

T.C.

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İç Hastahkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İNME Lİ BİREYLERİN ENGELLİLİK ALGILARININ ÖZ
ETKİLİLİK DURUMLARI ÜZERİNE ETKİLERİNİN
İNCELENMESİ

SEVDE DÖLEN
ORCID : 0000 0001 5025 81 98
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. ELİF ÜNSAL AVDAL

İZMİR - 2023

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İNME Lİ BİREYLERİN ENGELLİLİK ALGILARININ ÖZ
ETKİLİLİK DURUMLARI ÜZERİNE ETKİLERİNİN
İNCELENMESİ

SEVDE DÖLEN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. ELİF ÜNSAL AVDAL

İZMİR - 2023

KABUL VE ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütölmüş olan bu çalışma, aşğıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 29/12/2022

Tez Danışmanı: Prof.Dr.Elif ÜNSAL AVDAL

Üye: Prof.Dr.Yasemin TOKEM

Üye: Dr.Öğr.Üyesi Gülbin KONAĞI

ONAY: Bu Yüksek Lisans Tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen jüri üyeleri tarafından uygun görölmüş ve kabul edilmiştir.

İmza

Prof. Dr. Hatice YILDIRIM SARI

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini İzmir Katip Çelebi Üniversitesi'ne verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

o Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.

(Bu seçenekte teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etseniz ve kütüphaneye bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir.)

o Tezimin/Raporumun tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını istemiyorum (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç)

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.) o Tezimin/Raporumun..... tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.

o Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi

29/12/2022 Sevde DÖLEN

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki tüm bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen atıflar dışında zgn olduğunu, Tez Danışmanım Prof. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve İzmır Katip elebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığımı beyan ederim.

23/1/2023

İmza

Sevde DÖLEN

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde, değerli bilgilerini bizlerle paylaőan, saygıdeğer danışman hocam; Prof. Dr. Elif Ünsal AVDAL'a, çalışmam boyunca bir an olsun yardımlarını esirgemeyen ve hayatımın her evresinde bana destek olan değerli aileme sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

ÖZET

İNME Lİ BİREYLERİN ENGELLİLİK ALGILARININ ÖZ ETKİLİLİK DURUMLARI ÜZERİNE ETKİLERİNİN İNCELENMESİ

Amaç: Araştırma, “İnmeli Bireylerin Engellilik Algılarının Öz Etkililik Durumları Üzerine Etkilerinin İncelenmesi” amacıyla tanımlayıcı tipte planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evrenini en az 6 ay önce inme geçiren ve İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Nöroloji Polikliniği İnme Birimine 3 Temmuz-30 Aralık 2020 tarihleri arasında başvuran kayıtlı 150 birey oluşturup örneklemini ise pandemi sebebiyle, kendilerine ve birlikte yaşadığı birinci derece yakınlarına ulaşılabilirliği olan, örneklem seçim kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 50 kişi oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri; Araştırmacılar tarafından literatüre dayalı geliştirilen Hasta-Hastalık Tanılama Formu, İnme Öz Etkililik Ölçeği ve Londra Engellilik Ölçeği ile toplanmıştır. Ölçeklerden gerekli izinler alınmıştır. Veri analizi SPSS 24 programı ile analiz edilmiş olup, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi ve Cronbach’s Alpha ve Spearman Korelasyon analizi yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 50 bireyin yaş ortalaması 65 olup % 54’ü erkek, % 46’sı ise kadınlardan oluşmaktadır. Bu çalışmada ölçeklere ait güvenilirlik katsayıları incelendiğinde, İnme Öz Etkililik Ölçeği’ne ait Cronbach’s Alpha değerinin 0,969, Londra Engellilik Ölçeği’nin ise Cronbach’s Alpha değeri 0,875 olarak bulunmuştur. İnme Öz Etkililik Ölçeği ve Londra Engellilik ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesi için yapılan Spearman Korelasyon analizi sonucuna göre; engellilik ölçeği geneli ile öz etkililik ölçeği geneli ($r=-0,748$) arasında negatif yönlü yüksek seviyede bir ilişki saptanmıştır.

Sonuç: İnmeli bireylerin engellilik algıları ile öz etkililik durumları arasında negatif yönlü bir ilişki olup engellilik algısı artan inmeli bireylerin öz etkililik düzeylerinde azalma olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: İnme, Engellilik, Öz Etkililik, Öz Etkililik Ölçeği, Engellilik Ölçeği

SUMMARY

INVESTIGATION OF THE EFFECTS OF DISABILITY PERCEPTIONS OF INDIVIDUALS WITH STRUCTURES ON THEIR SELF-EFFICIENCY STATUS

Objective: The research was planned as a descriptive study with the aim of “Investigation of the Effect Of Disability Perceptions Of Individuals with Stroke on Self-Efficacy Status”.

Methods and Materials: The population of the study consisted of 150 individuals who had a stroke at least 6 months ago and applied to the Stroke Unit of the Neurology Polyclinic of Izmir Katip Çelebi University between July 3 and December 30, 2020, and the sample consisted of 150 individuals who were accessible to them and their first-degree relatives due to the pandemic, and who met the sample selection criteria. and 50 people who agreed to participate in the research. The data of the research; The Patient-Disease Diagnosis Form, developed by the researchers based on the literature, was collected with the Stroke Self-Efficacy Scale and the London Disability Scale. Necessary permissions were obtained from the scales. Data analysis was analyzed with SPSS 24 program, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis H test and Cronbach's Alpha and Spearman Correlation analysis were performed.

Results: The average age of 50 individuals participating in the study was 65, with 54% male and 46% female. When the reliability coefficients of the scales were examined in this study, the Cronbach's Alpha value of the Stroke Self-Efficacy Scale was 0.969, and the Cronbach's Alpha value of the London Disability Scale was 0.875. According to the results of the Spearman Correlation analysis conducted to examine the relationship between the Stroke Self-Efficacy Scale and the London Disability Scale; A high level of negative correlation was found between the overall disability scale and the overall self-efficacy scale ($r=-0.748$).

Conclusion: It has been determined that there is a negative relationship between the disability perceptions of stroke individuals and their self-efficacy, and there is a decrease in the self-efficacy levels of stroke individuals with increased disability perception.

Keywords: Stroke, Disability, Self-Efficacy, Self-Efficacy Scale, Disability Scale,

İÇİNDEKİLER

Onay	i
Yayımlama ve Fikri Mülkiyet Hakları Beyanı	ii
Etik Beyan Sayfası	iii
Teşekkür	iv
Özet	v
Abstract	vi
İçindekiler	vii
Simgeler ve Kısaltmalar	ix
Şekil ve Tablolar	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. İnme Epidemiyolojisi.....	4
2.2. İnme Etiyolojisi.....	5
2.3. İnme Risk Faktörleri	7
2.4. İnme Belirti ve Bulguları	8
2.5. İnme Patofizyolojisi	9
2.6. İnme Tanı Yöntemleri.....	9
2.7. İnme Tedavisi.....	10
2.8. İnmede Hemşirelik Yönetimi.....	12
2.9. İnme ve Engellilik	13
2.10. İnme ve Öz Etkililik.....	14
3. GEREÇ ve YÖNTEM	15
3.1. Araştırmanın Tipi.....	16
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	16
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	16
3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Yöntemi ve Araçları.....	16
3.4.1 Hasta-Hastalık Bilgi Formu	16
3.4.2. Londra Engellilik Ölçeği (LEÖ)	17

3.4.3. İnme Öz Etkililik Ölçeği (İÖEÖ)	18
3.5. Verilerin Analizi.....	19
4. BULGULAR	21
4.1. Demografik Verilere İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	21
4.2. İnmeli Bireylerin Öz Etkililik Düzeylerine Ait Analiz Sonuçları.....	24
4.3. İnmeli Bireylerin Engellilik Düzeylerine Ait Analiz Sonuçları.....	30
5. TARTIŞMA	44
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	50
KAYNAKLAR	51
EKLER	60
Ek-1 Londra Engellilik Ölçeği Kullanım İzni	60
Ek-2 Öz Etkililik Ölçeği Kullanım İzni.....	61
Ek-3 Etik Kurul İzni.....	62
Ek-4 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	63
Ek-5 Hasta- Hastalık Bilgi Formu	64
Ek-6 Londra Engellilik Ölçeği (LEÖ)	67
Ek-7 İnme Öz Etkililik Ölçeği (İÖEÖ)	71
ÖZGEÇMİŞ	74

Simgeler ve Kısaltmalar Dizini

AHA: Amerikan Kalp Birliği

FAST: Yüz- Kol- Konuşma testi

FDA: Gıda ve İlaç Dairesi

GHE: Küresel Sağlık Tahminleri

GEÖ: Görsel Eşdeğerlik Ölçeği

ICIDH: Bozukluk, Yeti yitimi ve Engelliliğin Uluslararası Sınıflandırması

İÖEÖ: İnme Öz Etkililik Ölçeği

LEÖ: Londra Engellilik Ölçeği

MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme

NIHSS: Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Skalası

RACE: Hızlı Arter Tıkanıklığı Değerlendirme Skalası

SPSS: Sosyal Bilimlerde İstatiksel Analiz

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

WHOQOL: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği

Tablolar Dizini

Tablo 1: TOAST sınıflandırmasına göre iskemik inme türleri	6
Tablo 2: İnme Risk Faktörleri	7
Tablo 3: İnmeli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları	20
Tablo 4: İnmeli Bireylerin Bağımlılık Düzeylerine Göre Dağılımları.....	21
Tablo 5: İnmeli Bireylerin İnme Sonrası Yetersizlik Durumlarına Göre Dağılımları	22
Tablo 6: Öz Etkililik Düzeylerine Ait Normallik Testi Sonuçları.....	24
Tablo 7: Öz Etkililik Düzeylerine Ait Tanımlayıcı Bulgular.....	24
Tablo 8: İnmeli Bireylerin Öz Etkililik Düzeylerinin Yaş, Cinsiyet ve Sosyal Güvence Olma Durumuna Göre Farklılıkları.....	25
Tablo 9: İnmeli Bireylerin Öz Etkililik Düzeylerinin İnme Tipine Göre Farklılıkları.	24
Tablo 10: İnmeli Bireylerin Öz Etkililik Düzeylerinin Geçirdikleri Atak Sayısına Göre Farklılıkları.....	26
Tablo 11: İnmeli Bireylerin Öz Etkililik Düzeylerinin Fiziksel Tedavi Görme Durumuna Göre Farklılıkları.....	27
Tablo 12: İnmeli Bireylerin Öz Etkililik Düzeylerinin Eğitim Durumları, Meslekleri ve Yaşadıkları Kişilere Göre Farklılıkları.....	27
Tablo 13: İnmeli Bireylerin Öz Etkililik Düzeylerinin Beden Kitle İndekslerine Göre Farklılıkları.....	28
Tablo 14: İnmeli Bireylerin Öz Etkililik Düzeylerinin Kronik Rahatsızlık Olma Durumu, Süresi ve Etkilenen Tarafa Göre Farklılıkları.....	29
Tablo 15: Öz Etkililik Düzeylerine Ait Normallik Testi Sonuçları	30
Tablo 16: Engellilik Düzeylerine Ait Alt Boyut Bulguları.....	30
Tablo 17: İnmeli Bireylerin Engellilik Düzeylerinin Yaşlarına Göre Farklılıkları...31	
Tablo 18: İnmeli Bireylerin Engellilik Düzeylerinin Cinsiyetlerine Göre Farklılıkları.....	32
Tablo 19: İnmeli Bireylerin Engellilik Düzeylerinin Sosyal Güvence Olma Durumuna Göre Farklılıkları.....	32
Tablo 20: İnmeli Bireylerin Engellilik Düzeylerinin İnme Tipine Göre Farklılıkları	33

Tablo 21: İnmeli Bireylerin Engellilik Düzeylerinin Geçirdikleri Atak Sayısına Göre Farklılıkları.....	34
Tablo 22: İnmeli Bireylerin Engellilik Düzeylerinin Fizik Tedavi Görme Durumuna Göre Farklılıkları.....	35
Tablo 23: İnmeli Bireylerin Engellilik Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Farklılıkları.....	35
Tablo 24: İnmeli Bireylerin Engellilik Düzeylerinin Mesleklerine Göre Farklılıkları.....	36
Tablo 25: İnmeli Bireylerin Engellilik Düzeylerinin Yaşadıkları Kişilere Göre Farklılıkları.....	37
Tablo 26: İnmeli Bireylerin Engellilik Düzeyleri Beden Kitle İndekslerine Göre Farklılıkları.....	38
Tablo 27: İnmeli Bireylerin Engellilik Düzeylerinin Kronik Rahatsızlık Olması Durumuna Göre Farklılıkları.....	39
Tablo 28: İnmeli Bireylerin Engellilik Düzeylerinin Kronik Rahatsızlık Süresine Göre Farklılıkları.....	40
Tablo 29: İnmeli Bireylerin Engellilik Düzeylerinin İnme Sonrası Etkilenen Tarafa Göre Farklılıkları.....	41
Tablo 30: Öz Etkililik Ölçeği ve Engellilik Ölçeği Alt Boyutlarının Birbirleri Arasındaki İlişki	41
Tablo 31: Öz Etkililik Ölçeği Güvenilirlik Analizleri	42
Tablo 32: Engellilik Ölçeği ve Alt Boyutları Güvenilirlik Analizleri	42

1. GİRİŞ

1.1.Araştırmanın Tanımı ve Önemi

Dünya çapında, serebrovasküler kazalar (inme) ikinci önde gelen ölüm nedeni ve üçüncü önde gelen engellilik nedenidir (1). Beyin damar hastalığına bağlı, ani başlangıçlı ve 24 saatten uzun süren fokal nörolojik bulgulara yol açan inme, aynı zamanda bunama ve depresyonun önde gelen sebebidir (2). Tüm inme vakalarının % 60-80'ini iskemik inme, % 20-40'ını ise hemorajik inme oluşturmaktadır (3-4).

İnmenin en önemli değiştirilebilir risk faktörleri arasında hipertansiyon yer almaktadır (5). Gerek sistolik gerekse diyastolik kan basıncı yüksekliği ile koroner olay ve inme gelişme sıklığı arasında da güçlü bir bağ bulunmaktadır (6). İnme sonucu ölen her 10 kişinin kan basınçları düzenlenebilmiş olsaydı 4 kişi kurtarılabilmiş olabilirdi (5).

İnme öyküsü olan bireylerde ikinci bir inme vakası geçirme riski daha fazla olmakla birlikte 60 yaşın üzerindeki ikinci önde gelen ölüm nedeni olup ve 15 ila 59 yaşlarındaki kişilerde beşinci önde gelen nedendir. Her yıl dünya çapında 3 milyon kadın ve 2.5 milyon erkek inme sebebiyle hayatını kaybetmektedir (5). Amerikan Kalp Birliği, gelecek yıllarda, inme olgularının artacağını öngörmektedir (7).

Yüksek ölüm riski taşıyan inmenin olduğu beyin bölgesi ve yakın çevresi etkilenir. Etkilenen beyin bölgesine göre konuşma, kas gücü, koordinasyon-denge, görme veya hafızada kayıp ortaya çıkar. Bazı hastalar bu durumdan tam olarak iyileşirken bazı hastalar ağır özürlü olarak yaşamlarına devam eder (8). İnme fiziksel ve psikolojik bozulmanın yanında, sağlık bakım maliyetini arttıran, yaşam kalitesini azaltan kronik bir durumdur. İnmeden sonraki yaşam bireyin eski durumuna kavuşması ve bireysel bakımını sürdürebilmesi gereken önemli bir dönemdir. Bu

dönemde bireyin fizyolojik ve psikolojik değişikliklere bağlı olarak gereksinimler artmakta ve bireysel bakıma daha çok ihtiyaç duyulmaktadır (9)

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi (WHOQOL) grubu yaşam kalitesini; ‘Hastanın, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili kişisel algısı’ olarak tanımlamaktadır (10). Yaşam kalitesi bireyin fiziksel işlevlerini, ruhsal durumunu, aile içindeki ve dışındaki toplumsal ilişkilerini, çevreden etkilenmişlik düzeylerini kapsar ve bu durumun bireyin işlevselliğini ne derece etkilediğini gösterir (11).

İnmeli bireylerin sağlık durumlarında, toplumsal hayata ve günlük yaşam aktivitelerine katılmada engeller yaşadığı evrensel olarak kabul görmüştür. Mobilite, fiziksel işlevler, enstrümental ve temel günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlanmaların her biri engellilik olarak tanımlanabilir. Sağlıkta, doğuştan anormallikler, yapı bozuklukları olan onarılamayan beden dış görünümündeki anormallikler, beden orantısız şekillenmesi, doku ve organların normal boyutundan farklı gelişim göstermesindeki bozukluklar engellilik kavramı olarak ele alınmaktadır (12). Engellilik, bir insan için normal kabul edilen aralıkta bir aktivite veya görevi gerçekleştirme yeteneğinin olmamasıdır.

Genel olarak engellilik (handicap); belirli bir bireyin, yaş, cinsiyet, sosyal ve kültürel faktörlere bağlı olarak normal bir rolün yerine getirilmesini sınırlayan ya da yerine getirmesini engelleyen bir bozukluk veya özürülükten kaynaklanan dezavantajdır. Kronik hastalıkların yönetilmesinde engelliliğin azaltılması temel hedeftir bu nedenle inmeli bireylere kaliteli bir rehabilitasyon sağlayabilmek ve bakım verebilmek amacıyla engelliliğin ölçülmesi gerekmektedir (13). İnme sonrası sakatlık literatürde çok tartışılan bir konu olmakla birlikte, handicap çok az ilgi görmüştür (14).

İnmeli bireylerin bu zorlu süreci yönetebilmelerinde kendileri kadar bakım vericileri ve bireyleri bu süreçte yalnız bırakmayan hemşireler yer almaktadır.

Bağımsızlık kazanıp hastalığı yönetme sürecinde bireyleri davranış biçimi, bilgi, beceri, sağlık inancı, tutumlar ve sosyal öz etkililiktir (15).

Öz etkililik, kişinin belirli bir hedefe ulaşmak için gerekli, belirli davranışları, başarılı bir biçimde gerçekleştirebileceğine olan inancıdır şeklinde tanımlanmaktadır (16-18). Öz etkililik kavramı ilk kez, 1977 yılında Bandura tarafından kullanılmıştır (19-20). Bandura, en güçlü kaynağın başarıya performansı olduğunu belirtmektedir. Aynı şekilde fizyolojik durum, daha somut bir kavram olması nedeniyle bireylerin yapabilirlik düzeyini belirlemelerinde etkili bir kaynak olarak göstermektedir (19).

Algılanan öz etkililiğin yüksek olmasının sağlık davranışının gelişmesinin önündeki engelleri azalttığı belirtilmektedir (21).

İnme sonrası yaşanan kısıtlılıklar, hastaların engellilik durumları ve öz etkililik düzeylerini etkilemektedir. Yaşam kalitesi, engellilik ve öz etkililik düzeylerinin, hastaların fiziksel ve psikososyal sorunların üstesinden gelmesi açısından payı büyüktür (22). Hemşireler, inme geçiren hastanın, acil servise kabulünden itibaren, hastanede kaldığı süre boyunca, taburculuk ve taburculuk sonrası rehabilitasyon programı içerisinde, yani bakım ve tedavinin her aşamasında inme geçiren hasta ile birlikte. Bu özelliği nedeni ile hastayı en iyi tanıyan ve yakından takip eden sağlık profesyoneli, hemşirelerdir (23-24). Bu çalışma da inmeli bireylerin engellilik algılarının öz etkililik durumları üzerine etkisinin nasıl olduğu sorusuna yanıt aranmakta olup kullanılacak olan İnme Öz Etkililik Ölçeği ve Londra Engellilik Ölçeği'nin, inme hastalarının öz etkililik düzeylerinin ve engellilik algılarının belirlenmesinde fayda sağlayacağı ve bu alanda çalışan hemşirelere bakım sürecini planlamalarında yol gösterebileceği düşünülmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada; İnmeli bireylerin engellilik algılarının öz etkililik durumları üzerine etkilerinin incelenmesi ve bu alanda literatüre katkı sağlaması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnme Epidemiyolojisi

Serebrovasküler kazalar dünya çapında ikinci önde gelen ölüm nedeni olup engelliliğe yol açan hastalıklar arasında ise üçüncü sırada yer almaktadır (25).

İnme, vasküler kaynaklı olduğu varsayılan, 24 saatten fazla süren veya ölüme yol açan serebral işlevlerde fokal veya global bozukluk belirtilerinin hızla gelişen belirtileriyle karakterize edilen bir klinik sendrom olarak tanımlanır (26).

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization, WHO), her yıl dünya çapında 15 milyon insanın inme geçirip 5 milyonunun hayatını kaybettiğini ve beş milyon kişide ise inmenin engelliliğe yol açarak kalıcı hasar oluşturduğunu bildirmektedir (27).

Amerikan Kalp Birliği (American Heart Association- AHA) 2020 verilerine göre, her kırk saniyede bir kişi inme geçirirken, her dört dakikada bir kişi inme nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Her yıl Amerika Birleşik Devletleri'nde 795.000'den fazla insan inme geçiriyorken bunların yaklaşık 610.000'i ilk veya yeni bir inmedir (28).

Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) 2018 verileri, ülkemizde ölüm vakalarının %38.4'ünün dolaşım sistemi hastalıkları kaynaklı olduğunu göstermektedir. Dolaşım sistemi hastalıkları kaynaklı ölümlerin ilk sırasında, iskemik kalp hastalıkları (%39.7), ikinci sırada ise serebrovasküler hastalıklar (%22.4) yer almaktadır. Ölüm nedeni istatistikleri yaş gruplarına göre incelendiğinde; 2018 yılında dolaşım sistemi hastalıklarının en çok 51 bin 376 kişi ile 75-84 yaş grubundadır (29).

İnmeler her yaşta görülebilmekle beraber oluşma riski yaşla artmaktadır (28). İnme, 65 yaş ve üzeri inme geçirenlerin yarısından fazlasında hareketliliği azaltarak uzun vadeli engelliliğin nedenidir.

Beklenen nüfus artışı ve yaşlanmayı içeren geleneksel tahminler 2030 yılında ABD'deki ölüm oranlarının iki kat artabileceğini ortaya koymaktadır (30).

2.2. İnme Etiyolojisi

İnmenin patolojik arka planında serebral kan dolaşımının iskemik ve hemorajik bozuklukları yer almaktadır (31). İnmelerin yaklaşık % 87'si tıkanıklığa bağlı iskemik, %10'u kanamaya bağlı hemorajik ve %3'ü da subaraknoid kanama (SAK) olarak meydana gelmektedir (32).

İskemik inme beyin kan akımının birden bozulması sonucu ani bilinç kaybı ile karakterize serebrovasküler atak ya da beyin atağı olarak adlandırılan durumdur (33).

Etiyolojisinde serebral alanda kan akışında bozulmaya sebep olan trombotik veya embolik bir durum yer alır. Trombotik serebral enfarktüs, tıkalı arter bölgesinin tamamında veya bir kısmında iskemi ile birlikte büyük servikal ve serebral arterlerin aterosklerotik tıkanmasından kaynaklanır. Bu durum ana aterosklerotik bölgedeki tıkanmaya ya da bu bölgeden daha distal serebral arterlere giden bir emboliye bağlı olabilir. Embolik serebral enfarktüs ise arteriyel sistemin diğer bölümlerinden gelen serebral arterlerdeki bir pıhtı embolisine bağlıdır (31, 34).

İskemik inmenin etiyolojisi prognozu, sonucu ve hasta yönetimini etkileyen önemli bir unsurdur. Akut inmeli hastalar için tedavi süreci, iskemik inmenin alt tipinden etkilenen yanıtın ölçümlerini içermesi gerekir. Bu amaçla günümüzde akut inme tedavisinde nedene yönelik kullanılan en yaygın yöntem, TOAST (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment) sınıflamasıdır (35-36).

TOAST kriterlerine göre iskemik inme, beş ana patolojik veya etiyolojik tipe gruplandırılabilir (Tablo 1).

Tablo 1: TOAST sınıflandırmasına göre iskemik inme türleri.

	Kontür Türü	Nedenleri	Yüzde
1	Büyük arter ateroskleroza	Beynin büyük kan damarlarındaki aterosklerotik plaklar iskemi ve enfarkta neden olur.	% 20
2	Kardiyoembolizm	Sol ventriküllerde kardiyak disritmiler, kalp kapak hastalığı ve trombus ile ilişkili	% 15
3	Küçük arter oklüzyonu	Beyindeki bir veya daha fazla damar etkilenir.	% 25
4	Belirlenebilen diğer nedenlere bağlı inme	Yasadışı uyuşturucu kullanımı gibi	% 20-25
5	Etiyolojisi bilinmeyen inme	Nedeni bilinmiyor	% 5-10

Kaynak: Esen F İ. *İskemik İnme ve Trombosit Glikoprotein IB-Alfa Kozak Polimorfizmi İlişkisi*. Doktora Tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul 2010:5.

Hemorajik inme, yüksek mortalite ve morbiteye neden olan bir durumdur. İntrakraniyal hemorajinin 1 ay içerisindeki mortalite oranı yaklaşık %40'tır. Yalnızca vasküler bir olay sonucunda meydana gelen, travmatik olmayan ve MSS'nde hasara neden olan intrakraniyal kanamalar, hemorajik inme olarak adlandırılır (37).

Hemorajik inmeye neden olabilen durumlar intraserebral kanamalar, subaraknoid kanamalar ve intraventriküler kanamalardır (38). İntraserebral hemoraji en yaygın travmatik olmayan intrakraniyal kanama türüdür; hemorajik inmenin %80'ini ve tüm inmelerin %10-15'ini oluşturur (39). İntraserebral kanama, çoğunlukla, küçük damarların yırtılmasına yol açan kontrolsüz hipertansiyondan kaynaklanır (40).

Hemorajik inmenin en sık görülen nedeni hipertansiyondur. İkinci en sık görülen nedeni serebral amiloid anjiyopatidir. Antikoagülan tedavi kullanımı da hemorajik inmeye yol açabilir (41).

Subaraknoid kanama, subaraknoid aralığa kanama; subaraknoid kanamaya bağlı inme ise bir travma olmaksızın subaraknoid aralığa kanama olması sonucunda hızla gelişen nörolojik fonksiyon bozukluğu belirtileri ve/veya baş ağrısı olarak tanımlanır. Subaraknoid kanama %45'e kadar çıkan mortalite; yaklaşık %10 oranında

ağır iş görmezlik ve çok daha yüksek oranlarda kognitif, sosyal ve sağlık sorunlarına neden olmaktadır (37).

Bu felç grubu temel olarak beynin alt yüzeyindeki büyük arterlerin atallanmasındaki anevrizmaların yırtılmasından kaynaklanmaktadır (42). En önemli risk faktörleri sigara içme, hipertansiyon ve fazla alkol kullanımıdır (43).

2.3. İnme Risk Faktörleri

İnme için tanımlanan risk faktörleri, değiştirilebilen ve değiştirilemeyen risk faktörleri olarak sınıflandırılmaktadır. Değiştirilemeyen risk faktörleri arasında yaş, cinsiyet, ırk ve genetik yer almaktadır. Hipertansiyon, sigara kullanımı, diyabet gibi bazı risk faktörleri ise tedavi edebilir, değiştirebilir ya da kontrol edilebilmektedir (44, 45, 15). (Tablo-2). (15)

Tablo 2: İnme Risk Faktörleri.

1. Kontrol edilemeyen risk faktörleri

- Yaş
- Cinsiyet
- Irk
- Aile yks/ genetik

2. Kontrol edilebilen risk faktörleri

<i>- Kesinleşmiş risk faktörleri</i>		<i>- Kesinleşmemiş risk faktörleri</i>	
1.	Hipertansiyon	1.	Alkol kullanımı
2.	Diyabet,hiperinsülinemi, glikoz intoleransı	2.	Obezite
3.	Kalp hastalıkları	3.	Beslenme alışkanlıkları
4.	Sigara	4.	Fiziksel hareketsizlik
5.	Hiperlipidemi	5.	Hiperhomosisteinemi
6.	Asemptomatik karotis stenozu	6.	İlaç kullanımı ve bağımlılık
7.	Orak hücreli anemi	7.	Hormon tedavisi
		8.	Hiperkoaglabilitte
		9.	Fibrinojen
		10.	İnflamasyon
		11.	Migren

Kaynak: Topçu S. İnmeli Hastalarda z etkililik ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Türkiye Cumhuriyeti Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2017.

2.4. İnmenin Belirti ve Bulguları

İnme sırasında her dakika önemlidir. Hızlı tedavi, inmenin neden olabileceği beyin hasarını azaltabilir (46).

İnme belirti ve bulguları inmenin tipine, oluşum yerine, kan akımının bozulduğu alanın büyüklüğüne ve kollateral dolaşıma bağlı olarak değişim gösterir. İnme sonrası çoğunlukla görülebilecek belirti ve bulgular aşağıdaki gibidir;

- Vücudun bir tarafında yüz, kol veya bacakta hemi/monoparezi (duyu kaybı, güçsüzlük),
- Paraparezi, dengesizlik,
- Konuşmada bozulma veya konuşulan dili anlamada güçlük,
- Okuma, yazma, hesap yapmada güçlük,
- Görme bozuklukları (çift görme, körlük),
- Mental durumda bozulma,
- Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe,
- Yutma güçlüğü, baş dönmesi, inkontinans,
- Ani başlayan şiddetli baş ağrısı

İnme sonrası görülen semptomlar beynin etkilenen bölgesi ve yeri hakkında bilgi vermesi açısından tanıya yardımcı olur (15, 47).

2.5. İnme Patolojisi

Beyin beslenmesinde beyin kan akımı önemli rol oynar (33). Hemorajik inme kan damarının rüptürü, iskemik inme ise beyin kan damarlarının herhangi bir tıkanmaya bağlı olarak bozulması ile meydana gelir. Beyin işlevlerinin tam olarak yerine getirilebilmesi için beyin kan akımının 750-1000 ml/dk olması gerekir. Beyin kan akımı 25 ml/100 g/dk. altına düştüğünde ilk 30 saniyede nöron metabolizması değişir, iki dakika içinde metabolizma bozulur ve beş dakika içinde hücre ölümü meydana gelir (33, 15, 48).

İskemik merkezdeki ölü hücrelerin çevresinde, elektriksel anlamda sessiz fakat yaşamsallığını sürdüren bir bölge vardır. Bu bölge penumbra olarak isimlendirilir. Tedavide hedef bu bölgenin kurtarılmasıdır (49).

2.6. İnme Tanı Yöntemleri

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlanmasına göre inme; vasküler nedenler dışında görünür bir neden olmaksızın fokal serebral fonksiyon kaybına ait belirti ve bulguların hızla yerleşmesi ile karakterize bir klinik sendromdur. Semptomlar yirmi dört saatten uzun sürer veya ölümlle sonlanabilir (50).

İnme, genellikle ani gelişen, yüzde asimetri, kol veya bacakta kas gücünün azalması, anormal konuşma klinik belirtileri ile ortaya çıkar. Ölüm veya ciddi sakatlıklara neden olabileceği için hızla tanı konulması ve tedavi edilmesi gerekmektedir (51). Tanılama yapılırken anamnez, fizik muayene, ayrıntılı nörolojik, sistemik muayene, görüntüleme yöntemleri ve çeşitli skalalardan yararlanır (52, 53). İnme sonrası inmenin nedenini saptamak ve buna göre tıbbi ya da cerrahi tedaviye karar vermek için birçok görüntüleme yönteminden yararlanır. Bunlar; BT, MRG Anjiyografi, Perfüzyon BT, Beyin MRG, Doppler USG, konvansiyonel anjiyografi kullanılabilmektedir (33, 53).

En iyi sonuç veren inme tedavileri, ancak inme fark edilirse ve ilk semptomlardan sonraki 3 saat içinde teşhis edilirse kullanılabılır (54). Hastane öncesi değerlendirme ölçekleri akut inmeyi tanımlamak için geliştirilmiştir. Bunlar arasında; Face-Arm-Speech Test- FAST (Yüz- Kol- Konuşma testi), Cincinnati Prehospital Stroke Scale- CPSS (Cincinnati Hastane Öncesi İnme Skalası) ve Recognition of Stroke in the Emergency Room- ROSIER (Acilde İnme Tanısı), Rapid Arterial Occlusion Evaluation- RACE (Hızlı Arter Tıkanıklığı Değerlendirme Skalası) yer alır. Bunlarda hiçbirinin büyük damar tıkanıklığını tanımlamada diğerinden üstün olduğu gösterilmemiştir. Aralarından FAST kısaltması (yüz sarkması, kol zayıflığı, konuşma

zorluğu, acil servisleri arama süresi) çok sayıda profesyonel organizasyon tarafından onaylanmış ve son eğitim kampanyalarının merkezinde yer almıştır (15, 55, 54).

Klinik bulgular ışığında tanının konulmasının ardından hastanın, nörolojik bozukluğun derecesini, inmenin yerini, komplikasyon potansiyelini belirlemek ve inme ciddiyetini değerlendirmek için sağlık çalışanları tarafından hızlıca uygulanabilen Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Skalası'nın (NIHSS- The National Institutes of Health Stroke Scale) kullanımı önerilmektedir (15, 56). NIHSS, inme hastalarının bilinç düzeyini, konuşma-görme bozukluklarını, motor, duyu ve işlevsel kayıplarını değerlendiren bir ölçektir (15).

2.7. İnme Tedavisi

İNme tedavisi iskemik inme tedavisi ve hemorajik inme tedavisi şeklinde sınıflandırılmakta ve açıklanmaktadır. İskemik inme tedavisinde amaç, nörolojik hasarlanmayı en aza indirmek, iskemiye ikincil oluşabilecek ek hasarları önlemek ve hastanın fonksiyonel iyileşmesini kolaylaştırabilecek önlemleri almak olmalıdır (57).

İskemik inme hastalarının tedavisinde altın standart olarak kabul edilen doku plazminojen aktivatörü-r-tPA (diğer adıyla alteplaz), beyne kan sağlayan bir damar tıkanığında oluşan iskemik inmeyi tedavi etmek için Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration, FDA) tarafından onaylanmıştır (15, 54).

Akut iskemik inme tedavisinde IV tPA uygulamasının etkililiği önceleri ilk 3 saat içinde infüzyona başlanan hastalar ile sınırlı olarak kabul edilmiş iken, bu önce 4,5 saate, takiben de seçilmiş olgularda anlamlı derecede büyük hacimde serebral iskemik penumbra dokusunun varlığının ortaya konulması şartı ile 9 saate ve bazı özel olgular için ilk 24 saatin sonuna kadar uzatılmıştır (58).

Akut iskemik inmede IV tPA ilk 90 dakika içinde başlanabilirse üçüncü ay sonunda iyi klinik sonuçları (gündelik yaşam aktivitelerinde tam bağımsız olma

hali ile ifade edilir) yaklaşık 2,5 kat artırır. Tedavi ikinci doksan dakikada 1,7 kat daha fazla iyilik hali sağlar. IV tPA üçüncü 90 dakikada iyi sonlanımı anlamlı olarak 1,3 kat ve dördüncü doksan dakikada ise anlamsız olarak 1,2 kat artırır (58).

Trombolitik tedavi dışında; intraarteriyel trombolitik tedavi, mekanik pıhtı tedavisi, akut intrakraniyal anjiyoplasti ve stent takılması, iskemik inme tedavisinde kullanılan diğer endovasküler yöntemlerdir. Bu yöntemlerle birlikte akut inme tedavisinde serebrovasküler olayın erken dönemde tekrarlamasının engellenmesi amacıyla antikoagülan ve antiagregan ilaçlar kullanılmaktadır (15, 51).

Hemorajik inmelerde tıbbi tedavinin amacı; kanamanın durdurularak beyin dokusunun iyileştirilmesi, tekrar kanama riskinin önlenmesi ya da en aza indirilmesini sağlayarak oluşabilecek komplikasyonları önlemektir. Sedasyon ve stres yarabilecek uyaranları kontrol altına alarak yatak istirahatinin sağlanması, vazospazm yönetimi, kanamanın tekrarlanmasını önlemeye yönelik tıbbi ya da cerrahi tedavi uygulanması hasta yönetiminde temel girişimlerdir (33). Medikal tedavide, INR'nin (International Normalized Ratio- Uluslararası Düzeltme Oranı) en kısa sürede normale döndürülmesi amacıyla, K vitamini ve taze donmuş plazma verilmektedir (53). Baş ve boyun ağrısı için kodein ya da asetaminofen gibi analjezikler ve yatak istirahatine bağlı gelişebilecek derin ven trombozunu önlemeye yönelik elastik bandaj uygulaması tedavide uygulanması önerilen diğer yöntemlerdir (59).

2.8. İnmede Hemşirelik Yönetimi

İnme, iyi tedavi edilmediğinde komplikasyon ve yetersizliklere yol açan, hastaların yaşam kalitesini azaltan, mortalite ve morbidite oranı oldukça yüksek olan bir hastalıktır. İnme sonrası hastalarda hareket etme, giyinme, öz bakım ve yemek yeme gibi günlük yaşam aktivitelerinde geçici ya da kalıcı yetersizlikler; kas gücü, enerji, uyku, hafıza, konuşma, yutma gibi vücut fonksiyonlarında ise kayıplar meydana gelebilmektedir. Sağlıklı/hasta bireylere sunulan hemşirelik bakımı, bireyin öz bakım gücünü yükseltmeyi ve günlük yaşam aktivitelerini en üst düzeyde sürdürmeyi hedeflemektedir. Bu doğrultuda hemşirelik, model ve sınıflama sistemleri

kullanılarak hastaya nitelikli, bütüncül ve bireyselleştirilmiş bir hemşirelik bakımı sunulabilir (60).

İnmeli hastanın tedavi ve bakımı multidisipliner ekip yaklaşımını gerektirir. İnmenin akut döneminde hastalar hastanede yatırılmalı ve inme yoğun bakım ünitelerinde takip edilmelidir.

Hastanın nörolojik ve sistemik durumlarındaki değişiklikler sürekli değerlendirilmeli ve gerekli müdahaleler derhal yapılmalıdır. Bu üniteye görev alan tüm ekip üyeleri bu konuda özel bir eğitimden geçirilmelidirler (61).

İnmede iyi bir hemşirelik bakımının amacı; uygun teşhis ve erken müdahale için inme hastasının hızlı değerlendirmesi, bakımın rutin kontrollerinin ve (kan basıncı, vücut ısısı ve kan glikoz düzeyi) havayolu açıklığının sağlanması, sürdürülmesi, günlük bakım aktivitelerinin yerine getirilmesi, komplikasyonların önlenmesi ve gelişebilecek komplikasyonları en az indirilmesi, yeti yitimini postural kontrolü sağlamak ve beslenme, mobilite, hareket gibi fonksiyonları en üst düzeye çıkartarak bireyi fiziksel, mental, toplumsal ve mesleki yönden erişebileceği en üst düzeye en kısa sürede ulaştırmaktır (62-64).

2.9. İnme ve Engellilik

İnme sonrası gelişen fiziksel ve zihinsel sınırlılıklar, sakatlıklar, ağrı ve depresyon, bireyin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemekte ve aynı zamanda kişinin uzun süreli bakım gereksinimini, sağlık algılamasını ve sosyal etkinliklerini kısıtlamaktadır (65). Ortaya çıkan bu kısıtlılıklar bireyin aile, sosyal ve iş yaşamını olumsuz etkileyerek bireyin yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (66).

Türkiye İstatistik Kurumu 2019 ölüm nedeni istatistiklerine göre beyin damar hastalıkları dünyada en fazla fonksiyon kaybına neden olan, yaşam kalitesini en fazla etkileyen ve ölüm nedeni olarak da ikinci sırada yer alan hastalık grubudur (67).

Yaşam kalitesi bireyin fiziksel sağlığı; yani somatik duyular, hastalık semptomları, tedavi yan etkileri, iyilik duygusundan, patolojik olmayan psikolojik sıkıntı biçimlerine, teşhis edilebilir psikiyatrik bozukluğa kadar değişen ruh sağlığı, sosyal temasların ve aktivitenin oluşu, hem öz bakım, hareketlilik ve fiziksel aktivite düzeyi açısından fiziksel işlevsellik hem de aile ve işle ilgili sosyal rol işlevselliği dahil olmak üzere fonksiyonel sağlıkla bağlantılı olan bir kavramdır (68). İnmede bu gibi temel yaşamsal fonksiyonlar etkilendiği için ciddi engellilik durumu ortaya çıkmaktadır (69-70).

İnme sonrası gelişen afazi, engellilik, inkontinans, depresyon gibi komplikasyonların hastaların yaşam kalitelerine olan etkilerini ölçmeyi amaçlayan bazı ölçekler mevcuttur (65). Bu ölçeklerden biri olan Londra Engellilik Ölçeği, inme geçiren bireylerin engelliliklerini belirlemek için amacıyla kullanılmaktadır. İnme sonrası hem erken hem de geç dönemde engellilik oranları ile yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı korelasyon izlendiği göz önüne alındığında engelliliğin önlenmesiyle yaşam kalitesinin artacağı açıkça görülmektedir (71).

2.10. İnme ve Öz Etkililik

İnme sonrası insanların hayatındaki ani değişim, anksiyete, çaresizlik hissi ve duygu durum bozuklukları dahil olmak üzere çok çeşitli olumsuz psikolojik ve davranışsal belirtiler ortaya çıkabilir (72). Çoğu hasta çeşitli fonksiyonel, zihinsel ve sosyal kısıtlamalarla karşılaşmaktadır. Hareketliliğin azalması ciddi bir sorun olup günlük görevlerin yerine getirilmesini engeller ve inme öncesi boş zaman etkinliklerine devam edememe bireysel izolasyona neden olur. Bu durumda yaşam kalitesinin bozulması kaçınılmazdır ve sonuç olarak sıklıkla depresyonla karşılaşılır (23, 73).

Öz etkililik kavramı ilk kez, 1977 yılında Bandura tarafından kullanılmıştır (20). Bandura, öz-yeterliği “kişinin ileriye dönük durumları yönetmek için gerekli eylem planlarını organize etme ve yürütme yeteneklerine olan inancı” olarak

tanımlamıştır. Dolayısıyla, "öz-yeterlik" terimi, bir bireyin belirli durumlarda başarılı olma yeteneğine olan inancıyla ilgilidir (75).

Kişinin kişisel yeteneklerine olan inancı, başarıya ulaşmaya yardımcı olur ve harekete geçmesi için ek enerji sağlar. Kişinin öz-etkililik inancı ne kadar güçlüyse, öz-hedefler o kadar yüksek ve olumsuzluklar karşısında bile bu hedeflere ulaşma taahhüdü o kadar güçlüdür (76). Öte yandan, düşük öz-yeterlik duygusu depresyon, anksiyete ve çaresizlikle ilişkilendirilirken, öz-etkililik eksikliği kişinin motivasyon potansiyelini tamamen azaltabilir. Öz yeterlik duygusu, insanları düşünme, hissetme ve hareket etme açısından farklılaştırır (20). Bandura, öz etkililik düzeyini belirleyen dört kaynak olduğunu belirtmektedir. Bu kaynaklar; başarıma performansı, benzer özellikteki kişilerin deneyimleri, sözel ikna ve fizyolojik durumdur (19).

Bandura, en güçlü kaynağın başarıma performansı olduğunu belirtmektedir. Aynı şekilde fizyolojik durum, daha somut bir kavram olması nedeniyle bireylerin yapabilirlik düzeyini belirlemelerinde etkili bir kaynak olarak göstermektedir. İkna ve başkalarının deneyimlerini gözlemlemenin, bireyler için önemli olduğunu ancak öz etkililik için tek başına yeterli bir kaynak olmadığını ifade etmektedir (19, 20, 18).

İnme geçiren bireylerde ölçülen yüksek öz-etkililik düzeyi, iyileşme süreçlerini olumlu etkilediği gözlenmekte olup bu bireyler günlük aktivitelerinde öz-yeterlikleri düşük olan bireylere göre daha iyi çalışmaktadır (77). Volz ve arkadaşları, düşük öz-yeterlik düzeyinin inme sonrası ilk iki yıl boyunca depresyon için itici bir faktör olduğunu kanıtladı (78). Robinson-Smith ve arkadaşları, düşük öz-yeterlik puanına sahip hastaların, inmeden hem birinci hem de altı ay sonra daha yüksek depresyon seviyelerine sahip olduğunu ve daha yüksek öz-yeterliğin, daha yüksek yaşam kalitesi ile anlamlı şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir (22).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

İnmeli bireylerin engellilik algılarının öz etkililik durumları üzerine etkilerinin incelenmesi ve bu alanda literatüre katkı sağlaması amacıyla tanımlayıcı tipte planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini en az 6 ay önce inme geçiren ve İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Nöroloji Polikliniği İnme Birimine 3 Temmuz-30 Aralık 2020 tarihleri arasında başvuran kayıtlı 150 birey oluşturup örneklemini ise pandemi sebebiyle, kendilerine ve birlikte yaşadığı birinci derece yakınlarına ulaşılabilirliği olan, örneklem seçim kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 50 kişi oluşturmaktadır. Anketteki soruların bir kişi tarafından eksik yanıtlanması sebebiyle bir kayıp veri olup 49 kişi üzerinden analizler yapılmıştır.

3.2.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 Yaş ve üzeri olmak
- En az 6 ay önce inme geçirmiş olmak
- Araştırmaya katılmada gönüllü ve istekli olmak
- Akıllı telefon ve internet kullanabilmek

3.2.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme kriterleri

- Psikiyatrik bir tanıya sahip olmak
- Ciddi algılama bozukluğu ve inme öncesinde herhangi bir engellilik durumu olması

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Nöroloji Polikliniği İnme Birimine başvuran kayıtlı hastalar arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın uygulanabilirliği açısından bireylerin çalışmaya katılmaları için bireysel izinleri sözel olarak alındıktan sonra, pandeminin halen devam etmesi ve hastaların yüz yüze görüşmeyi istememesi nedeniyle çevrimiçi anket yoluyla 3 Temmuz-30 Aralık 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Araştırmada veriler, çevrimiçi anket yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara sosyo-demografik özelliklerini ve hastalıklarına ait bilgileri içeren Hasta-Hastalık Bilgi Formu (EK-I), kültürel uyarlaması yapılan Londra Engellilik Ölçeği (LEÖ) (EK-II) ve İnme Öz Etkililik Ölçeği (İÖEÖ) (EK-III) uygulanmıştır. (Çevrimiçi anket linki: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfZeEli7XCWjr5bKTz8ZzYJ5DeysMb2lZCVcMSElqiWdfE6BA/viewform?usp=sf_link)

3.4.1 Hasta-Hastalık Bilgi Formu (EK-1)

Bu form araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak geliştirilmiştir. Hasta-Hastalık bilgi formu ilk bölümü araştırmaya katılan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir durumu, sosyal güvence, kiminle yaşadığı, ailedeki çalışan durumu, oturduğu yer, kronik hastalıklar ve yılı olmak üzere 14 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölüm ise hastaların geçirmiş olduğu inme tipi, tanı alma zamanı, atak sayısı, inme sonrası gelişen yetersizlikler, etkilenen taraf, fizik tedavi görme durumu, sigara-alkol kullanımı ve bağımsızlık düzeyleri olmak üzere 8 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Londra Engellilik Ölçeği (LEÖ) (EK-II)

Londra Engellilik Ölçeği (LEÖ)- London Handicap Scale (LHS), İngiltere’de Harwood ve Ebrahim tarafından 1994 yılında Dünya Sağlık Örgütü (1993) tarafından yayınlanmış olan “Bozukluk, Yetiyitimi ve Engelliliğin Uluslar arası Sınıflandırması (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps - ICIDH)” kriterlerine uygun olarak geliştirilmiş bir sağlıkla ilgili genel yaşam kalitesi ölçeğidir (79-80).

Ölçek, bireylerin içinde bulunduğu engellilik hallerinin bir sonucu olarak yaşanan dezavantajın bir ölçüsüdür. Engelliliği ve engelliliğin hastaların yaşam kalitelerine olan etkilerini belirlemek amacı ile İngiltere, Hollanda, Hong Kong ve İsveç gibi birçok ülkede kültürel uyarlaması yapılarak kullanılmaktadır (81-83).

Ölçek geliştirilirken her birinin şiddeti Görsel Eşdeğerlik Ölçeği (GEÖ) ile belirlenecek engellilik içeren 30 senaryo oluşturulmuş. Çalışmaya rastlantısal olarak seçilerek dahil edilmiş olan kişilerin (240 erişkin) bu senaryoları GEÖ ile puanlamaları istenmiş ve elde edilen sayılardan da bir matriks oluşturulmuş. Matriksten elde edilen veriler bir formül ile kapsamlı engellilik puanına dönüştürülmüştür. Böylece soruların cevap şıklarını oluşturan her bir maddenin ayrı ağırlıklı puanları belirlenmiş ve bu puanların toplamı ile ölçek toplam puanı 0 ile 1 arasında (0 total engellilik, 1 normal fonksiyon) değişen bir rakam olarak elde edilmiştir (65). Daha sonra Jenkinson, Mant, Carter, Wade and Winner (81) standart puanlama sistemini kullanarak ölçek geçerliği çalışmasını gerçekleştirmişlerdir. Cevap seçeneklerinden en iyi durumu gösterene “5” puan, en kötü durumu gösterene de “0” puan vererek puanlama yapmışlar ve ölçeğin standart puanlama yöntemi ile de geçerli olduğunu saptamışlardır. Bu puanlama yöntemine göre ölçekten alınan maksimum puan 30 olarak elde edilmektedir. Ölçek puanının 0-100 (0= total engellilik, 100= normal fonksiyon) arasında bir puana çevrilmesi için Ölçek puanı/ Maksimum ölçek puanı (30) x 100 işlemi uygulanmaktadır (81).

Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği, Hayat Yalın tarafından 2011 yılında “İnme Sonrası Hastaların Fonksiyonel Durum, Engellilik ve Yaşam Kaliteleri” adlı doktora çalışmasında yapılmıştır (65).

Ölçek, yetişkinler için uygun olup, henüz çocuklara göre uyarlanmamıştır. Ölçeğin doldurulması hasta veya ona bakım verenler ya da görüşmeci tarafından yapılabilmektedir (79). Ölçek bireylerde engellilik oluşturabilecek romatoid artrit (84), multipl skleroz (85) eklem ağrısı, kırık (80) gibi sağlık sorunu olan yaşlıları ve geriatrik bakıma ihtiyacı olan kişileri (86) de kapsayan birçok araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılmıştır.

3.4.3. İnme Öz Etkililik Ölçeği (İÖEÖ) (EK-III)

İnme Öz Etkililik Ölçeği, Jones ve ark. Tarafından 2008 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin amacı; inme sonrasında hastalara ilişkin yürüme, yatak içi konfor ve giyinme benzeri fonksiyonlarına ait öz etkililik tespit edilmesidir. Ölçeğe ilişkin güvenilirlik katsayısı $\alpha=0.90$ 'dır. Ölçeğin inme rahatsızlığından dolayı yürüme kabiliyetini kaybetmiş hastalar adına da kullanımının uygun olduğu sonucuna varılmıştır (87).

Hastalar adına uygulanması kolay olan bu ölçeğin dili de yalın ve kolay anlaşılır biçimdedir. Ölçek maddeleri 13 sorudan meydana gelmektedir. Derecelendirme 0 ila 10 arasında; “0=Kesinlikle güvenmiyorum, 10=Çok güveniyorum” şeklindedir. Ölçekten alınabilecek puan skalası 0-130 arasında değişim göstermektedir. Puanın yüksek olması durumunda yüksek öz etkililik, düşük olması durumunda da düşük etkililik söz etmek mümkündür (88).

Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği, Serpil Topçu tarafından 2017 yılında “İnmeli Hastalarda Öz Etkililik ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi” adlı doktora çalışmasında yapılmıştır (15).

3.5. Verilerin Analizi

Araştırma kapsamında elde edilen veriler SPSS 24 programı ile analiz edilmiştir. Araştırma kapsamında sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımlarının verilmesinde betimleyici analizlerden frekans ve yüzde analizi kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklere ait betimleyici analizlerin verilmesinde ise ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir.

Elde edilen verilerin dağılımının normal dağılım olmaması sonucu hipotez testleri istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde test edilmiş olup, ölçeklerden elde edilen puanların 2'li gruplara göre farklarının incelenmesi için Mann Whitney U testi; 2'den fazla gruplar arasındaki farkların belirlenmesi için Kruskal Wallis H testi analizi yapılmıştır.

Likert yapılı ölçeklerin güvenilirlik düzeylerinin belirlenmesi için Cronbach's Alpha analizi yapılmıştır. Öz etkililik ve Engellilik ölçeği arasındaki ilişkilerin belirlenmesinde Spearman Korelasyon analizi yapılmıştır.

3.6.Araştırma Sorusu

Araştırmamız tanımlayıcı tipte bir çalışma olduğu için hipotez yerine aşağıdaki araştırma sorularına cevap aranmıştır.

- 1- İnmeli bireylerin engellilik algıları ve öz etkililik durumları arasında nasıl bir ilişki vardır?

3.7.Araştırmanın Etik İzni

Çalışmanın etik kurul izni İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 811 karar numarası ile 02.07.2020 tarihinde alınmıştır.

3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada veri toplama sürecinde pandeminin 2020 yılı itibariyle devam ediyor olması, araştırmaya katılan innmeli bireylerin kronik hastalıkları nedeniyle yüz yüze görüşmeyi ve çalışmaya katılımı kabul etmemesi, çevrimiçi anketi yanıtlayanlar arasında hastaya bakım veren birinci derece yakınlarının da olması nedeniyle daha fazla örnekleme ulaşılabilmesi araştırmanın sınırlılığı olduğu düşünöldü.

4. BULGULAR

4.1. Sosyo-Demografik Verilere İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Araştırmanın bu bölümünde araştırma sonucunda elde edilen verilerin analizine ait ortaya çıkan bulgular ve yorumlar aşağıda tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 3: İnmeli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları (n:49)

Demografik	Grup	n	Yüzde%
Cinsiyet	Kadın	22	44,9
	Erkek	27	55,1
Yaş	65 yaş ve altı	23	46,9
	65 yaş ve üzeri	26	53,1
Medeni Durum	Evli	31	63,3
	Bekar	18	36,7
Eğitim Durumu	İlköğretim	19	38,8
	Lise	16	32,7
	Üniversite	14	28,6
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	16	32,7
	Gelir Gidere Denk	19	38,8
	Gelir Giderden Fazla	14	28,6
Meslek	İşçi	15	30,6
	Ev Hanımı	14	28,6
	Emekli	20	40,8
Sosyal Güvence	Var	45	91,8
	Yok	4	8,2
Birlikte Yaşanılan Kişi	Aile	32	65,3
	Çocuk	8	16,3
	Yalnız	9	18,4
Ailede Çalışan Başka Kişi Olma Durumu	Yok	28	57,1
	Eş	6	12,2
	Çocuk	15	30,6
Oturlan Yer	İl	31	63,3
	İlçe	12	24,5
	Köy	6	12,2
Beden Kitle İndeksi	Zayıf	3	6,1
	Normal	19	38,8
	Kilolu	13	26,5
Kronik Rahatsızlık Olma Durumu	Obez	14	28,6
	Diyabet	11	22,4
	Hipertansiyon	12	24,5
	Kalp Yetersizliği	6	12,2
	Diğer	15	30,6
Kronik Rahatsızlıklarının Süresi	Yok	5	10,2
	20 yıldan az	21	42,9
	20 yıldan fazla	15	30,6
İnme Tipi	Yok	13	26,5
	Hemorajik	12	24,5
İnme Tamsı Konulan Süre	İskemik	37	75,5
	2018'den önce	30	61,2
Atak Sayısı	2018'den sonra	19	38,8
	1	30	61,2
TOPLAM	2	19	38,8
		50	100

İnmeli bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde, araştırmaya katılan inmeli bireylerin yaş ortalaması 65 olup, %55,1'i erkek, %63,3'ü

evli, %38,8'si ilköğretim mezunu ve %40,8'i emeklidir. %38,8'inin gelir durumu gidere denk iken; %91,8'inin sosyal güvencesi vardır. %65,3'ü ailesiyle yaşamakta olup %63,3'ü ise yaşamının önemli bir kısmını ilde geçirmiştir. Ailede %57,1 oranla başka bir çalışan olmayıp gelir kaynağı tektir. Bireylerin %38,8'nin beden kitle endeksleri normal olup %42,9'u yirmi yıldan az bir sürede kronik rahatsızlığa sahiptir. En yaygın görülen kronik hastalığın ise %24,5 ile hipertansiyon olduğu görülmektedir. Bireylerin %61,2'si 2018'den önce inme tanısı almış olup %75,5 i iskemik inme atlatmış ve bu bireylerin %61,2'si hayatlarında sadece bir kez inme atağı geçirmiştir (Tablo 3).

Tablo 4: İnmeli Bireylerin Bağımlılık Düzeylerine Göre Dağılımları (n:49)

Grup	Bağımlılık Düzeyi	n	Yüzde%
Yemek Yeme	Bağımlı	10	20,4
	Kısmi Bağımlı	14	28,6
	Bağımsız	25	51,0
Kendine Bakım	Bağımlı	12	24,5
	Kısmi Bağımlı	16	32,7
	Bağımsız	21	42,9
Yıkama	Bağımlı	15	30,6
	Kısmi Bağımlı	22	44,9
	Bağımsız	12	24,5
Üst Taraf Giyim	Bağımlı	16	32,7
	Kısmi Bağımlı	19	38,8
	Bağımsız	14	28,6
Alt Taraf Giyim	Bağımlı	18	36,7
	Kısmi Bağımlı	18	36,7
	Bağımsız	13	26,5
Tuvalet Kullanımı Temizliği	Bağımlı	15	30,6
	Kısmi Bağımlı	9	18,4
	Bağımsız	25	51,0
Perine Bakımı	Bağımlı	14	28,6
	Kısmi Bağımlı	10	20,4
	Bağımsız	25	51,0
Yatak ve Sandalye Kullanımı	Bağımlı	12	24,5
	Kısmi Bağımlı	20	40,8
	Bağımsız	17	34,7
Tuvalet Banyo Duş Kullanımı	Bağımlı	16	32,7
	Kısmi Bağımlı	18	36,7
	Bağımsız	15	30,6
Anlama (İşitsel-Görsel)	Bağımlı	6	12,2
	Kısmi Bağımlı	15	30,6
	Bağımsız	28	57,1
İfade Edebilme (Sosyal-Diğer)	Bağımlı	5	10,2
	Kısmi Bağımlı	13	26,5
	Bağımsız	31	63,3
Sosyal Katılım	Bağımlı	6	12,2
	Kısmi Bağımlı	14	28,6
	Bağımsız	29	59,2
Problem Çözme	Bağımlı	7	14,3
	Kısmi Bağımlı	16	32,7
	Bağımsız	26	53,1
Hafıza	Bağımlı	4	8,2
	Kısmi Bağımlı	21	42,9
	Bağımsız	24	49,0
TOPLAM		50	100,0

İnmeli bireylerin bağımlılık düzeylerine göre dağılımları incelendiğinde; %20,4'ünün yemek yemede, 24,5'inin kendine bakımda, %30,6'sının yıkamada,

%32,7'sinin üst giyimde, %36,7'sinin alt giyimde, %30,6'sının tuvalet kullanımı temizliğinde, %28,6'sının perine bakımında, %24,5'inin yatak ve sandalye kullanımında, %32,7'sinin tuvalet banyo duş kullanımında, %12,2'sinin anlamada (işitsel-görsel), %10,2'sinin ifade edebilmede (sosyal-diğer), %12,2'sinin sosyal katılımda, %14,3'ünün problem çözmede, %8,2'sinin hafızada başkasına bağımlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 5: İnmeli Bireylerin İnme Sonrası Yetersizlik Durumlarına Göre Dağılımları (n:49)

İnme Sonrası Yetersizlik Durumu	Sayı	Yüzde(%)
Yüz, kol veya bacakta uyuşma veya karıncalanma	76	26,6
Kol ve bacakları hareket ettirmede güçlük	33	11,5
Yürüme güçlüğü	33	11,5
Anlama güçlüğü	16	5,6
Denge kaybı	25	8,7
Yorgunluk	28	9,8
İdrar kaçırma	17	5,9
Diğer	58	20,3
Toplam	286*	100,0

NOT: Çoklu cevap olduğundan n sayısı farklılık gösterebilir*

İnmeli bireylerin inme sonrası yetersizlik durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %26,6'sının yüz, kol veya bacakta uyuşma veya karıncalanma olduğu, %11,5'inin kol ve bacakları hareket ettirmede güçlük çektiği, %11,5'inin yürüme güçlüğü çektiği, %5,6'sının anlama güçlüğü çektiği, %8,7'sinin denge kaybı olduğu, %9,8'inin yorgunluk olduğu, %5,9'unun idrar kaçırma olduğu ve %20,3'ünün diğer yetersizlik durumları olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

4.2. İnmeli Bireylerin Öz Etkililik Düzeylerine Ait Analiz Sonuçları

Araştırmanın bu bölümde inmeli bireylerin öz etkililik düzeylerine ait, betimsel istatistikleri, demografik özelliklere göre farklılıklarının belirlenmesine ait bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 6: Öz Etkililik Düzeylerine Ait Normallik Testi Sonuçları (n:49)

Ölçek	Kolmogrov-Smirnov		
	İstatistik	Sd	P
Öz Etkililik	0,112	49	0,020

Yapılan normal dağılımız analizi sonucunda öz etkililik düzeylerinin normal dağılımdan gelmediği tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Analize parametrik olmayan testlerle devam edilmiştir (Tablo 6).

Tablo 7: Öz Etkililik Düzeylerine Ait Tanımlayıcı Bulgular (n:49)

Ölçek	\bar{X}	s.s.
Öz Etkililik	1,29	0,92

Öz etkililik düzeylerine ait tanımlayıcı bulgular incelendiğinde inmeli bireylerin; öz etkililik ölçeği ortalamasının ($\bar{x}=1,29$) olduğu belirlenmiştir (Tablo 7). Bu değer toplam puan üzerinden hesaplandığında (30) 16,77 puana denk gelmekte olup çalışmaya katılan inmeli bireylerin öz etkililiklerinin orta seviyede olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 8: İnmeli Bireylerin Öz Etkililik Düzeylerinin Yaş, Cinsiyet ve Sosyal Güvence Olma Durumuna Göre Farklılıkları (n:49)

Ölçek	Yaş	n	Ortalama	U	p
Öz Etkililik	65 yaş altı	23	28,24	224,5	0,135
	65 yaş ve üzeri	26	22,13		
	Cinsiyet	n	Ortalama	U	p
	Kadın	22	23,64	267	0,546
	Erkek	27	26,11		
	Sosyal Güvence Olma Durumu	n	Ortalama	U	p
	Evet	45	24,56	70	0,464
	Hayır	4	30		

İnmeli bireylerin öz etkililik düzeyleri yaşlarına göre farklılığının istatistiksel olarak anlamlı olup olmasını test etmek için yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre, öz etkililik düzeylerinin yaşlarına göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).

İnmeli bireylerin öz etkililik düzeyleri cinsiyetlerine göre farklılığının istatistiksel olarak anlamlı olup olmasını test etmek için yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre, öz etkililik düzeylerinin cinsiyetlerine göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).

İnmeli bireylerin öz etkililik düzeyleri sosyal güvencesi olma durumuna göre farklılığının istatistiksel olarak anlamlı olup olmasını test etmek için yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre, öz etkililik düzeylerinin sosyal güvencesi olma durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 9: İnmeli Bireylerin Öz Etkililik Düzeylerinin İnme Tipine Göre Farklılıkları (n:49)

Ölçek	İnme Tipi	n	Ortalama	U	p
Öz Etkililik	Hemorajik	12	14,29	93,500	0,003*
	İskemik	37	28,47		

İnmeli bireylerin öz etkililik düzeyleri inme tipine göre farklılığının istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre, öz etkililik düzeylerinin inme tipine göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır. (U= 93.500; p=0.003; p<0.05). İnme tipi iskemik olanların (**Ortalama**=28,47) öz etkililik düzeyleri inme tipi hemorajik olanlara (**Ortalama**=14,29) göre daha yüksektir.

Tablo 10: İnmeli Bireylerin Öz Etkililik Düzeylerinin Geçirdikleri Atak Sayısına Göre Farklılıkları (n:49)

Ölçek	Atak Sayısı	n	Ortalama	U	p
Öz Etkililik	1	30	26,35	244,500	0,405
	2	19	22,87		

İnmeli bireylerin öz etkililik düzeyleri geçirdikleri atak sayısına göre farklılığının istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre, öz etkililik düzeylerinin geçirdikleri atak sayısına göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır (p>0.05).

Tablo 11: İnmeli Bireylerin Öz Etkililik Düzeylerinin Fiziksel Tedavi Görme Durumuna Göre Farklılıkları (n:49)

Ölçek	Fiziksel Tedavi Görme Durumu	n	Ortalama	U	p
Öz Etkililik	Evet	25	24,68	292,000	0,873
	Hayır	24	25,33		

İnmeli bireylerin öz etkililik düzeyleri fiziksel tedavi görme durumlarına göre farklılığının istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre, öz etkililik düzeylerinin fiziksel tedavi görme durumlarına göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır. ($p>0.05$).

Tablo 12: İnmeli Bireylerin Öz Etkililik Düzeylerinin Eğitim Durumları, Meslekleri ve Yaşadıkları Kişilere Göre Farklılıkları (n:49)

Ölçek	Eğitim Durumu	n	Ortalama	χ^2	p	
Öz Etkililik	İlköğretim	19	21,84	1,811	0,404	
	Lise	16	25,69			
	Üniversite	14	28,5			
		Meslek	n	Ortalama	χ^2	p
		İşçi	15	29,27	3,045	0,218
		Ev Hanımı	14	20,04		
		Emekli	20	25,28		
		Yaşadıkları Kişiler	n	Ortalama	χ^2	p
		Aile	32	21,98	4,38	0,112
		Çocuk	8	28,81		
		Yalnız	9	32,33		

İnmeli bireylerin öz etkililik düzeyleri eğitim durumlarına göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucuna göre; öz etkililik düzeyleri eğitim durumlarına göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).

İnmeli bireylerin öz etkililik düzeyleri mesleklerine göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucuna göre; öz etkililik düzeyleri mesleklerine göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır (p>0.05).

İnmeli bireylerin öz etkililik düzeyleri yaşadıkları kişilere göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucuna göre; öz etkililik düzeyleri yaşadıkları kişilere göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır (p>0.05).

Tablo 13: İnmeli Bireylerin Öz Etkililik Düzeylerinin Beden Kitle İndekslerine Göre Farklılıkları (n:49)

Ölçek	Beden Kitle İndeksi	n	Ortalama	χ^2	p	U
Öz Etkililik	Zayıf ⁽¹⁾	3	16,00	9,010	0,029*	(3-4)
	Normal ⁽²⁾	19	25,71			
	Kilolu ⁽³⁾	13	33,42			
	Obez ⁽⁴⁾	14	18,14			

İnmeli bireylerin öz etkililik düzeyleri beden kitle indekslerine göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucuna göre; öz etkililik düzeyleri beden kitle indekslerine göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($\chi^2=9.010$; p=0.029, p<0.05). Öz etkililik düzeylerinde hangi gruplar arasında algının farklılaştığının belirlenmesi amacıyla yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre, kilolu olanların (**Ortalama**=33,42) öz etkililik düzeyleri obez olanlara (**Ortalama**=18,14) olanlara göre daha yüksektir. Gruplar arasındaki fark Mann-Whitney U testi ile belirlenmiştir.

Tablo 14: İnmeli Bireylerin Öz Etkililik Düzeylerinin Kronik Rahatsızlık Olma Durumu, Süresi ve Etkilenen Tarafa Göre Farklılıkları (n:49)

Ölçek	Kronik Rahatsızlık	n	Ortalama	χ^2	p
Öz Etkililik	Diyabet	11	26,27	4,035	0,401
	Hipertansiyon	12	31,33		
	Kalp Yetersizliği	6	20,42		
	Diğer	15	21,97		
	Yok	5	21,6		
	Kronik Rahatsızlık Süresi	n	Ortalama	χ^2	p
	20 yıldan az	21	22,74	1,373	0,503
	20 yıldan fazla	15	22,6		
	Yok	13	23,35		
	İnme Sonrası Etkilenen Taraf	n	Ortalama	χ^2	p
	Sağ	21	24,36	0,787	0,675
	Sol	15	27,6		
	Her iki taraf	13	23,04		

İnmeli bireylerin öz etkililik düzeyleri kronik rahatsızlıklarının olması durumlarına göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucuna göre; öz etkililik düzeyleri kronik rahatsızlıklarının olması durumlarına göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).

İnmeli bireylerin öz etkililik düzeyleri kronik rahatsızlık sürelerine göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucuna göre; öz etkililik düzeyleri kronik rahatsızlık sürelerine göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).

İnmeli bireylerin öz etkililik düzeyleri inme sonrası etkilenen tarafa göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucuna göre; öz etkililik düzeyleri inme sonrası etkilenen tarafa göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).

4.3. İnmeli Bireylerin Engellilik Düzeylerine Ait Analiz Sonuçları

Araştırmanın bu bölümde inmeli bireylerin engellilik düzeylerine ait, alt boyut istatistikleri, demografik özelliklere göre farklılıklarının belirlenmesine ait bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 15: Öz Etkililik Düzeylerine Ait Normallik Testi Sonuçları (n:49)

Ölçek	Kolmogrov-Smirnov		
	İstatistik	Sd	P
Gezip Dolaşmak	0,167	49	0,002
Kendine Bakmak	0,136	49	0,024
Çalışma ve Boş Zaman	0,135	49	0,026
İnsanlarla Görüşmek	0,162	49	0,003
Çevrenin Farkında Olmak	0,144	49	0,013
İhtiyaçlarını Karşılama	0,118	49	0,020
Engellilik	0,145	49	0,012

Yapılan normal dağılım analizi sonucunda engellilik düzeylerinin normal dağılımdan gelmediği tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Analize parametrik olmayan testlerle devam edilmiştir.

Tablo 16: Engellilik Düzeylerine Ait Alt Boyut Bulguları (n:49)

Ölçek	\bar{X}	s.s.
Gezip Dolaşmak	4,61	0,82
Kendine Bakmak	3,18	1,06
Çalışma ve Boş Zaman	3,49	0,96
İnsanlarla Görüşmek	2,95	0,85
Çevrenin Farkında Olmak	2,84	0,71
İhtiyaçlarını Karşılama	3,36	1,02
Engellilik	3,40	0,61

Engellilik düzeylerine ait alt boyut bulguları incelendiğinde inmeli bireylerin; engellilik ölçeği ortalamasının ($\bar{x}=3,40$) olduğu, gezip dolaşmak düzeyleri ortalamasının ($\bar{x}=4,61$) olduğu, kendine bakmak düzeyleri ortalamasının ($\bar{x}=3,18$) olduğu, çalışma ve boş zaman düzeyleri ortalamasının ($\bar{x}=3,49$) olduğu, insanlarla görüşmek düzeyleri ortalamasının ($\bar{x}=2,95$) olduğu, çevrenin farkında olmak düzeyleri ortalamasının ($\bar{x}=2,84$) olduğu ve ihtiyaçlarını karşılamak düzeyleri ortalamasının ($\bar{x}=3,36$) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 17: İnmeli Bireylerin Engellilik Düzeylerinin Yaşlarına Göre Farklılıkları (n:49)

Ölçek	Yaş	n	Ortalama	U	p
Gezip Dolaşmak	65 yaş altı	23	22,76	247,500	0,299
	65 yaş ve üzeri	26	26,98		
Kendine Bakmak	65 yaş altı	23	24,35	284,000	0,763
	65 yaş ve üzeri	26	25,58		
Çalışma ve Boş Zaman	65 yaş altı	23	23,52	265,000	0,494
	65 yaş ve üzeri	26	26,31		
İnsanlarla Görüşmek	65 yaş altı	23	23,54	265,500	0,500
	65 yaş ve üzeri	26	26,29		
Çevrenin Farkında Olmak	65 yaş altı	23	24,26	282,000	0,731
	65 yaş ve üzeri	26	25,65		
İhtiyaçlarını Karşılamak	65 yaş altı	23	26,24	270,500	0,566
	65 yaş ve üzeri	26	23,90		
Engellilik	65 yaş altı	23	22,37	238,500	0,225
	65 yaş ve üzeri	26	27,33		

İnmeli bireylerin engellilik düzeyleri yaşlarına göre farklılığının istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını test etmek için yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre, engellilik düzeylerinin yaşlarına göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 18: İnmeli Bireylerin Engellilik Düzeylerinin Cinsiyetlerine Göre Farklılıkları (n:49)

Ölçek	Cinsiyet	n	Ortalama	U	p
Gezip Dolaşmak	Kadın	22	25,09	295	0,968
	Erkek	27	24,93		
Kendine Bakmak	Kadın	22	22,91	251	0,354
	Erkek	27	26,7		
Çalışma ve Boş Zaman	Kadın	22	25,39	288,5	0,864
	Erkek	27	24,69		
İnsanlarla Görüşmek	Kadın	22	24,86	294	0,952
	Erkek	27	25,11		
Çevrenin Farkında Olmak	Kadın	22	27,18	249	0,331
	Erkek	27	23,22		
İhtiyaçlarını Karşılama	Kadın	22	23,84	271,5	0,607
	Erkek	27	25,94		
Engellilik	Kadın	22	24,52	286,5	0,833
	Erkek	27	25,39		

İnmeli bireylerin engellilik düzeyleri cinsiyetlerine göre farklılığının istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre, engellilik düzeylerinin cinsiyetlerine göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 19: İnmeli Bireylerin Engellilik Düzeylerinin Sosyal Güvence Olma Durumuna Göre Farklılıkları (n:49)

Ölçek	Sosyal Güvence Olma Durumu	n	Ortalama	U	p
Gezip Dolaşmak	Evet	45	25,42	71	0,485
	Hayır	4	20,25		
Kendine Bakmak	Evet	45	24,91	86	0,884
	Hayır	4	26		
Çalışma ve Boş Zaman	Evet	45	24,83	82,5	0,783
	Hayır	4	26,88		
İnsanlarla Görüşmek	Evet	45	24,58	71	0,485
	Hayır	4	29,75		
Çevrenin Farkında Olmak	Evet	45	25,31	76	0,606
	Hayır	4	21,5		
İhtiyaçlarını Karşılama	Evet	45	24,53	69	0,441
	Hayır	4	30,25		
Engellilik	Evet	45	25,02	89	0,971

İnmeli bireylerin engellilik düzeyleri sosyal güvencesi olma durumlarına göre farklılığının istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre, engellilik düzeylerinin sosyal güvencesi olma durumlarına göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 20: İnmeli Bireylerin Engellilik Düzeylerinin İnme Tipine Göre Farklılıkları (n:49)

Ölçek	İnme Tipi	n	Ortalama	U	p
Gezip Dolaşmak	Hemorajik	12	36,92	79,000	0,001*
	İskemik	37	21,14		
Kendine Bakmak	Hemorajik	12	29,79	164,500	0,180
	İskemik	37	23,45		
Çalışma ve Boş Zaman	Hemorajik	12	30,46	156,500	0,126
	İskemik	37	23,23		
İnsanlarla Görüşmek	Hemorajik	12	29,29	170,500	0,228
	İskemik	37	23,61		
Çevrenin Farkında Olmak	Hemorajik	12	33,33	122,000	0,019*
	İskemik	37	22,30		
İhtiyaçlarını Karşılama	Hemorajik	12	30,54	155,500	0,121
	İskemik	37	23,20		
Engellilik	Hemorajik	12	35,29	98,500	0,004*
	İskemik	37	21,66		

İnmeli bireylerin engellilik düzeyleri inme tipine göre farklılığının istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre, engellilik düzeylerinin inme tipine göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($U= 98.500$; $p=0.004$; $p<0.05$). İnme tipi hemorajik olanların (**Ortalama**=35,29) engellilik düzeyleri inme tipi iskemik olanlara (**Ortalama**=21,66) göre daha yüksektir. Gezip dolaşmak düzeylerinin inme tipine göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($U= 79.000$; $p=0.001$; $p<0.05$). İnme tipi hemorajik olanların (**Ortalama**=36,92) gezip dolaşmak düzeyleri inme tipi iskemik olanlara (**Ortalama**=21,14) göre daha yüksektir. Çevrenin farkında olmak düzeylerinin inme tipine göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($U= 122.000$; $p=0.019$; $p<0.05$). İnme tipi hemorajik olanların (**Ortalama**=33,33) çevrenin farkında olmak düzeyleri inme tipi iskemik olanlara (**Ortalama**=22,30) göre daha yüksektir.

Tablo 21: İnmeli Bireylerin Engellilik Düzeylerinin Geçirdikleri Atak Sayısına Göre Farklılıkları (n:49)

Ölçek	Atak Sayısı	n	Ortalama	U	p
Gezip Dolaşmak	1	30	25,80	261,000	0,620
	2	19	23,74		
Kendine Bakmak	1	30	25,88	258,500	0,585
	2	19	23,61		
Çalışma ve Boş Zaman	1	30	23,75	247,500	0,440
	2	19	26,97		
İnsanlarla Görüşmek	1	30	22,67	215,000	0,148
	2	19	28,68		
Çevrenin Farkında Olmak	1	30	21,80	189,000	0,047*
	2	19	30,05		
İhtiyaçlarını Karşılama	1	30	21,45	178,500	0,028*
	2	19	30,61		
Engellilik	1	30	23,60	243,000	0,388
	2	19	27,21		

İnmeli bireylerin engellilik düzeyleri geçirdikleri atak sayısına göre farklılığının istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre, çevrenin farkında olmak düzeylerinin geçirdikleri atak sayısına göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (U= 189.000; p=0.047; p<0.05). 2 Atak geçirenlerin (**Ortalama**=30,05) çevrenin farkında olmak düzeyleri 1 atak geçirenlere (**Ortalama**=21,80) göre daha yüksektir. İhtiyaçlarını karşılamak düzeylerinin geçirdikleri atak sayısına göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (U= 178.500; p=0.028; p<0.05). 2 Atak geçirenlerin (**Ortalama**=30,61) ihtiyaçlarını karşılamak düzeyleri 1 atak geçirenlere (**Ortalama**=21,45) göre daha yüksektir.

Tablo 22: İnmeli Bireylerin Engellilik Düzeylerinin Fizik Tedavi Görme Durumuna Göre Farklılıkları (n:49)

Ölçek	Fizik Tedavi Görme Durumu	n	Ortalama	U	p
Gezip Dolaşmak	Evet	25	23,30	257,500	0,392
	Hayır	24	26,77		
Kendine Bakmak	Evet	25	27,58	235,500	0,196
	Hayır	24	22,31		
Çalışma ve Boş Zaman	Evet	25	25,60	285,000	0,763
	Hayır	24	24,38		
İnsanlarla Görüşmek	Evet	25	24,58	289,500	0,833
	Hayır	24	25,44		
Çevrenin Farkında Olmak	Evet	25	24,18	279,500	0,679
	Hayır	24	25,85		
İhtiyaçlarını Karşılama	Evet	25	26,96	251,000	0,325
	Hayır	24	22,96		
Engellilik	Evet	25	25,72	282,000	0,719
	Hayır	24	24,25		

İnmeli bireylerin engellilik düzeyleri fizik tedavi görme durumlarına göre farklılığının istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre, engellilik düzeylerinin fizik tedavi görme durumlarına göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 23: İnmeli Bireylerin Engellilik Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Farklılıkları (n:49)

Ölçek	Eğitim Durumu	n	Ortalama	χ^2	p	U
Gezip Dolaşmak	İlköğretim	19	27,34	4,41	0,11	
	Lise	16	28,09			
	Üniversite	14	18,29			
Kendine Bakmak	İlköğretim	19	30,68	4,958	0,084	
	Lise	16	21,72			
	Üniversite	14	21,04			
Çalışma ve Boş Zaman	İlköğretim	19	26,95	1,402	0,496	
	Lise	16	25,97			
	Üniversite	14	21,25			
İnsanlarla Görüşmek	İlköğretim ⁽¹⁾	19	31,66	6,819	0,033*	(1-2)
	Lise ⁽²⁾	16	20,81			
	Üniversite ⁽³⁾	14	20,75			
Çevrenin Farkında Olmak	İlköğretim	19	30,03	3,912	0,141	
	Lise	16	22,03			
	Üniversite	14	21,57			
İhtiyaçlarını Karşılama	İlköğretim	19	27,92	1,575	0,455	
	Lise	16	24,41			
	Üniversite	14	21,71			
Engellilik	İlköğretim ⁽¹⁾	19	31,42	6,31	0,043*	(1-2)
	Lise ⁽²⁾	16	21,38			
	Üniversite ⁽³⁾	14	20,43			

İnmeli bireylerin engellilik düzeyleri eğitim durumlarına göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucuna göre; engellilik düzeyleri eğitim durumlarına göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($\chi^2=6.310$; $p=0.043$, $p<0.05$). Engellilik düzeylerinde hangi gruplar arasında algının farklılaştığının belirlenmesi amacıyla yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre, ilköğretim mezunu olanların (**Ortalama**=31,42) engellilik düzeyleri lise mezunu olanlara (**Ortalama**=21,38) olanlara göre daha yüksektir. İnsanlarla görüşmek düzeylerinde hangi gruplar arasında algının farklılaştığının belirlenmesi amacıyla yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre, ilköğretim mezunu olanların (**Ortalama**=31,66) insanlarla görüşmek düzeyleri lise mezunu olanlara (**Ortalama**=20,81) göre daha yüksektir. Gruplar arasındaki fark Mann-Whitney U testi ile belirlenmiştir.

Tablo 24: İnmeli Bireylerin Engellilik Düzeylerinin Mesleklerine Göre Farklılıkları (n:49)

Ölçek	Meslek	n	Ortalama	χ^2	p	U
Gezip Dolaşmak	İşçi	15	23,47	0,437	0,804	
	Ev Hanımı	14	26,93			
	Emekli	20	24,8			
Kendine Bakmak	İşçi	15	26,47	2,177	0,337	
	Ev Hanımı	14	28,43			
	Emekli	20	21,5			
Çalışma ve Boş Zaman	İşçi	15	26,33	1,643	0,44	
	Ev Hanımı	14	27,93			
	Emekli	20	21,95			
İnsanlarla Görüşmek	İşçi	15	24,93	2,284	0,319	
	Ev Hanımı	14	29,43			
	Emekli	20	21,95			
Çevrenin Farkında Olmak	İşçi ⁽¹⁾	15	27,93	7,482	0,024*	(1-3)
	Ev Hanımı ⁽²⁾	14	31,14			
	Emekli ⁽³⁾	20	18,5			
İhtiyaçlarını Karşılama	İşçi	15	30,63	4,591	0,101	
	Ev Hanımı	14	25,71			
	Emekli	20	20,27			
Engellilik	İşçi	15	26,6	3,48	0,176	
	Ev Hanımı	14	29,54			
	Emekli	20	20,63			

İnmeli bireylerin engellilik düzeyleri mesleklerine göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucuna göre; çevrenin farkında olmak düzeyleri eğitim durumlarına göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($\chi^2=7.482$; $p=0.024$, $p<0.05$). Çevrenin farkında olmak düzeylerinde hangi gruplar arasında algının farklılaştığının belirlenmesi amacıyla yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre, işçi olanların (**Ortalama**=27,93) çevrenin farkında olmak düzeyleri emekli olanlara (**Ortalama**=18,50) göre daha yüksektir. Gruplar arasındaki fark Mann-Whitney U testi ile belirlenmiştir.

Tablo 25: İnmeli Bireylerin Engellilik Düzeylerinin Yaşadıkları Kişilere Göre Farklılıkları (n:49)

Ölçek	Yaşadıkları Kişiler	n	Ortalama	χ^2	p	U
Gezip Dolaşmak	Aile	32	27,67	3,285	0,194	
	Çocuk	8	19,5			
	Yalnız	9	20,39			
Kendine Bakmak	Aile ⁽¹⁾	32	29,89	10,922	0,004*	(1-3)
	Çocuk ⁽²⁾	8	16,63			
	Yalnız ⁽³⁾	9	15,06			
Çalışma ve Boş Zaman	Aile ⁽¹⁾	32	28,28	6,777	0,034*	(1-2)
	Çocuk ⁽²⁾	8	13,81			
	Yalnız ⁽³⁾	9	23,28			
İnsanlarla Görüşmek	Aile	32	27	2,008	0,366	
	Çocuk	8	19,69			
	Yalnız	9	22,61			
Çevrenin Farkında Olmak	Aile	32	25,66	0,65	0,722	
	Çocuk	8	21,31			
	Yalnız	9	25,94			
İhtiyaçlarını Karşılama	Aile	32	23,64	1,405	0,495	
	Çocuk	8	24,81			
	Yalnız	9	30			
Engellilik	Aile	32	27,53	3,312	0,791	
	Çocuk	8	17,88			
	Yalnız	9	22,33			

İnmeli bireylerin engellilik düzeyleri yaşadıkları kişilere göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Kruskal-Wallis H

testi sonucuna göre; kendine bakmak düzeyleri yaşadıkları kişilere göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($\chi^2=10.922$; $p=0.004$, $p<0.05$). Kendine bakmak düzeylerinde hangi gruplar arasında algının farklılaştığının belirlenmesi amacıyla yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre, aile ile yaşayanların (**Ortalama**=29,89) kendine bakmak düzeyleri yalnız yaşayanlara (**Ortalama**=15,06) göre daha yüksektir. Çalışma ve boş zaman düzeyleri yaşadıkları kişilere göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($\chi^2=6.777$; $p=0.034$, $p<0.05$). Çalışma ve boş zaman düzeylerinde hangi gruplar arasında algının farklılaştığının belirlenmesi amacıyla yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre, aile ile yaşayanların (**Ortalama**=28,28) çalışma ve boş zaman düzeyleri çocuğuyla yaşayanlara (**Ortalama**=13,81) göre daha yüksektir. Gruplar arasındaki fark Mann-Whitney U testi ile belirlenmiştir.

Tablo 26: İnmeli Bireylerin Engellilik Düzeyleri Beden Kitle İndekslerine Göre Farklılıkları (n:49)

Ölçek	Beden Kitle İndeksi	n	Ortalama	χ^2	p	U
Gezip Dolaşmak	Zayıf	3	29,50	3,348	0,341	
	Normal	19	25,26			
	Kilolu	13	19,42			
	Obez	14	28,86			
Kendine Bakmak	Zayıf	3	27,67	2,823	0,420	
	Normal	19	23,34			
	Kilolu	13	21,50			
	Obez	14	29,93			
Çalışma ve Boş Zaman	Zayıf	3	29,67	4,129	0,248	
	Normal	19	24,66			
	Kilolu	13	19,19			
	Obez	14	29,86			
İnsanlarla Görüşmek	Zayıf	3	28,00	5,934	0,115	
	Normal	19	24,08			
	Kilolu	13	18,54			
	Obez	14	31,61			
Çevrenin Farkında Olmak	Zayıf	3	27,17	6,165	0,104	
	Normal	19	24,68			
	Kilolu	13	18,00			
	Obez	14	31,46			
İhtiyaçlarını Karşılama	Zayıf	3	40,00	7,006	0,072	
	Normal	19	27,37			
	Kilolu	13	18,00			
	Obez	14	25,07			
Engellilik	Zayıf ⁽¹⁾	3	34,33	8,259	0,041*	(3-4)
	Normal ⁽²⁾	19	24,42			
	Kilolu ⁽³⁾	13	16,88			
	Obez ⁽⁴⁾	14	31,32			

İnmeli bireylerin engellilik düzeyleri beden kitle indekslerine göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucuna göre; engellilik düzeyleri beden kitle indekslerine göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($\chi^2=8.259$; $p=0.041$, $p<0.05$). Engellilik düzeylerinde hangi gruplar arasında algının farklılaştığının belirlenmesi amacıyla yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre, obez olanların (**Ortalama**=31,32) engellilik düzeyleri kilolu olanlara (**Ortalama**=16,88) göre daha yüksektir. Gruplar arasındaki fark Mann-Whitney U testi ile belirlenmiştir.

Tablo 27: İnmeli Bireylerin Engellilik Düzeylerinin Kronik Rahatsızlık Olması Durumuna Göre Farklılıkları (n:49)

Ölçek	Kronik Rahatsızlık	n	Ortalama	χ^2	p
Gezip Dolaşmak	Diyabet	11	24,05	4,915	0,296
	Hipertansiyon	12	18,96		
	Kalp Yetersizliği	6	29,92		
	Diğer	15	29,73		
	Yok	5	21,50		
Kendine Bakmak	Diyabet	11	31,23	6,851	0,144
	Hipertansiyon	12	17,79		
	Kalp Yetersizliği	6	32,17		
	Diğer	15	23,63		
	Yok	5	24,10		
Çalışma ve Boş Zaman	Diyabet	11	29,82	8,585	0,072
	Hipertansiyon	12	15,71		
	Kalp Yetersizliği	6	33,58		
	Diğer	15	25,57		
	Yok	5	24,70		
İnsanlarla Görüşmek	Diyabet	11	26,95	7,649	0,105
	Hipertansiyon	12	17,75		
	Kalp Yetersizliği	6	33,17		
	Diğer	15	23,07		
	Yok	5	34,10		
Çevrenin Farkında Olmak	Diyabet	11	25,59	0,837	0,933
	Hipertansiyon	12	24,71		
	Kalp Yetersizliği	6	20,33		
	Diğer	15	26,10		
	Yok	5	26,70		
İhtiyaçlarını Karşılama	Diyabet	11	23,64	1,424	0,840
	Hipertansiyon	12	28,67		
	Kalp Yetersizliği	6	25,08		
	Diğer	15	22,50		
	Yok	5	26,60		
Engellilik	Diyabet	11	28,41	3,013	0,556
	Hipertansiyon	12	19,67		
	Kalp Yetersizliği	6	29,83		
	Diğer	15	24,60		
	Yok	5	25,70		

İnmeli bireylerin engellilik düzeyleri kronik rahatsızlıklarının olması durumuna göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucuna göre; engellilik düzeyleri kronik rahatsızlıklarının olması durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 28: İnmeli Bireylerin Engellilik Düzeylerinin Kronik Rahatsızlık Süresine Göre Farklılıkları (n:49)

Ölçek	Kronik Rahatsızlık Süresi	n	Ortalama	χ^2	p
Gezip Dolaşmak	20 yıldan az	21	27,14	1,955	0,376
	20 yıldan fazla	15	26,03		
	Yok	13	20,35		
Kendine Bakmak	20 yıldan az	21	26,60	1,796	0,407
	20 yıldan fazla	15	26,70		
	Yok	13	20,46		
Çalışma ve Boş Zaman	20 yıldan az	21	25,74	0,687	0,709
	20 yıldan fazla	15	26,37		
	Yok	13	22,23		
İnsanlarla Görüşmek	20 yıldan az	21	24,07	0,364	0,834
	20 yıldan fazla	15	26,83		
	Yok	13	24,38		
Çevrenin Farkında Olmak	20 yıldan az	21	23,90	2,319	0,314
	20 yıldan fazla	15	29,43		
	Yok	13	21,65		
İhtiyaçlarını Karşılama	20 yıldan az	21	26,29	1,734	0,420
	20 yıldan fazla	15	27,03		
	Yok	13	20,58		
Engellilik	20 yıldan az	21	24,98	1,639	0,441
	20 yıldan fazla	15	28,23		
	Yok	13	21,31		

İnmeli bireylerin engellilik düzeyleri kronik rahatsızlık sürelerine göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucuna göre; engellilik düzeyleri kronik rahatsızlık sürelerine göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 29: İnmeli Bireylerin Engellilik Düzeylerinin İnme Sonrası Etkilenen Tarafa Göre Farklılıkları (n:49)

Ölçek	İnme Sonrası Etkilenen Taraf	n	Ortalama	χ^2	p
Gezip Dolaşmak	Sağ	21	24,69	0,167	0,920
	Sol	15	24,27		
	Her iki taraf	13	26,35		
Kendine Bakmak	Sağ	21	25,05	0,299	0,861
	Sol	15	26,33		
	Her iki taraf	13	23,38		
Çalışma ve Boş Zaman	Sağ	21	23,98	0,193	0,908
	Sol	15	25,90		
	Her iki taraf	13	25,62		
İnsanlarla Görüşmek	Sağ	21	23,71	0,461	0,794
	Sol	15	24,97		
	Her iki taraf	13	27,12		
Çevrenin Farkında Olmak	Sağ	21	25,24	0,011	0,995
	Sol	15	24,87		
	Her iki taraf	13	24,77		
İhtiyaçlarını Karşılama	Sağ	21	25,29	0,096	0,953
	Sol	15	25,50		
	Her iki taraf	13	23,96		
Engellilik	Sağ	21	25,29	0,069	0,966
	Sol	15	24,20		
	Her iki taraf	13	25,46		

İnmeli bireylerin engellilik düzeyleri inme sonrası etkilenen tarafa göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucuna göre; engellilik düzeyleri inme sonrası etkilenen tarafa göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır. ($p>0.05$).

Tablo 30: Öz Etkililik Ölçeği ve Engellilik Ölçeği Alt Boyutlarının Birbirleri Arasındaki İlişki (n:49)

Ölçek ve Alt Boyutlar	-1	-2	-3	-4	-5	-6	-7	-8
Öz Etkililik ⁽¹⁾	1	-0,594*	-0,575*	-0,612*	-0,697*	-0,381*	-0,048	-0,748*
Gezip Dolaşmak ⁽²⁾		1	0,438*	0,424*	0,285*	0,16	0,043	0,594*
Kendine Bakmak ⁽³⁾			1	0,615*	0,504*	0,287*	0,117	0,800*
Çalışma ve Boş Zaman ⁽⁴⁾				1	0,589*	0,102	-0,011	0,700*
İnsanlarla Görüşmek ⁽⁵⁾					1	0,261	0,11	0,683*
Çevrenin Farkında Olmak ⁽⁶⁾						1	0,300*	0,430*
İhtiyaçlarını Karşılama ⁽⁷⁾							1	0,387*
Engellilik ⁽⁸⁾								1

* $p<0.05$

Değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi için spearman korelasyon analizi yapılmış olup yapılan korelasyon analizi sonucuna göre; öz etkililik ölçeği geneli ile engellilik ölçeği geneli (**$r=-0,748$**) arasında **negatif yönlü yüksek seviyede bir ilişki vardır**. Yani engellilik algısı artan inmeli bireylerin öz etkililik düzeylerinde azalma olduğu belirlenmiştir.

Öz etkililik ölçeği geneli ile insanlarla görüşmek ($r=-0,697$) ve çalışma ve boş zaman ($r=-0,612$) alt boyutları arasında negatif yönlü yüksek seviyede, gezip dolaşmak ($r=-0,594$) ve kendine bakmak ($r=-0,575$) alt boyutları arasında negatif yönlü orta seviyede, çevrenin farkında olmak ($r=-0,381$) alt boyutu arasında negatif yönlü düşük seviyede bir ilişki vardır.

Tablo 31: Öz Etkililik Ölçeği Güvenilirlik Analizleri (n:49)

Ölçek	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
Öz Etkililik	0,969	13

İnmeli bireylerin; 13 maddeden oluşan öz etkililik ölçeğine ait güvenilirlik katsayıları incelendiğinde, ölçeğe ait Cronbach's Alpha değerinin 0,969 olarak hesaplandığı görülmektedir. Bu değer ölçeğin güvenilirliğinin çok yüksek düzeyde olduğunu gösterir.

Tablo 32: Engellilik Ölçeği ve Alt Boyutları Güvenilirlik Analizleri (n:49)

Ölçek ve Alt Boyutlar	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
Gezip Dolaşmak	0,748	6
Kendine Bakmak	0,763	6
Çalışma ve Boş Zaman	0,741	6
İnsanlarla Görüşmek	0,646	6
Çevrenin Farkında Olmak	0,631	6
İhtiyaçlarımı Karşılama	0,716	6
Engellilik	0,875	36

İnmeli bireylerin; 36 maddeden oluşan engellilik ölçeğine ait güvenilirlik katsayıları incelendiğinde, ölçeğe ait Cronbach's Alpha değerinin 0,875 olarak hesaplandığı görülmektedir. Bu değer ölçeğin güvenilirliğinin çok yüksek düzeyde olduğunu gösterir. 6 maddeden oluşan gezip dolaşmak alt boyutuna ait güvenilirlik katsayıları incelendiğinde, alt boyuta ait Cronbach's Alpha değerinin 0,748 olarak hesaplandığı görülmektedir. Bu değer alt boyutun güvenilirliğinin yüksek düzeyde olduğunu gösterir. 6 maddeden oluşan kendine bakmak alt boyutuna ait güvenilirlik katsayıları incelendiğinde, alt boyuta ait Cronbach's Alpha değerinin 0,763 olarak hesaplandığı görülmektedir. Bu değer alt boyutun güvenilirliğinin yüksek düzeyde olduğunu gösterir. 6 maddeden oluşan çalışma ve boş zaman alt boyutuna ait güvenilirlik katsayıları incelendiğinde, alt boyuta ait Cronbach's Alpha değerinin 0,741 olarak hesaplandığı görülmektedir. Bu değer alt boyutun güvenilirliğinin yüksek düzeyde olduğunu gösterir. 6 maddeden oluşan insanlarla görüşmek alt boyutuna ait güvenilirlik katsayıları incelendiğinde, alt boyuta ait Cronbach's Alpha değerinin 0,646 olarak hesaplandığı görülmektedir. Bu değer alt boyutun güvenilirliğinin yüksek düzeyde olduğunu gösterir. 6 maddeden oluşan çevrenin farkında olmak alt boyutuna ait güvenilirlik katsayıları incelendiğinde, alt boyuta ait Cronbach's Alpha değerinin 0,631 olarak hesaplandığı görülmektedir. Bu değer alt boyutun güvenilirliğinin yüksek düzeyde olduğunu gösterir. 6 maddeden oluşan ihtiyaçlarını karşılamak alt boyutuna ait güvenilirlik katsayıları incelendiğinde, alt boyuta ait Cronbach's Alpha değerinin 0,716 olarak hesaplandığı görülmektedir. Bu değer alt boyutun güvenilirliğinin yüksek düzeyde olduğunu gösterir.

5. TARTIŞMA

Salback ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptığı bir araştırmada; 65 yaş altında olanlarda ve kadın inme hastalarında öz etkililiğin daha yüksek seyrettiği bulunmuştur (97). Clark ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptığı bir araştırmaya göre de öz etkililikte erkeklerin daha yüksek puanlar aldığı ve öz etkililik ile yaş arasında bir ilişki olmadığı neticesine varılmıştır (98). Yapılan literatür incelemesinde 2017 yılında Topçu'nu yaptığı bir araştırmada inmeli hastalarda öz etkililik ve yaşam kalitesinin ölçülmüş, kadın hastaların erkek hastalara nazaran öz etkililik ölçek puanının daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır (89). Bizim çalışmamızda da inmeli bireylerin öz etkililik düzeylerinin cinsiyetlerine göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (Tablo 9). Bunun nedeninin kadınların aile içi rollerinin yanı sıra iş yaşamlarının olmasının hastalığının öz etkililikleri üzerine daha fazla yük bindirmesi ve bununda öz etkililiklerini olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir.

Lazar ve arkadaşlarının 2008 yılında, Hamilton ve arkadaşlarının ise 2011 yılında yaptığı araştırmalara göre; inme sonrasında hastaların hemen hemen 3'te 1'inde konuşma sorunu gündeme gelmektedir (91-92). Bu hastaların bazılarında iyileşme iki ay ile bir yıl sürerken, bazılarında ise kalıcı olabilmektedir. 65 yaş ve üzeri bireylerde iskemik inme daha fazla görülmektedir. Ayrıca ileri yaşın inmede değiştirilemeyen risk faktörlerinden olduğu kabul edilmektedir (94-95). Bizim çalışmamız içerisinde de inme tipi iskemik olanların öz etkililik düzeyleri inme tipi hemorajik olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 11). Bunu nedenin iskemik inmelerin daha yüksek oranda görülmesine rağmen yaşanan engellilikler, kısıtlılıklar, uygulanan bakım ve mortaliteye bağlı inme yükünün çoğunun hemorajik inmeden kaynaklanması sebebiyle olduğu düşünülmektedir.

2017 yılında Topçu'nu yaptığı bir araştırmaya göre ise kronik rahatsızlığı olanların olmayanlara göre, bakımlarını kendileri gerçekleştirenlerin gerçekleştiremeyenlere oranla yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiş bulunmaktadır (89). Kronik hastalıklar, bireylerde ortaya çıkardığı semptomlar nedeniyle bireyin motivasyonunun ve kendine olan inancının düşmesine ve öz etkililik algısının olumsuz etkilenmesine sebep olmaktadır. Bizim çalışmamızda

da inmeli bireylerin öz etkililik düzeyleri kronik rahatsızlıklarının olması durumlarına göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucuna göre; öz etkililik düzeyleri kronik rahatsızlıklarının olması durumlarına göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Çallı'nın 2014 yılında Denizli'de diyabetli bireylerde öz etkililiği değerlendirdiği çalışmada yaş grubu ilerledikçe özel beslenme, kilo, fiziksel egzersiz, genel beslenme ve tıbbi kontrol alanlarında daha düşük puanlar alındığı görülmüştür (101). Kadioğlu ve Ergün'ün 2015 yılında yaptığı çalışmaya göre öz etkililiği düşük olan bireyler, edindikleri davranışı sürdürebilir ve sağlıklı beslenmeden giderek uzaklaşarak yaşamını olumsuz etkileyecek yeme bozukluklarına zemin hazırlayabilirler (102). Linge ve arkadaşlarının 2021 yılında yaptığı çalışmaya göre beden kitle indeksindeki artış bireylerin öz etkililik düzeyleri ile negatif yönde etkilemektedir (103). Sacco ve arkadaşlarının 2005 yılında yapmış oldukları çalışmaya göre, düşük öz yeterliliğin, yüksek beden kitle indeksine sahip tip-2 diyabetli erişkinlerde depresyona katkıda bulunduğu belirlenmiştir (104). Bizim çalışmamızda ise inmeli bireylerin öz etkililik düzeyleri beden kitle indekslerine göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır. Öz etkililik düzeylerinde hangi gruplar arasında algının farklılaştığının belirlenmesi amacıyla yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre, kilolu olanların (Ortalama=33,42) öz etkililik düzeyleri obez olanlara (Ortalama=18,14) olanlara göre daha yüksektir (Tablo 17). Bunun nedeninin ise obez bireylerin normal popülasyona göre beden imajlarında memnuniyetsizlik, benlik saygısında düşüklük, iş ve sosyal yaşamda yetersizlik gibi psiko-sosyal olayların öz etkililik seviyelerini ve yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir.

Öz etkililik, bir bireyin çeşitli durumlarda etkili bir şekilde hareket etme konusunda kendi algıladığı yeteneği ifade eder. Hastaların kronik hastalıklarının semptomlarını kendi kendine yönetme becerilerini etkileyen önemli bir faktördür. Öz etkililik öz-bakım eylemlerinin başlatılıp başlatılmadığını, ne kadar çaba sarf edildiğini ve engeller ve başarısızlıklar karşısında bu çabanın ne kadar sürdürüldüğünü belirlemede önemli bir rol oynar (109). Bu doğrultuda inmeli bireylere ek olarak

kronik obstrüktif akciğer hastalığı, hipertansif nefropati, tip-2 diyabet, romatoid artrit gibi ciddi bir öz yönetim gerektiren hastalıklarda bireylerin öz etkililik seviyeleri ölçülerek yaşam kaliteleri arasındaki ilişki değerlendirilmiştir (110,111,112,113).

Engellilik, yaşanan sağlık problemleri sebebiyle normal bir rolün yerine getirilmesini sınırlayan veya engelleyen (yaşa, cinsiyete ve sosyal ve kültürel faktörlere bağlı olarak) bir bozulma veya sakatlıktan kaynaklanan belirli bir bireyin yaşadığı dezavantajdır. Londra engellilik ölçeği ve kronik hastalıklar ile yapılan çalışmalar sınırlı sayıda olup geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında inme, kanser, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve astım gibi hastalıklara sahip bireyler ile çalışılmıştır (114,115).

İnmeli bireylerin engellilik düzeyleri incelenerek demografik dağılımları, boy ve kilolarına göre dağılımları, bağımsızlık düzeylerine göre dağılımları ve inme sonrasında yetersizlik durumuna göre dağılımları incelenmiştir.

Çalışmamızda bireylerin inme durumları incelenirken, daha çok hayat şartları, mesleki durumları ve sosyo-ekonomik durumları dikkate alınmıştır. Sorulan sorular inmeli bireyler üzerinde 36 maddeden oluşan engellilik ölçeğine ait güvenilirlik katsayıları incelendiğinde, 6 alt ölçeğe ait Cronbach's Alpha değerinin 0,875 olarak bulunduğu sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır (Tablo 39). Alt boyuta ait Cronbach's Alpha değerinin 0,748 olarak hesaplandığı görülmektedir. Bu değer alt boyutun güvenilirliğinin yüksek düzeyde gerçekleşmiş olduğu saptanmıştır (Tablo 39).

Kürücü'nün 2017 yılında inmeli bireyler üzerinde yaptığı bir çalışmaya göre, yaş ilerledikçe bireylerin engellilik düzeylerinin azaldığı, erkek hastaların kadın hastalara göre engellilik düzeylerinin daha fazla olduğu saptanmış olup bizim çalışmamızda inmeli bireylerin engellilik düzeyleri yaşa ve cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir (Tablo 23 ve 24).

Gall ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptığı bir çalışmada, inmeden beş yıl sonra değerlendirilen kişilerin en büyük engelliliği, fiziksel bağımsızlık ve çalışma ve boş zaman aktivitelerinde yaşadıkları görülmüştür. Engellilik düzeyleri ile ileri yaşın, sigara içmenin, başlangıçtaki inme şiddetinin, geçirilen atak sayısı ve inme şiddeti

arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (105). Bizim çalışmamızda da inme türü de engellilik üzerinde etkili olup inme tipi hemorajik olanların engellilik düzeyleri inme tipi iskemik olanlara göre ve iki atak geçirenlerin ihtiyaçlarını karşılama düzeyleri bir atak geçirenlere göre daha yüksek olup literatür ile paralellik göstermektedir (Tablo 26 ve 27).

Yalın'ın 2011 yılında yürütmüş olduğu bir çalışmada, inmeli bireylerin engellilik seviyelerinin eğitim seviyeleri ile anlamlı değişim göstermediği ancak artan eğitim seviyesinin ölçek puanlarını iyileştirdiği saptanmıştır (65). Bizim çalışmamızda da ilköğretim mezunu olan inmeli bireylerin engellilik seviyeleri lise mezunu olanlara göre daha yüksektir (Tablo 29). Bu nedenle bireylerin almış olduğu eğitim sayesinde kazançlı bir gelir sağlayarak kaliteli hizmetlere ve ihtiyaçlarını karşılama konusunda bazı avantajlara sahip oldukları düşünülmektedir.

İnmeli hastalar çoğu zaman eşinden, ailesinden ya da arkadaşlarından desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Bu bireylerin evde aile üyeleri tarafından bakımı hasta ve bakım sağlayıcıları açısından oldukça uzun, yorucu ve zorlayıcı bir süreçtir. Bu dönemde bakım ve tedavinin sürdürülmesinde bakım verenlere önemli sorumluluklar düşmektedir. Taburculuk sonrası iyi bir evde bakım ile hastanın yaşam kalitesi olumlu yönde etkilenip yaşanan engellilik minimum seviyede seyredecektir (106). Çalışmamızda bu yönde paralellik gösterip aile ile yaşayan inmeli bireylerin kendine bakma düzeyleri yalnız yaşayanlara oranla daha yüksek bulunmuştur (Tablo 31). Bu bağlamda inmeli bireylerin engellilik düzeyleri yaşadıkları kişiye göre, inmeden kaynaklanan uzun dönem engelliliğin azaltılmasında, ihtiyaçların karşılanmasında ve psikososyal açıdan gerekli desteğin sağlanmasında etkili olacağı düşünülmektedir.

Obezite; tip-2 diyabet, hipertansiyon ve uyku apnesi gibi bazı bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörü olup yaşam kalitesi ve beklentisinde azalma ile ilişkilidir (107). Dumuid ve arkadaşları tarafından yapılan kilo problemi olan 5759 çocuk ile gerçekleştirdikleri bir çalışmada, yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde yaşayan çocukların sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (108). Bizim çalışmamızda da obez bireylerin engellilik düzeyleri kilolu olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 32). Günümüzde obezite giderek artan küresel bir sağlık

problemi haline gelmekte olup kişilerin gündelik aktivitelerini yerine getirmede engellilik seviyelerini olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir.

Yıldız ve arkadaşlarının 2021 yılında yaptığı bir araştırmada; engelli bireylere yönelik algı düzeyi ölçülmeye çalışılmıştır. Buna göre, engelli bireylerin yaşamın her alanında yer almalarıyla bu algının azaltılabileceği; engellilik algısına dair yapılan çalışmaların bu algıyı azalttığı ve bireylerin davranışlarında olumlu etkiler yarattığı; ailelerin çocuklarını engelli bireylere duyarlı şekilde yetiştirmelerinin ileride engellilik algısının oluşmasına zemin hazırlamamaktadır neticelerine varılmıştır (90).

Araştırmamız bünyesinde incelenen gruplarda özellikle cinsiyet, yaş ve fiziksel faktörler dikkate alınmaksızın sosyal etmenlerin psikolojik olarak daha baskın ortaya çıktığı ortaya konulmaktadır (Tablo 36). İnmenin daha fazla belirlendiği gruplar arasında;

- Kadınların erkeklere oranla daha düşük öz etkililiklerinin olduğu,
- 40-45 yaş aralığı içerisindeki katılımcılar,
- Gelir durumu orta seviyede olanlar,
- Kişisel bakım ve öz yeterliliklerini tam yerine getirmede zorlanan bireyler yer almaktadır (36).

Engellilik düzeylerine ait alt boyut bulguları incelendiğinde inmeli bireylerin; engellilik ölçeği ortalamasının ($\bar{x}=3,40$) olduğu, gezip dolaşmak düzeyleri ortalamasının ($\bar{x}=4,61$) olduğu, kendine bakmak düzeyleri ortalamasının ($\bar{x}=3,18$) olduğu, çalışma ve boş zaman düzeyleri ortalamasının ($\bar{x}=3,49$) olduğu, insanlarla görüşmek düzeyleri ortalamasının ($\bar{x}=2,95$) olduğu, çevrenin farkında olmak düzeyleri ortalamasının ($\bar{x}=2,84$) olduğu ve ihtiyaçlarını karşılamak düzeyleri ortalamasının ($\bar{x}=3,36$) olduğu belirlenmiştir (Tablo 23). Schmid ve arkadaşlarının 2012 yılında en az 6 ay önce inme geçiren bireylerin mobilitelerinin incelendiği bir çalışmaya göre, günlük aktiviteler içerisinde bulunan hareket edebilme, denge ve bağımsızlık gibi aktivitelerin öz etkililik ile yakından alakalı oldukları tespit edilmiştir (99). Korpershoek ve arkadaşları tarafından 2011 yılında inmeli bireyler üzerinde yapılan 17 makalenin incelendiği derleme çalışmasına göre, inmeli bireylerin öz etkililik düzeyleri hareketlilik, günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi ile pozitif,

depresyon ile negatif yönde ilişki olduğu saptanmıştır (100). Bizim çalışmamızda ise öz etkililik ölçeği geneli ile insanlarla görüşmek ($r=-0,697$) ve çalışma ve boş zaman ($r=-0,612$) alt boyutları arasında negatif yönlü yüksek seviyede, gezip dolaşmak ($r=-0,594$) ve kendine bakmak ($r=-0,575$) alt boyutları arasında negatif yönlü orta seviyede, çevrenin farkında olmak ($r=-0,381$) alt boyutu arasında negatif yönlü düşük seviyede bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

İnmeli bireylerin topluma ve hayata kazandırılmasında sahip oldukları engellilik algılarının en aza indirilmesi, yaşam kalitelerinin ve hastalık yönetiminde önemli bir motivasyon kaynağı olan öz-etkililik seviyelerinin yükselmesinde etkili olan belirleyicilerin tespit edilmesi hemşirelerin hastalara bağımsızlıklarını kazandırılmalarında kolaylık sağlayacaktır. Hemşirelerin hastalar için öz-yeterlilik müdahalelerini nasıl geliştirecekleri ve uyarlayabileceklerine yardımcı olacaktır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu çalışmamız sonucunda; İnmeli bireylerin engellilik algıları, öz etkililik durumlarını etkilemiş olup aralarında negatif yönlü bir ilişki vardır. Engellilik algısı artan inmeli bireylerin öz etkililik düzeylerinde azalma olduğu belirlenmiştir.

6.2. Öneri

- İnmeli bireylerde ortaya çıkan engellilik kişilerin mobilite, meslek, fiziksel bağımsızlık, sosyal entegrasyon, uyum ve ekonomi gibi kendi kendine yeterlilik boyutlarını etkilediği için hemşirelerin hastaların yaşamış olduğu bu dezavantajı yönetmeyi öğrenebilecekleri daha çok araştırma yapılması ve eğitime yer verilmesi,

- Öz-etkililik, öz-bakım eylemlerinin başlatılıp başlatılmadığını, ne kadar çaba sarf edildiğini ve engeller karşısında bu çabanın ne kadar sürdürüldüğünü belirlemede önemli bir rol oynar. Kronik hastalığa sahip kişilerin bakımında önemli bir rol oynayan hemşireler, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi hakkında daha çok eğitim alması,

-İnmeli bireylere yönelik hasta okulları planlamasının yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. WEB_1. (2016). Global Health Estimates (GHE). <https://www.who.int/data/global-health-estimates> (Erişim Tarihi: 14.10.2020).
2. WEB_2. (2006). World Health Organization (WHO). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43432> (Erişim Tarihi: 14.10.2020).
3. Kumral E, Evyapan D, Keser G, Kabasakal Y, Oksel F, Aksu K, & Balkir K. Detection of microembolic signals in patients with neuropsychiatric lupus erythematosus. *European Neurology* 2002; 47(3), 131–135. <https://doi.org/10.1159/000047970>.
4. Kutluk K. İskemik inme. İn: Kutluk K. *Epidemiyoloji*. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul 2004:1-4.
5. Feigin VL, Norrving B, and Mensah GA. Global Burden of Stroke. *American Heart Association, Inc. Volume 120, Issue 3, 3 February 2017; 439-448.* <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.308413>.
6. Tokgözoğlu L, Pehlivanoglu S, Kültürsay H, et al. Which patients have the highest cardiovascular risk? A follow-up study from Turkey. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 2005; 12: 250–256.
7. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update. *Circulation* 2016; 133: e38–e360.
8. Karabudak R. İNME. *Türk Nöroloji Derneği (TND) Beyin Yılı Aktiviteleri* 2014:1-2.
9. Akyol A, Özpoğaç B, Boztürk Y, Çakıcı K. İNMELİ HASTALARIN ÖZBAKİM GÜÇLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2003; 19(1-3): 35-45.
10. Programme on mental health: WHOQOL User Manual. Division of mental health and prevention of substance abuse World Health Organization. WHO/HIS/HSI Rev. 2012. 03.
11. Testa MA, Simonson DC. Assesment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med*.1996; 334: 835-40.
12. Sapancı F. Sağlık Hizmetlerinde Engellilik Kavramı ve Engellilerin Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmaları. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı 2013.

13. Harwood RH, Gompertz P, Ebrahim S. Handicap one year after a stroke: validity of a new scale. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 1994; 57: 825-829.
14. Sturm JW, Donnan GA, Dewey HM, et al. Determinants of Handicap After Stroke. *Stroke* 2004; 35: 715–720.
15. Topçu S. İnmeli hastalarda öz etkililik ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, 2017.
16. Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi* 2002; 4(1), 9–14.
17. Aypay A. The Adaptation Study of General Self-Efficacy (GSE) Scale to Turkish. *INONU UNIVERSITY JOURNAL OF THE FACULTY OF EDUCATION* 2010; 11(2), 113-131.
18. Lenz ER, Shortridge-Baggett LM. *Self-efficacy in nursing: research and measurement perspectives*. New York: Springer Publishing Company 2002; 97-202.
19. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist* 1982; 37, 2: 122.
20. Bandura A, Adams NE. Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive therapy and research* 1977; 1, 4: 287-310.
21. Çalık A, Kapucu S. Diyabetli Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Geliştirme: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2017; 4(2), 62-75.
22. Robinson-Smith G, Johnston M, Allen J. Self-care self-efficacy, quality of life, and depression after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2000; 81(4): 460–464. doi:10.1053/mr.2000.3863.
23. Burton CR. A description of the nursing role in stroke rehabilitation. *J Adv Nurs*. 2000; 32: 174–181.
24. Kirkevold M. The role of nursing in the rehabilitation of stroke survivors: an extended theoretical account. *ANS Adv Nurs Sci*. Jan-Mar 2010; 33(1): E27-40. doi: 10.1097/ANS.0b013e3181cd837f.
25. Johnson W, Onuma O, Owolabic M, Sachdeva S. Stroke: a global response is needed. *Bulletin of the World Health Organization* 2016; 94, 9: 634.
26. Royal College of Physicians. National clinical guideline for stroke. Fifth Edition 2016.
27. WEB_3. (2021). World Health Organization, WHO. <http://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html> (Erişim Tarihi: 3.10.2021).

28. CDC WONDER Online Database. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2018. Accessed March 12, 2020.
29. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626> (Erişim Tarihi: 03.10.2020).
30. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, et al. Heart disease and stroke statistics—2017 update: a report from the American Heart Association *Circulation* 2017; 135, 10: e146-e603.
31. Tuelsen T, Begg S, Mathers C. The global burden of cerebrovascular disease. *Cerebrovascular disease 21-06-06. Global Burden of Disease 2000.*
32. Nakajima S, Chester K. Acute Ischemic Stroke. *Critical and Urgent Care. PSAP 2020 Book 1.*
33. Karadakovan A. Sinir Sistemi Hastalıkları. A, Karadakovan & F. Eti Aslan (Eds.), *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım 2013 (3. Baskı, ss:1129-1070). Akademisyen Tıp Kitapevi.*
34. Guidelines for Management of Stroke. Ulaanbaatar 2012, Centers for Disease Control and Prevention. *Underlying Cause of Death, 1999–2018.*
35. Chen PH, Gao S, Wang YJ, Xu AD, Li YS, Wang D. Classifying Ischemic Stroke, from TOAST to CISS. *CNS Neurosci Ther.* 2012 Jun; 18(6): 452-6.
36. Arsava E, Öztürk V, Kutluk K, Uzuner N. İskemik İnme Tanısı: Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu – 2015. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi* 2015; 21(2): 80-84. doi: 10.5505/tbdhd.2015.77486.
37. Melek İ, Afşar N, Güngör L ve ark. Hemorajik İnme Tanısı: Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği İnme Tanısı ve Tedavi Kılavuzu. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi* 2015; 21(2), 85-88.
38. Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, et al. An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2013; 44(7): 2064-2089.
39. Bradley W, Daroff R, Fenichel G, Marsden C. *Neurology in Clinical Practice.* Stoneham: Butterworth-Heinemann 1991.
40. Donkor SE. Stroke in the 21st Century: A Snapshot of the Burden, Epidemiology, and Quality of Life. *Stroke Res Treat* 2018; Nov 27. doi: 10.1155/2018/3238165.
41. Manno EM. Update on intracerebral hemorrhage. *Continuum Lifelong Learning Neurol* 2012; 18(3): 598-610.
42. Truelsen T, Begg S, Mathers C. The global burden of cerebrovascular disease. *Global Burden of Disease 2000.*
43. Feigin VL, Rinkel GJ, Lawes CM, Algra A, Bennett DA, van Gijn J, Anderson CS. Risk factors for subarachnoid hemorrhage. *Stroke.* 2005; 36, 12: 2773-2780.

44. WEB_4. (2020). National Heart, Lung, and Blood Institute. <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/stroke> (Erişim Tarihi: 14.10.2020).
45. Topçu S. İnmeli Hastalarda Öz etkililik ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Türkiye Cumhuriyeti Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2017.
46. WEB_6. (2020). Centers for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov/stroke/signs_symptoms.htm (Erişim Tarihi: 14.10.2020).
47. Lynda D, Lisabeth PhD, Devin L, et al. Acute Stroke Symptoms Comparing Women and Men. *Stroke* 2009; 40: 2031-2036. doi:10.1161/STROKEAHA.109.546812.
48. Manzoor A. Mir, Raid S. Al-Baradie and Malik D. Alhussainawi. Pathophysiology of Stroke. Nova Science Publishers, Inc. 2014; (pp.25-80).
49. Kısabay A. ve Selçuki D. İskemik inme: Temel patofizyoloji ve etiyojisi. *Türkiye Klinikleri J Radiol-Special Topics* 2017; 10(1): 1-7.
50. Sudlow CL, Warlow CP. Comparing stroke incidence worldwide: what makes studies comparable? *Stroke* 1996; 27: 550-8.
51. Sudlow CL, Warlow CP. Comparing stroke incidence worldwide: what makes studies comparable? *Stroke* 1996; 27: 550-8.
52. Yaman S, Boyraz S. Prehospital stroke diagnosis and management. *Turkish Journal of Cerebrovascular Diseases* 2019; 25 (1): 11-18. doi: 10.5505/tbdhd.2019.24892.
53. Uzuner U, Kutluk K, Balkan S, (Ed). İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği 2015; ss.59-87.
54. WEB_ 7: (2018). American Heart Association (AHA). Ischemic Stroke Treatment. <https://www.stroke.org/en/about-stroke/treatment/ischemic-stroke-treatment> (Erişim Tarihi: 29.10.2020).
55. Tasneem F, Hasan MD, CPH; Alejandro A. Rabinstein, MD; et al. Diagnosis and Management of Acute Ischemic Stroke. *MAYO CLINIC PROCEEDINGS*. 2018;93(4):523-538. DOI: 10.1016/j.mayocp.2018.02.013.
56. WEB_8: Nanda A. What is the National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) *Medscape*, Dec 03, 2018; <https://www.medscape.com/answers/1910519-41733/what-is-the-national-institutes-of-health-stroke-scale-nihss>. (Erişim Tarihi: 18.10.2020).
57. Şahan M, Satar S, Koç F, Sebe A. İskemik İnme ve Akut Faz Reaktanları. *ARŞİV* 2010; 19: 85.
58. Topçuoğlu M A, Giray S. (2020). Akut iskemik inmede intravenöz trombolitik tedavi uygulaması. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı Akut İskemik İnme Tanı ve Tedavi Rehberi.

59. An SJ, Kim TJ, Yoon B. Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Features of Intracerebral Hemorrhage: An Update. *Journal of Stroke* 2017; 19(1): 3-10 <https://doi.org/10.5853/jos.2016.00864>
60. Bal C, Koç Z. İskemik İnme Geçiren Bireyin NANDA-I'ya Göre Hemşirelik Tanıları, NIC Hemşirelik Girişimleri ve NOC Çıktıları. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci.* 2020; 12(3): 443. DOI: 10.5336/nurses.2019-70124.
61. Memiş S. İnmelerde Akut Dönemde Hemşirelik Bakımının Yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2000; 4(2):89-98.
62. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning A national clinical guideline. June 2010. ss:56-34.
63. Alankaya N. İnme sonrası yeti yitimi ve rehabilitasyonda hemşirenin rolü. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2019; 23(3):195-201.
64. Demir H. İnmeli bireylerde öz etkililik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Yayınlanmış yüksek lisans tezi, T.C. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019.
65. Yalın H. İnme sonrası hastaların fonksiyonel durum, engellilik ve yaşam kaliteleri. Doktora Tezi, T. C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2011.
66. Kes D. İnme geçiren bireylerin hastalıkla başa çıkma tutumlarının yaşam kalitesine etkisi. *Ankara Med J*, 2020; (1):214-223.
67. WEB_9. (2019). Türkiye İstatistik Kurumu. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710> (Erişim Tarihi: 03.04.2021).
68. Marcel W.M. Post, Definitions of Quality of Life: What Has Happened and How to Move On. *Top Spinal Cord Inj Rehabil.* 2014 Summer; 20(3): 167–180. Published online 2014 Aug 11. doi: [10.1310/sci2003-167](https://doi.org/10.1310/sci2003-167).
69. Mayo NE, Dauphinee S, Ahmed S, et al. Disablement following stroke. *Disability ve Rehabilitation* 1999; 21 (5-6): 258-268.
70. Sooyeon Kwon, Abraham G. Hartzema, Pamela W. Duncan, and Sue Min-Lai. Disability Measures in Stroke. Relationship Among the Barthel Index, the Functional Independence Measure, and the Modified Rankin Scale. *Stroke*, 2004; 35: 918–923.
71. Durmaz B, Atamaz F. İnme ve Hayat Kalitesi. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi* 2006; 52 özel ek B: B45-B49.
72. Kobylańska M, Kowalska J, Neustein J, et al. The role of biopsychosocial factors in the rehabilitation process of individuals with a stroke. *WORK* 2019; 61(4): 523–535. doi:10.3233/WOR-162823.
73. Joanna Szczepańska-Gieracha and Justyna Mazurek. The Role of Self-Efficacy in the Recovery Process of Stroke Survivors. *Psychol Res Behav Manag.* 2020; 13: 897–906.

74. Szczepańska-Gieracha J, Mazurek J. The Role of Self-Efficacy in the Recovery Process Stroke Survivors. *Psychol Res Behav Manag.* 2020; Nov 4;13:897-906. doi: 10.2147/PRBM.S273009.
75. Luszczynska A. & Schwarzer R. Social cognitive theory. In M. Conner & P. Norman (eds.). *Predicting health behaviour* (2nd ed. rev. ed.). Buckingham, England: Open University Press. 2005; pp. 127–169.
76. Locke EA, Latham GP. *A Theory of Goal Setting and Task Performance*. New York: Prentice Hall; 1990.
77. Corrie Korpershoek 1, Jaap van der Bijl, Thóra B Hafsteinsdóttir. Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review. *J Adv Nurs.* 2011; Sep;67(9):1876-94. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05659.x. Epub 2011 Jun 7.
78. Torrisi M, De Cola M, Buda A, et al. Self-Efficacy, Poststroke Depression, and Rehabilitation Outcomes: is There a Correlation? *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2018; 27(11): 3208–3211. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis. 2018.07.021.
79. Harwood R, Gompertz P, Ebrahim S. Handicap one year after a stroke: validity of a new scale. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 1994; 57: 825-829.
80. Jenkinson C, Mant J, Carter J, et al. The London handicap scale: a re-evaluation of its validity using standard scoring and simple summation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000; 68: 365–367.
81. Hershkovitz A, Beloosesky Y, Gottlieb D, et al. Is a day hospital rehabilitation programme associated with reduction of handicap in stroke patients? *Clinical Rehabilitation*. Volume 18, Issue 3. <https://doi.org/10.1191/0269215504cr7>.
82. Westergren A, Hagel P. Initial validation of the Swedish version of the London Handicap Scale. *Quality of Life Reserch* 2006; 15: 1251-1256.
83. Groothuis-Oudshoorn, CGM; Chorus AMJ, Beekun WT, Detmar SB, Hout WB. Modelling ve estimation of valuations for the Dutch London Handicap Scale. *Journal of Health Economics* 2006; 25:6, 119-1138.
84. R. S. K. Lo et al. Cross-cultural validation of the London Handicap Scale and comparison of handicap perception between Chinese and UK populations.” *Age and Ageing* 2007; 36: 544–548. doi:10.1093/ageing/afm052.
85. Freeman JA, Langdon DW, et al. The impact of inpatient rehabilitation on progressive multiple sclerosis.” *Ann Neurol*, 1997; 42(2): 236-244.
86. Dubuc N, Haley SM, Pengsheng N, Kooyoomjian J. T. & Jette, AM. “Function and disability in late life: comparison of the Late-Life Function and Disability Instrument to the Short-Form-36 and the London Handicap Scale.” *Disability and Rehabilitation* 2004; 26(6), 362-370.

87. Jones F, Partridge C, Reid F, The Stroke Self-efficacy Questionnaire: Measuring Individual Confidence in Functional Performance After Stroke, *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17, 244-252.
88. Riazi A, Aspden T, Jones, F, Stroke Self-efficacy Questionnaire: a Rasch Refined Measure of Confidence Post Stroke, *Journal of Rehabilitation Medicine* 2014; 46, 5; 406-412.
89. Topçu S. İnmeli Hastalarda Öz etkililik ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Türkiye Cumhuriyeti Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2017.
90. Diğer H, ve Yıldız A. Engelli Bireylere Yönelik Algı Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2021; 31.
91. Hamilton RH, Chrysikou EG, Coslett B, Mechanisms of aphasia recovery after stroke and the role of noninvasive brain stimulation. *Brain and Language* 2011; 118, 1: 40-50.
92. Lazar RM, ve Antoniello D. Variability in recovery from aphasia. *Current Neurology and Neuroscience Reports* 2008; 8, 6: 497.
93. Glize B, Villain M, Richert L, Vellay M, Gabory I, Mazaux J, Joseph P. Language features in the acute phase of poststroke severe aphasia could predict the outcome. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* 2017; 53, 2: 249-255.
94. Feigin VL, Norrving B, Mensah GA. Global burden of stroke. *Circulation Research* 2017; 120, 3: 439-448.
95. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, Fullerton HJ. Heart disease and stroke statistics, 2016 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2016; 133, 4: e38-e360.
96. Jones F, Riazi A, Norris M, Self-management after stroke: time for some more questions? *Disability and Rehabilitation* 2013; 35, 3: 257-264.
97. Salback NM, Mayo NE, Robichaud - Ekstrand S, Hanley JA, Richards CL, Wood-Dauphinee S. The effect of a task-oriented walking intervention on improving balance self-efficacy poststroke: A randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2005; 53, 4: 576-582.
98. Clark DO, Nothwehr F, Exercise self-efficacy and its correlates among socioeconomically disadvantaged older adults. *Health Education & Behavior* 1999; 26, 4: 535-546.

99. Schmid AA, Van Puymbroeck M, Altenburger PA, Dierks TA, Miller KK, Damush TM, Williams LS, Balance and balance self-efficacy are associated with activity and participation after stroke: a cross-sectional study in people with chronic stroke. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 2012; 93, 6: 1101-1107
100. Korpershoek C, van der Bijl J, Hafsteinsdóttir TB, Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 2011; 67, 9: 1876-1894.
101. Çallı D. Tip 2 Diyabetli Hastaların Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Algısı Ve İyilik Halinin Değerlendirilmesi. Denizli: Pamukkale Üniversitesi; 2014.
102. Kadioğlu M, Ergün A. Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumu, Öz-Etkililik ve Etkileyen Faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2015; 5(2).
103. Linge A, Jensen C, Laake P, Bjørkly S. Changes to body mass index, work self-efficacy, health-related quality of life, and work participation in people with obesity after vocational rehabilitation: a prospective observational study, 2021; 21:936.
104. Sacco W P, Wells K J, Vaughan C A, Friedman A, Perez S, Matthew R. Depression in adults with type 2 diabetes: The role of adherence, body mass index, and self-efficacy. *Health Psychology* 2005; 24(6), 630-634. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.6.630>
105. Gall S, Dewey H, Sturm J, Macdonell A, Thrift A. Handicap 5 years after stroke in the North East Melbourne Stroke Incidence Study. *Cerebrovasc Dis*. 2009; 27(2): 123-30. doi:10.1159/000177919. Epub 2008 Nov 28.
106. İnci F, Temel A. İnmeli Hastaya Bakım Veren Aile Bireylerinin Gereksinimleri: Sistemik İnceleme. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2016; 3(3), 28-43.
107. Kocaman F, Telatar B. Yetişkinlerde Beden Kitle İndeksine Göre Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının ve Zayıflama Girişimlerinin Değerlendirilmesi. *TJFMPC www.tjfmpe.gen.tr* 2020, 14 (4).
108. Dumuid D, et all. Trigger Point Manual Therapy for the Treatment of Chronic Noncancer Pain in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis 2019; Mar;100(3):562-577. doi: 10.1016/j.apmr.2018.06.019. Epub 2018 Jul 17.
109. Chan Y, Lee M, Wu S, Liu Y, Chen Y. Disease Knowledge, Self-Efficacy, and Quality of Life in Patient With Hypertensive Nephropathy. *Clin Nurs Res*. 2022; Jul;31(6):1179-1188. doi: 10.1177/10547738211073396.
110. Çallı D. Tip 2 Diyabetli Hastaların Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Algısı Ve İyilik Halinin Değerlendirilmesi. Denizli, Pamukkale Üniversitesi; 2014.
111. Young H, Miyamoto S, Dharmar M, Tang-Feldman Y. Usual Care to Improve Diabetes Self-Efficacy for Persons With Type 2 Diabetes: Randomized

Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth* 2020; Mar 2;8(3):e16665. doi: 10.2196/16665.

112. Selzler A, Habash R, Robson L, Lenton E, Goldsten R, Brooks D. Self-efficacy and health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: A meta-analysis. *Patient Educ Couns.* 2020; Apr;103(4):682-692. doi: 10.1016/j.pec.2019.12.003.
113. Primdahl J, Wagner L, Horslev Petersen K. Self-efficacy as an outcome measure and its association with physical disease-related variables in persons with rheumatoid arthritis: a literature review. *Musculoskeletal Care* 2011; Sep; 9(3):125-40. doi: 10.1002/msc.210.
114. Hurtado- Ruzza, et all. Self-Perceived Handicap Associated With Dysphonia and Health-Related Quality of Life of Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients: A Case-Control Study. *J Speech Lang Hear Res.* 2021; Feb 17;64(2):433-443. doi: 10.1044/2020_JSLHR-20-00473.
115. See Ket Lo R, et all. Cross-cultural validation of the London Handicap Scale and comparison of handicap perception between Chinese and UK populations. *Age Ageing* 2007; Sep;36(5):544-8. doi: 10.1093/ageing/afm052.

EKLER

Ek-1 : Londra Engellilik Ölçeği Kullanım İzni



sevde dölen 22.01.2020

Alicılar: hayatyalin, elifunsal2... ▾



Hayat Hanım Merhaba,

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü iç hastalıkları hemşireliği anabilim dalında yüksek lisans yapmaktayım. Danışman Hocam Doç. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL ile yapacağımız tezde sizin Türkçeye uyarlayıp geçerlilik ve güvenilirlik çalıştığınız "**Londra Engellilik Ölçeği**" ni izniniz olursa bende tezimde kullanmak istiyorum.

Şimdiden çok teşekkür ediyorum,
Saygılarımla.



Hayat Yalın 22.01.2020

Alicılar: ben ▾



Merhaba Sevde Dölen

Ölçeği kullanabilirsiniz.
Kaynak gösteriminizde kolaylık olması amacıyla paylaşıyorum; ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Peter Lang Yayınevi tarafından "Scientific Researches in Health Sciences" kitabında "Handicap and Life Quality of the Patients After Stroke" başlıklı bölüm olarak yayınlandı. İnternette ulaşabilirsiniz.

Ölçeğe yönelik sorularınız olursa hiç çekinmeden sorunuz.

Başarı dilekleriyle

Dr. Öğr. Üyesi **Hayat** Yalın
Bahçeşehir Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Ek-2 : Öz Etkililik Ölçeği Kullanım İzni



sevde dölen 22.01.2020

Alicilar: stopcu, elifunsal2003 ✓



Serpil Hanım Merhaba,

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapmaktayım. Danışman Hocam Doç. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL ile yapacağımız tezde sizin Türkçeye uyarlayıp geçerlilik ve güvenilirlik çalıştığınız "**Öz Etkililik-Yeterlik Ölçeği**" ni izniniz olursa bende tezimde kullanmak istiyorum.

Şimdiden çok teşekkür ediyorum,
Saygılarımla.



Serpil Akkuş Topçu 23.01.2020

Alicilar: ben ✓



Sayın Sevda Dölen Hn,

Ölçeği kullanmanızdan memnuniyet duyarım. Bir sorunuz olursa iletişime geçelim. Kolaylıklar dilerim....

Ek-3 : Etik Kurul İzni

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

0292

Doç. Dr. EHF Ünsal AVDAL


Karar No: 811
Tarih: 02.07.2020

KARAR


"İnmeli Bireylerin Engellilik Algılarının Öz Yeterlilik Durumları Üzerine Etkisinin İncelenmesi" adlı araştırma başvuru dosyamız kurumumuzda gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. İnceleme sonucunda çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.

T. KATILMADI
Doç. Dr. Fatih Esat TOPAL
Kurul Başkanı

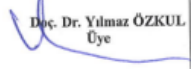

Prof. Dr. Mustafa KARACA
Başkan Yardımcısı


Prof. Dr. Yasemin TOKEM
Üye


Doç. Dr. Nihal LÂÇİN
Üye


Doç. Dr. Aşlı BAYŞAL
Üye


Doç. Dr. Aşlıhan ABBASOĞLU
Üye


Doç. Dr. Yılmaz ÖZKUL
Üye

T. KATILMADI
Doç. Dr. Süreyya Gül YURTSEVER
Üye

T. KATILMADI
Dr. Öğr. Üyesi Gülşay OYUR ÇELİK
Üye

Uzm. Dr. Zehra BetülPAKÖZ
Üye

Uzm. Dr. D. Barış KILIÇCIOĞLU
Raportör


Dr. Mehmet ERTAN
Üye


Dr. Fatma Ezgi CAN
Üye

KARŞI OY:


Üye

Ek-4 : Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

ANKET FORMU

Değerli Katılımcı;

Bu çalışma Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı'nda "*İmmeli Bireylerin Engellilik Algılarının Öz-Etkililik Düzeyleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi*" konulu yüksek lisans tez çalışması için yapılmaktadır. Çalışmada sizin tanıtıcı bilgilerinizi içeren sorular, Hasta-Hastalık Bilgi Formu, Londra Engellilik Ölçeği ve İmme Öz- Etkililik Ölçeği bulunmaktadır. Lütfen sorulardaki size uygun seçeneği boş bırakmayarak cevaplayınız.

Araştırmadan elde edilen bilgileri araştırmacı dışında hiç kimse görmeyecektir. Ayrıca araştırma sonuçları yazılırken kesinlikle kişisel bilgiler rapor edilmeyecektir.

İlginizden ve yardımlarınızdan dolayı çok teşekkür ederiz.

- Bu anket gönüllülük esasına dayanılarak doldurulacaktır.

Prof. Dr. ELİF ÜNSAL AVDAL
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi S.B.F
İç Hastalıkları Hemşireliği A.B.D (Tez Danışmanı)

SEVDE DÖLEN
İzmir
İç Hastalıkları Hemşireliği Y.L.

KATILIMCI

ARAŞTIRMACI

TANIK

AD-SOYAD:

TARİH:

İMZA:

Ek-5: Hasta- Hastalık Bilgi Formu

LÜTFEN AŞAĞIDAKİ BOŞLUKLARI SİZE UYGUN ŞEKİLDE DOLDURUNUZ.

A- Sosyo-demografik Özellikler

1. Yaş:.....

2. Cinsiyet: Kadın () Erkek ()

3. Medeni Durum: Evli () Bekar () Boşanmış () Dul ()

4. Eğitim Durumu: Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlköğretim () Lise ()
Üniversite () Diğer ()

5. Meslek: Ev Hanımı () Memur () İşçi () Emekli () Serbest ()

6. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz:

Gelir giderden fazla () Gelir gidere denk () Gelir giderden az ()

7. Sosyal Güvence: Var () Yok ()

8. Kiminle yaşıyorsunuz: Yalnız () Aile () Çocuk () Diğer ()

9. Ailede başka çalışan var mı? Kim/Kimler?

Yok () Var (.....)

10. Nerede oturuyorsunuz: İl () İlçe () Köy ()

11. Boy: Kilo:

12. Kronik Hastalıklar: Yok () Var ()

13. Varsa kronik hastalık adı:

14. Kronik hastalık kaç yıldır var:.....

B-Hastalık (İnme) Tanılaması

15. İnme tipi: Hemorajik () İskemik ()

16. İnme tanısı ne zaman alındı:

17. Atak sayısı:

18. Hastada inme sonrası gelişen yetersizlikler : (Birden fazlası işaretlenebilir)

*Yüz, kol veya bacakta özellikle vücudun bir tarafında güçsüzlük uyuşma veya karıncalanma ()

*Kol ve bacakları hareket ettirmede güçlük ()

*Yürüme güçlüğü () *Yutma güçlüğü () *Anlama Güçlüğü () *Bilinç bulanıklığı ()

*Denge kaybı () *Konuşamama () *Yorgunluk () *Konuşma güçlüğü ()

*Kişilik değişiklikleri () *İdrar kaçırma () *Bir veya iki gözde görme sorunu

19. Etkilenen taraf hangisidir? Sağ () Sol () Her iki taraf ()

20. Fizik tedavi gördünüz mü? Evet () Hayır () Süre:

21. Sigara/ Alkol kullanımı (Açıklayınız).....

22. Bağımsızlık düzeyinin değerlendirilmesi

	<i>Bağımsız</i>	<i>Kısmi Bağımlı</i>	<i>Bağımlı</i>
<u>KENDİNE BAKIM</u>			
Yemek yeme			
Kendine bakım(tıraş, makyaj)			
Yıkanma			
Üst taraf giyimi			
Alt taraf giyimi			
Tuvalet kullanımı- Temizliği			
<u>SFINKTER KONTROLÜ</u>			
Perine bakımı			
<u>MOBİLİTE(Transfer)</u>			
Yatak, sandalye, tekerlekli sandalye			
Tuvalet			
Banyo-Duş			
<u>YER DEĞİŞTİRME (Lokomosyon)</u>			
Yürüme/Tekerlekli Sandalye			
Merdiven			
<u>İLETİŞİM</u>			

Anlama (işitsel-görsel)			
İfade edebilme (sözel veya değil)			
Sosyal Algılama			
Sosyal katılım			
Problem çözme			
Hafıza			

Ek-6: Londra Engellilik Ölçeği (LEÖ)

LONDRA ENGELLİLİK ÖLÇEĞİ (LEÖ)

TOPLAM

LEÖ PUANI

Sizin sağlığınız ve sizin hayatınız

Bu ölçek, sağlık durumunuzun günlük yaşantınızı nasıl etkilediği ile ilgilidir. Lütfen her soru için verilen açıklamaları okuyun ve sizi en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretleyin. Sorulara cevap verirken, geçen hafta yaptıklarınızı düşünmek ve kendinizi sizinle aynı yaş ve cinsiyette olan fakat sağlık durumu iyi biriyle karşılaştırmak yardımcı olur.

Lütfen sadece bir kutuyu işaretleyin.

Gezip dolaşmak

Günlük yaşantınızda herhangi bir yardımcı destek ya da ulaşım aracı kullanarak, bir yerden başka bir yere nasıl gittiğinizi düşünün.

1. Sağlığınız gezip dolaşmanıza engel oluyor mu?

Hiç : Ne kadar uzak olursa olsun, istediğiniz her yere gidiyorsunuz.

Çok az : İsteddiğiniz çoğu yere gidiyorsunuz fakat her yere değil.

Oldukça fazla : Evin dışına çıkıyorsunuz fakat pek uzaklaşmıyorsunuz.

Çok fazla : Dışarı çıkamıyorsunuz fakat evin içinde odadan odaya dolaşabiliyorsunuz.

Neredeyse tamamen : Bir odaya bağımlısınız fakat bu oda içinde hareket edebiliyorsunuz.

Tamamen : Yatağa ya da svealyeye bağımlısınız. Hiçbir şekilde hareket edemiyorsunuz. Sizi hareket ettirecek hiç kimse yok.

Kendine bakmak

Ev işi, alışveriş, para ile ilgili işler, yemek yapma, çamaşır yıkama, giyinme, yıkanma, traş olma ve tuvaleti kullanma gibi faaliyetleri düşünün.

2. Sağlığınızı kendinize bakmanıza engel oluyor mu?

Hiç : Kendinize bakmak için her şeyi yapıyorsunuz.

Çok az : Ara sıra ufak tefek yardımlara ihtiyacınız oluyor.

Oldukça fazla : Bazı işleri (ağır ev işi veya alışveriş) yaparken yardıma ihtiyacınız oluyor fakat günde bir kereden fazla değil.

Çok fazla : Kendiniz için bazı şeyleri yapıyorsunuz fakat günde bir kereden fazla yardıma ihtiyacınız oluyor. Birkaç saat için güvenli bir şekilde tek başınıza/yalnız kalabilirsiniz.

Neredeyse tamamen : Her zaman yardıma ihtiyacınız olabilir. Evde güvenli bir şekilde tek başınıza kalamazsınız.

Tamamen : Gece ve gündüz sürekli yardıma ve bakıma ihtiyacınız var.

Çalışma ve boş zaman

Ücretli ya da ücretsiz çalışma, ev işi, bahçe işleri, spor yapma, hobiler, arkadaşlarla dışarı çıkma, seyahat etme, okuma, çocuklara bakma, televizyon seyretme ve tatile çıkma gibi faaliyetleri düşünün.

3. Sağlığınızı, işinizi ve boş zaman faaliyetlerinizi engelliyor mu?

Hiç : Yapmak istediğiniz her şeyi yapıyorsunuz.

Çok az : Yapmak istediğiniz çoğu şeyi yapıyorsunuz.

Oldukça fazla : Neredeyse her zaman yapacak bir şeyler buluyorsunuz fakat bazılarını istediğiniz kadar uzun süre yapamıyorsunuz.

Çok fazla : Çoğu zaman yapacak bir şeyler bulabiliyorsunuz fakat bir çok şeyi yapamıyorsunuz.

Neredeyse tamamen : Bazen yapacak bir şeyler bulabiliyorsunuz fakat pek çok şeyi yapamıyorsunuz.

Tamamen : Bütün gün hiçbir şey yapmadan oturuyorsunuz. Kendinizi oyalayamıyor ya da herhangi bir faaliyet yapamıyorsunuz.

İnsanlarla görüşmek/geçinmek

Ailenizi, arkadaşlarınızı ve normal bir günde karşılaşılabileceğiniz diğer kişileri düşünün.

4. Sağlığınız, insanlarla görüşmenize/geçinmenize engel oluyor mu?

Hiç : İnsanlarla çok iyi geçinir, görmek istediğiniz herkesi görür, yeni insanlarla tanışırsınız.

Çok az : İnsanlarla çok iyi görüşür/geçinirsiniz fakat sosyal hayatınız biraz kısıtlıdır/sınırlıdır.

Oldukça fazla : Tanıdığımız kişilerle iyi görüşür/geçinirsiniz fakat yabancılarla kendinizi rahatsız hissedersiniz.

Çok fazla : Tanıdığımız kişilerle iyi görüşür/geçinirsiniz fakat az sayıda arkadaşınız var ve komşularınızla az ilişki kurarsınız. Yabancılarla ilgilenmeniz çok zordur.

Neredeyse tamamen : Size bakan kişiler dışında kimseyi görmüyorsunuz. Hiç arkadaşınız ve ziyaretçiniz yok.

Tamamen : Kimseyle hatta size bakan kişilerle bile görüşemiyor/geçinemiyorsunuz.

Çevrenizin farkında olmak

Etrafınızdaki dünyaya dikkatli bakmayı, anlamayı ve içinde kendi yolunuzu bulmayı düşünün.

5. Sağlığınız, etrafınızdaki dünyayı anlamınıza engel oluyor mu?

Hiç : Etrafınızdaki dünyayı tamamen anlıyorsunuz. Açıkça görüyor, duyuyor, konuşuyor ve düşünüyorsunuz. Hafızanız da iyidir.

Çok az : Duymanızda, konuşmanızda, görmenizde ya da hafızanızda sorunlar var fakat bunlar bir çok şeyi yapmanızı engellemiyor.

Oldukça fazla : Duymanızda, konuşmanızda, görmenizde ya da hafızanızda çoğu zaman hayatınızı zorlaştıran sorunlar var. Fakat çevrenizde olup biteni anlıyorsunuz.

Çok fazla : Çevrenizde olup bitenin ne olduğunu anlamakta zorlanıyorsunuz.

Neredeyse tamamen : Nerede olduğunu ya da hangi gün olduğunu söyleyemiyor. Hiçbir şekilde kendine bakacak durumda değil.

Tamamen : Bilinçsiz, etrafında olup bitenden tamamen habersiz.

İhtiyaçlarınızı karşılamak

Sağlık sorunlarınızın ek harcamalara yol açıp açmadığını ya da kazancınızın azalmasına neden olup olmadığını düşünün.

6. İhtiyacınız olan şeyleri karşılayabiliyor musunuz?

Evet, kolaylıkla : İhtiyacınız olan her şeyi karşılayabiliyorsunuz. Sağlık sorunlarınızdan dolayı ihtiyaç duyabileceğiniz ve işinizi kolaylaştıran araç-gereçleri satın alabileceğiniz yeterli paranız var.

Oldukça kolay : Sağlık sorunlarınızın neden olduğu harcamaları kolayca karşılayabilecek paranız var.

Hemen hemen : Maddi durumunuz sizin gibi olan diğer insanlardan daha kötü, ancak fedakarlık yaparak yardım almadan idare edebiliyorsunuz.

Tam olarak değil : Sadece temel ihtiyaçlarınızı karşılamaya yetecek kadar paranız var. Sağlık sorunlarınızdan kaynaklanan ek harcamalar için devlet yardımına bağımlısınız.

Hayır : Devlet yardımlarına, diğer insanlardan ya da yardım kuruluşlarından gelen paraya bağımlısınız. İhtiyaçlarınızı karşılayamazsınız.

Kesinlikle hayır : Hiç paranız yok ve devlet yardımı da almıyorsunuz. Temel ihtiyaçlarınızın çoğunu karşılamak için yardım kuruluşlarına tamamen bağımlısınız.

Ek-7: İnme Öz Etkililik Ölçeği (İÖEÖ)

Bu sorular inme/ felç geçirdiğiniz andan itibaren yaparken zorluk yaşayabileceğiniz bazı görevler/ işler ile ilgili hissettiğiniz güven hakkındadır. Lütfen aşağıdaki her iş için çizgi üzerindeki bir noktayı daire içine alınız. Bu daire, felç geçirmenize rağmen şimdi bu işleri yaparken kendinize ne kadar güvendiğinizi göstermektedir.

0= Kesinlikle güvenmiyorum 3= Çok güveniyorum

Kendinize bu işlerde ne kadar güveniyorsunuz?

1- Her gece yatakta kendi rahatınızı sağlayabilmek



2- Yorgun olduğunuzda bile yataktan kendi başınıza kalkabilmek



3- Evinizdeki her türlü zeminde (halı, ahşap, parke vb.) kendi başınıza birkaç adım yürüyebilmek



4- Yapmak istediğiniz işler için evinizin her yerine yürüyerek gidebilmek



5- Dışarıda her türlü zeminde (toprak/taş zemin, kaygan/ıslak zemin..vb) kendi başınıza güvenli bir şekilde yürüyebilmek



6- Yemek yerken her iki elinizi kullanabilmek



7- Yorgun hissetseniz bile kendi başınıza giyinmek ve soyunmak



8- Kendiniz için istediğiniz yemeği hazırlayabilmek



9- Tedaviniz bittikten sonra da inmenin neden olduğu yetersizlikleri düzeltmek için çaba harcamaya devam etmek



10- Size önerilen egzersiz programını her gün yapabilmek



11- İnme nedeni ile bazı işleri yapamadığınızda hissettiğiniz olumsuz duygularla başa çıkabilmek



12- İnmeden önce yapmaktan hoşlandığınız etkinliklerin birçoğunu yapmaya devam edebilmek



0 1 2 3
13- İnme nedeni ile daha yavaş yaptığınız işleri yaparken zamanla hızlanabilmek



ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1995 yılı Nevşehir doğumludur. Haziran 2018 tarihinde İzmir Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nden mezun oldu. Ağustos 2018-Aralık 2018 tarihleri arasında Ankara TOBB ETÜ Hastanesi'nde acil servis hemşiresi olarak çalışmıştır. Ocak 2019 tarihinde İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başlamıştır. Ocak 2020 tarihinden bu yana SunExpress Havacılık Şirketi'nde iş yeri hemşiresi olarak görev almaktadır.