.
65. Küçükdeveci AA, McKenna SP, Kutlay S, Gursel Y, Whalley D, Arasıl T. The development and psychometric assessment of the Turkish version of the Nottingham Health Profile, *International Journal of Rehabilitation Research*; 23(1): 31-38, 2000.
66. Diener E, Enmors RA, Larger RJ ve ark. The satisfaction with life scale. *J Pers Assess*; 49: 71-75, 1985
67. Yetim, Ü. Life satisfaction: A study based on the organization of personal projects. *Social Indicators Research*, 29, 277-289, 1993.
68. Aslan S. Kardiyolojik Olmayan İskemik İnmeli Hastalarda Metabolik Sendromun İnme Rekürrensi ve Prognozu Üstüne Olan Etkileri. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı*, Edirne, 2011.
69. Pennlert J, Asplund K, Glader EL, Norrving B, Eriksson M. Socioeconomic Status and the Risk of Stroke Recurrence Persisting Gaps Observed in a Nationwide Swedish Study 2001 to 2012. *Stroke*; 48:1518-1523, 2017.
70. Taş S. Şizofreni Tedavisi Almış Bireylerin Taburculuk Sonrası Erken Dönemde Hemşirelik Bakım Gereksinimleri ve Öz Bakım Güçlerinin Belirlenmesi. *Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Antalya, 2014.
71. Ercan N. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Ankara 2010.
72. Park SY, Nam YW, Baek MW. The Relationships among Self-Care Agency, Family Support, Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Journal of Muscle and Joint Health*, 7(2), 281-293, 2000.

73. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu Aşilar R, Bakar N, Demir N. Effect of anxiety and depression on self-care agency and quality of life in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Practice*, 19(1),14-22, February 2013.



10. EKLER

EK-1: Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu

Bu çalışma İnmeli Hastaların öz bakım gücünün, yaşam kalitesi ve yaşam doyumuna etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacak olup, sadece bu araştırma için kullanılacaktır. Araştırmaya katılımınızda gönüllülük esastır. Teşekkür Ederiz.

Araştırmacı Eylem ERZURUMLU

1. Yaşınız?
2. Cinsiyet
a) Erkek b) Kadın
3. Medeni Durumunuz
a) Evli b) Bekar
4. Çocuğunuz var mı?
a) Evet b) Hayır
5. Eğitim düzeyiniz?
a) İlköğretim b) Lise c) Yüksek okul veya üniversite d) Diğer..
6. Mesleğiniz?
a) Memur b) İşçi c) Serbest Meslek d) Ev Hanımı e) Emekli f) Diğer.....
7. Şu an yaşadığınız yer?
a) Köy b)Kasaba c)Şehir d) Diğer...

8. Gelir düzeyiniz?
a) Kötü b) Orta c) İyi

9. Evinizde kimlerle yaşamaktasınız?
a) Yalnız b) Sadece eşinizle c) Eş ve çocuklar d) Anne ve baba e)Diğer

10. Tek başınıza yaşayabilir misiniz? Neden?

a) Evet.....

b) Hayır.....

11. Başka bir hastalığınız var mı?

a) Evet

b) Hayır

12. Hastalığınızdan sonra hayatınızda neler değişti (olumlu ya da olumsuz olara)?

.....
.....
.....
.....

13. Hastalığınız sorumluluklarınızı (iş yaşantısı, aile yaşantısı, özel yaşantı vs) etkilediğini düşünüyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

13. soruya cevabınız evet ise açıklayınız.

.....
.....
.....
.....

14. Hemşirelerden hastalığınız hakkında herhangi bir eğitim aldınız mı?

a) Evet b) Hayır

14. soruya cevabınız evet ise açıklayınız.

.....
.....
.....
.....

15. Aldığınız eğitimler yaşantınızı ve hastalığınıza alışmanızı kolaylaştırdı mı?

a) Evet b) Hayır c) Kısmen

16. Hemşirelerden hastalığınızla ilgili sizin beklentileriniz nelerdir?

.....
.....
.....
.....

EK-2 ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (X) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

	Beni Hiç Tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim Yok	Beni Biraz Tanımlıyor	Beni Çok Tanımlıyor
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim					
2.Kendimi beğeniyorum.					
3.Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.					
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.					
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım.					
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.					
7.Kendime bakmadığım zaman, yardım ararım.					
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.					
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri					

yapmayı çoğunlukla ertelerim.					
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.					
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.					
12.Dengeli beslenirim.					
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınırım.					
14.Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.					
15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.					
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.					
17.Kararlarımı sonuna kadar uygularım.					
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.					
19.Sağlığımla ilgili kişisel kararlarımınadiren uygularım.					
20.Kendimle dostum.					
21.Kendime iyi bakarım.					
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.					
23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.					
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.					

25. Yaşam bir zevktir.					
26. Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.					
27. Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.					
28. Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.					
29. Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.					
30. Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.					
31. Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemem ve geçmesini beklerim.					
32. Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım.					
33. Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum					
34. Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.					
35. Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.					

EK-3 Nottingham Sağlık Profili

		EVET	HAYIR
Kendimi sürekli yorgun hissediyorum	ES		
Geceleri ağrım oluyor	A		
Her şey moralimi bozuyor	ER		
Dayanılmaz şiddetli ağrılarım var	A		
Uyuyabilmek için ilaç alıyorum	U		
Artık eğlenmeyi unuttum	ER		
Kendimi çok sinirli hissediyorum	ER		
Hareket etmek, pozisyon değiştirmek zor geliyor	A		
Kendimi yalnız hissediyorum	SE		
Sadece ev içinde yürüyebiliyorum	FA		
Öne eğilmek benim için zor oluyor	FA		
En basit işler için bile çaba sarf etmem gerekiyor	ES		
Sabahları çok erken saatte uyanıyorum	U		
Hiç yürüyemiyorum	FA		
İnsanlarla geçinmek bana zor geliyor	SE		
Günler geçmek bilmiyor	ER		
Merdivenleri inip çıkmada zorlanıyorum	FA		
En basit işler için bile çaba sarf etmem gerekiyor	FA		
Yürürken ağrım oluyor	A		
Bugünlerde çok kolay öfkeleniyorum	ER		
Bana yakın hiç kimse yokmuş gibi hissediyorum	SE		
Geceleri çoğunlukla uyanık oluyorum	U		
Bazen kontrolümü kaybediyormuşum gibi oluyor	ER		
Ayakta durunca ağrım olur	A		
Kendi kendime giyinmek zor oluyor	FA		
Çabucak yoruluveriyorum	ES		
Uzun süre ayakta durmak bana zor geliyor	FA		
Sürekli ağrım oluyor	A		
Uykuya dalabilmek için uzun süre bekliyorum	U		
Çevremdeki insanlara yük oluyormuşum gibi geliyor	SE		
Geceleri endişelerim yüzünden uyuyamıyorum	ER		
Hayat yaşamaya değmezmiş gibi geliyor	ER		
Gece uykularım çok kötü	U		
İnsanlarla geçinmekte zorlanıyorum	SE		
Dışarıda yürümek için yardıma ihtiyaç duyuyorum	FA		
Merdiven inip çıkarken ağrım olur	A		
Sabahları moralim bozuk ve keyifsiz uyanıyorum	ER		
Otururken ağrı hissediyorum	A		

A: Ağrı U:Uyku FA: Fiziksel Aktivite ES: Enerji Seviyesi ER: Emosyonel Reaksiyonlar SE: Sosyal İzolasyon

EK-4 Yaşam Doyum Ölçeği

Aşağıda 5 ifade vardır. Bu ifadelerin size uygunluk derecesini belirlemek amacıyla ile 1'den 7'ye kadar seçenekler sunulmuştur. Bu derecelendirilmiş seçeneklerden sizin için uygun olan derecelendirme numarasını ifadelerin karşısında yer alan çizginin üzerine yerleştiriniz. Cevaplandırmada lütfen açık ve dürüst olunuz.

1. Hiç uygun değil
2. Uygun değil
3. Biraz uygun değil
4. Ne uygun, ne uygun değil
5. Biraz uygun
6. Uygun
7. Çok uygun

Yaşamım birçok yönüyle ideallerime yakın

Yaşam koşullarım çok iyi/mükemmel

Yaşamımdan memnunum

Hayattan şu ana kadar istediğim şeyleri elde edebildim

Yeniden dünyaya gelseydim yaşamımda hemen hemen hiçbir şeyi değiştiremezdim.....

EK-5: Araştırma Kurum Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 30/06/2016-34422



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



APS

Sayı : 97175836-770-
Konu : Araştırma İzni (Eylem ERZURUMLU)

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Kavacık Mah., Ekinçler Cad., No:19, Kavacık Kavşaağı, 34810 Beykoz/İstanbul

İlgi : 28/06/2016 tarihli ve 31034136-302.08.01-43697 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınıza istinaden; Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Eylem ERZURUMLU'nun, Yard.Doç.Dr.Esra KÖROĞLU ÇAMDEVİREN danışmanlığında, "İnmeli Hastaların Öz Bakım Gücü İle Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki" konulu tez çalışmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Kağıthane Devlet Hastanesinde Nöroloji Klinikleri ve Polikliniklerinde yapabilmesi uygun görölmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Hakan ORUÇ
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı V.

EK-6 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın KATILIMCI,

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, inmeli hastaların öz bakım gücünün yaşam kalitesi ve yaşam doyumu üzerindeki etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmada sosyodemografik ve tıbbi duruma ilişkin bilgi formu, Öz Bakım Gücü Ölçeği, yaşam kalitesini değerlendirmek için Nottingham Sağlık Profili ölçeği ve Yaşam Doyum Ölçeği tarafınızdan tamamlanacaktır. Araştırma 150 katılımcı tarafından yürütülecektir.

Araştırmanın sizin için beklenen yararları öz bakım gücünüzün sınırlılıklarını belirlemek, yaşam kalitenizdeki sorunları belirlemek ve yaşam doyumunuza ilişkin bilgiler elde ederek, sizlere daha çok ihtiyacınız olan alanlarda destek verebilmeyi sağlamaktır.

Bu araştırma ile ilgili olarak doğru bilgi vermek sizin sorumluluğunuzdur. Araştırma sizin için herhangi bir risk taşımamaktadır. Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi çalışmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlanırsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun için **0212 280 22 22 no'lu telefondan Eylem ERZURUMLU'ya** başvurabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi

bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Araştırmaya katıldığınız ve tüm soruları içtenlikle yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Gönüllünün

Adı / Soyadı

Telefon no

İmzası

Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı /Soyadı : Eylem ERZURUMLU

İmzası :

Tarih:

Gerekirse Yasal Temsilcinin

Adı / Soyadı

İmzası

Tarih

EK-7 ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ

Re: Öz Bakım Gücü Ölçeği Hk



NURSEN NAHCIVAN <nursen@istanbul.edu.tr>



Kime: EYLEM ERZURUMLU

[Tüm ekleri kaydet](#)



1-NNahcivan-TURKCE OZ...
102,63 KB



2-Turkish Esca-WJNR.pdf
110,96 KB

Sayın Eylem Erzurumlu,

Türkçe *Öz-bakım Gücü Ölçeği*'ni tez çalışmanızda kaynak göstermek suretiyle elbette kullanabilirsiniz. İhtiyacınız olan dokümanlar ekte gönderilmiştir.

Başarı dileklerle,

--
Prof. Dr. Nursen NAHCIVAN
İstanbul Üniversitesi/İstanbul University
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi/Florence Nightingale Nursing Faculty
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı/Public Health Nursing Department, Chair
Tel: 0-212-440 0000 (dahili/ex. 27058)

RE: FW: Nottingham Sağlık Profili Ölçeği Hk.



Ayşe Kucukdeveci <ayse.kucukdeveci@gmail.com>

Kime: 'EYLEM ERZURUMLU'

Eylem Hanım,
Ölçeği tez çalışmanızda kullanabilirsiniz.
Gerekli dokümanları önceki mailimde göndermiştim. Yine de sorunuz olursa bana erişebilirsiniz.
İyi çalışmalar dilerim.
Ayşe

Prof. Dr. Ayşe A. Kütükdeveci
Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
İbni Sina Hastanesi, Kat 4, Samanpazarı, 06100 Ankara
Tel: +90 312 5082850, 5082822
Faks: +90 312 5083935
e-mail: ayse.kucukdeveci@gmail.com

Re: Yaşam Doyum Ölçeği Kullanım izni



Ünsal YETİM <unsalyetim@mersin.edu.tr>

Kime: EYLEM ERZURUMLU

[Tüm ekleri kaydet](#)



YD OLCEK.docx
31,92 KB



YD OLCEK.docx
31,92 KB

Ölçeği, istediğiniz bilgileri gönderiyorum. Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar.

EYLEM ERZURUMLU <erzurumlu06@alm.ku.edu.tr> yazdı:

Sayın Hocam merhabalar,

Ben Medipol Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği bölümünde yüksek lisans öğrencisiyim, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz Yaşam Doyum ölçeğini tez çalışmamda kullanmak için izninizi istiyorum. Ölçeğin çalışmasını yaptığınız araştırmanın tamamına ulaşmam mümkün olmadı bu nedenle ölçek kullanım bilgileri ve atıfta bulunabilmek ve kaynak gösterebilmek açısından da makalenin tamamını içeren bilgileri de gönderebilirdeniz sevinirim.

Saygılarımla

Eylem ERZURUMLU

10. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.9273
Konu : Etik Kurulu Kararı

23/06/2016

Sayın Eylem Erzurumlu

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "İnmeli Hastaların Öz Bakım Gücü ile Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki" isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Doc. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 23.06.2016 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrakınızı <http://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden E238D092XB kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İnmeli Hastaların Öz Bakım Gücü ile Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Eylem Erzurumlu			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Yüksek Lisans Öğrencisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	21.06.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	21.06.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 357		Tarih: 22/06/2016			
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Eylem	Soyadı	Erzurumlu
Doğum Yeri	Çorum	Doğum Tarihi	29.03.1985
Uyruğu	T.C.		
E-mail	eerzurumlu06@alm.ku.edu.tr		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzma		
Yüksek Lisans		
Lisans	Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2006
Lise	Çorum Atatürk Lisesi (Yabancı Dil Ağırlıklı Lise /Fen	2002

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Yoğun Bakım Hemşiresi	Kağıthane Devlet Hastanesi	2014-
2. Başhekim Asistanlığı	Kağıthane Devlet Hastanesi	2011 - 2014
3. Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi	Kağıthane Devlet Hastanesi	2010 - 2011
4. Servis Hemşiresi	Kağıthane Devlet Hastanesi	2009 -2010
5. Pediatri Hemşiresi	Amerikan Hastanesi	2006 -2009

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Orta	Orta

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Yabancı Dil Sınav Notu								
KPDS	YDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

Başarılmış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır

KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; YDS: Yabancı Dil Bilgisi Seviye Tespit Sınavı; IELTS: International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet-Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE: Certificate of Proficiency in English

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Office Programları	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin