



**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANA BİLİM DALI
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON TEZLİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

***“SHORT VERSION OF THE STROKE SPECIFIC QUALITY OF LIFE
SCALE (SS-QOL-12)” ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE
GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI***

Rumeysa UYDURAN

MUĞLA-2024

T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
FİZİYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANA BİLİM DALI
FİZİYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON TEZLİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS

***“SHORT VERSION OF THE STROKE SPECIFIC QUALITY OF LIFE
SCALE (SS-QoL-12)” ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE
GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI***

Rumeysa UYDURAN

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mehmet Gürhan KARAKAYA

MUĞLA-2024

TEZ ONAYI

Rumeysa UYDURAN tarafından hazırlanan “Short Version of the Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QoL-12)” Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından oy birliği ile Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tezli Yüksek Lisans Programında, Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı Prof. Dr. Nazan TUĞAY (İmza)
SANKO Üniversitesi

Tez Danışmanı Prof. Dr. Mehmet Gürhan KARAKAYA (İmza)
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Üye Dr. Öğr. Üyesi Burcu CAMCIOĞLU YILMAZ (İmza)
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Tez savunma tarihi: 26.12.2024

Bu tez Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tezli Yüksek Lisans Programında, Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirmektedir.

Prof. Dr. Müesser ÖZCAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

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 metinleri sahiplerinden yazılı izin alarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesine 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.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan *“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”* kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricinde YÖK Ulusal Tez Merkezi / MSKÜ Açık Erişim Sisteminde erişime açılabilir.

- ☐ Tezimle ilgili patent başvurusu yapılacağından veya patent alma süreci devam ettiğinden Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile tezimin mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl erişime açılmasının ertelenmesini talep ediyorum.
- ☐ Tezimde yeni teknik, materyal ve metotlar kullanıldığından ve henüz makaleye dönüşmemiş olduğundan Enstitü Yönetim Kurul kararı ile mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay tezimin erişime açılmasının ertelenmesini talep ediyorum.

26.12.2024

(İmza)

Rumeysa UYDURAN

ETİK BEYAN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Short Version of the Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QoL-12)” ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” isimli çalışmada tezin planlanmasından yazımına kadar tüm süreçlerde etik ilkelere bağlı kaldığımı, tezime ilişkin bilgi ve belgeleri akademik ve bilimsel etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, tezimde kullandığım tüm görsel ve yazılı materyallerin kaynağını gösterdiğimi, yararlandığım eserlerin tümünün kaynaklar bölümünde yer aldığını, tezimin Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

26.12.2024

(İmza)

Rumeysa UYDURAN

TEŞEKKÜR

Bu ölçeği uyarlarken bana ilham kaynağı olan, bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren çok değerli tez danışmanım Prof. Dr. Mehmet Gürhan Karakaya'ya,

Dil geçerliği çalışması kapsamında çevirileri ile katkı sağlayan hocalarım Prof. Dr. İlkim Çıtak Karakaya ve Prof. Dr. Baki Umut Tuğay'a

Tez yazım süresince desteklerini her zaman hissettiren en yakın arkadaşım Rabia Karaman'a,

Tez dönemim boyunca ne zaman yorulsam beni her daim tekrar motive eden değerli dostum Aslı Gülcan'a

Katılımcılara ulaşmam hususunda her türlü kolaylığı sağlayan, hiçbir yardımı esirgemeyen Fatma Turan Uyduran ve Hamdi Uyduran'a

Hayatımın her döneminde sonsuz sevgilerini hissettiğim, maddi-manevi desteklerini esirgemeyen, sabrı ve desteği ile her an yanımda olan sevgili annem ve babam Zeynep Uyduran ve Hasan Uyduran'a

En içten duygularımla teşekkürlerimi sunarım.

Bu tez çalışmasını, kendi başarısı olduğunu düşündüğüm anneme ithaf ediyorum.

“SHORT VERSION OF THE STROKE SPECIFIC QUALITY OF LIFE SCALE (SS-QoL-12)” ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

ÖZET

Bu araştırma, *Short Version of the Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QoL-12)* ölçeğinin Türkçeye çevrilmesi ve inme hastalarında psikometrik özelliklerinin incelenmesi amacıyla yapıldı. Çalışmaya 62 inme hastası (24 kadın, 38 erkek) dahil edildi. Ölçek, çeviri prosedürlerine uygun olarak Türkçeye çevrildi. 8 inme hastası ve 10 sağlık personeli tarafından anlaşılabilirliği pilot çalışma ile test edildi. Hastaların sosyodemografik ve klinik bilgileri değerlendirme formuna kaydedildi. Güvenirlik analizi için iç tutarlılık Cronbach α katsayısı ve madde toplam korelasyonu ile hesaplandı. Tekrar-test güvenirliliği için ölçek 1 hafta sonra tekrarlandı (n=40) ve sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) ile analiz edildi. Yapı geçerliliği analizleri için Barthel İndeksi (BI), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Kısa Form 36 (SF-36) ölçeği uygulandı. Kaiser-Meyer Olkin (KMO) testi ve Bartlett testiyle veri setinin faktör analizi açısından uygunluğu değerlendirildi. KMO katsayısının 0.705 ve Bartlett test sonucunun anlamlı bulunması, ölçeğin faktör analizine uygun olduğunu gösterdi. Bulgulara göre, ölçek dört ana faktörde toplanarak toplam varyansın %68.01'ini açıkladı. SS-QoL-12'nin Cronbach α değeri = 0.765 bulundu. Madde toplam korelasyonları $r=0.103$ - $r=0.658$ arasında bulundu. ICC değeri toplam puanda $r=0.897$ bulundu. Ölçek ile BI arasında güçlü bir pozitif korelasyon ($r=0.704$, $p<.01$) bulundu. BDE ile anlamlı bir ilişki bulunmaması ($r=-0.223$, $p>.05$), depresyon düzeylerinin işlevsel kapasite üzerindeki etkisinin sınırlı olabileceğini düşündürdü. SF-36 ölçeği ile de pozitif yönlü ve anlamlı korelasyonlar elde edildi, özellikle fiziksel fonksiyon ($r=0.551$, $p<.01$) ve ruhsal sağlık ($r=0.526$, $p<.01$) alanlarında güçlü ilişkiler gözlemlendi. Sonuç olarak, SS-QoL-12'nin Türkçe versiyonu, inme hastalarının sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini değerlendirmek için kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olarak bulundu.

Anahtar Kelimeler: İnme, yaşam kalitesi, geçerlik ve güvenirlilik, psikometrik analiz

TURKISH VALIDITY AND RELIABILITY STUDY OF THE “SHORT VERSION OF THE STROKE SPECIFIC QUALITY OF LIFE SCALE (SS-QoL-12)” SCALE

ABSTRACT

This study aimed to translate the *"Short Version of the Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QoL-12)"* into Turkish and examine its psychometric properties in stroke patients. The study included 62 stroke patients (24 female, 38 male). The questionnaire was translated into Turkish in accordance with the translation procedures. Comprehensibility was tested by 8 stroke patients and 10 healthcare professionals in a pilot study. Sociodemographic and clinical information of the patients were recorded in the evaluation form. Internal consistency for reliability analysis was calculated with Cronbach's α coefficient and item-total correlation. For retest reliability, the questionnaire was repeated 1 week later (n=40) and analyzed with intraclass correlation coefficient (ICC). Barthel Index (BI), Beck Depression Inventory (BDI) ve Short Form-36 (SF-36) ölçeği were applied for construct validity analyses. The Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test and Bartlett's test were also applied to assess the suitability of the dataset for factor analysis, with a KMO coefficient of 0.705 and a significant Bartlett's test result, indicating the data's suitability for factor analysis. According to the findings, the IOYK-12 was grouped into four main factors, explaining 68.01% of the total variance. Cronbach's α value of SS-QoL-12 was found =0.765. Item-total correlations were found between $r = 0.103$ and $r = 0.658$. The ICC value in the total score was found $r = 0.897$. A strong positive correlation was found between the SS-QoL-12 and the BI ($r=0.704$, $p<.01$), demonstrating the scale's reliability in measuring functional abilities. The lack of a significant correlation with the BDI ($r=-0.223$, $p>.05$), suggested that the impact of depression levels on functional capacity may be limited. Positive and significant correlations were found with the SF-36 scale, especially in the areas of physical function ($r=0.551$, $p<.01$) and mental health ($r=0.526$, $p<.01$), where strong relationships were observed. As a result, the Turkish version of the SS-QoL-12 was found to be a valid and reliable measurement tool that can be used to assess health-related quality of life in stroke patients.

Keywords: Stroke, quality of life, validity and reliability, psychometric analysis

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ.....	xii
TABLolar DİZİNİ.....	xiii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. İnme/ Stroke Tanımı	3
2.2. Epidemiyoloji	3
2.3. İnme Patofizyolojisi	3
2.4. İnme Sınıflandırılması.....	4
2.4.1. İskemik İnme	4
2.5. Risk Faktörleri.....	5
2.5.1. Değiştirilemeyen İnme Risk Faktörleri	5
2.5.2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri	5
2.6. İnme ve Yaşam Kalitesi	6
2.6.1. İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği	7
2.6.2. Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Ölçeği.....	7
2.6.3. İnme Etki Ölçeği	8
2.7. Ölçeğin Taşınması Gereken Özellikler	8
2.7.1. Güvenirlik Kavramı.....	8
2.7.2. Geçerlik Kavramı	9
3. YÖNTEM	11
3.1. Araştırma Modeli	11
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	11
3.3. Veri Toplama Araçları	12
3.3.1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu.....	13
3.3.2. İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Kısa Form	13
3.3.3. Kısa Form 36 (SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği	14

3.3.4. Beck Depresyon Envanteri (BDE)	14
3.3.5. Barthel İndeksi (BI)	14
3.4. Veri Toplama Süreci	15
3.5. Deneysel Kurgu	15
3.5.1. SS-QoL-12'nin Çeviri Süreci	15
3.5.2. SS-QoL-12'nin İçerik Geçerliliğinin Belirlenmesi	16
3.6. İstatistiksel Analiz	16
3.7. Etik Onay	17
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	17
4. BULGULAR.....	18
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	18
4.2. İÖYK-12'nin Güvenilirliği	20
4.2.1 İÖYK-12'nin İç Tutarlılık Güvenilirliği	20
4.2.2 İÖYK-12'nin Test Tekrar Test Güvenilirliği	21
4.3 İÖYK-12'nin Yapı Geçerliliği	23
4.3.1 İÖYK-12'nin Yapı Geçerliliği-Keşfedici Faktör Analizi (KFA) Sonuçları	24
4.3.2 İÖYK-12'nin Yapı Geçerliliği-Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) Sonuçları	24
4.4 İÖYK-12'nin Yakınsak Geçerlilik (Convergent Validity) Analizi Sonuçları	25
4.4.1. İÖYK-12 ve BI arasındaki ilişki	25
4.4.2. İÖYK-12 ve Beck Depresyon Envanteri Arasındaki İlişki	26
4.4.3. İÖYK-12 ve SF-36 Ölçeği Arasındaki İlişki	26
5. TARTIŞMA	28
5.1. Psikometrik Özelliklerin Değerlendirilmesi	28
5.2. Güvenilirlik ve İç Tutarlılık	29
5.3. Ölçeğin Klinik Uygulanabilirliği	29
5.4. Beck Depresyon Envanteri ile İlişki	29
5.5. Barthel İndeksi ile İlişki	30
5.6. SF-36 ile İlişki	30
5.7. Literatürle Karşılaştırma ve Uyumluluk	30
5.8. Sınırlılıklar ve Gelecek Çalışmalar	31
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	32
6.1. Sonuçlar	32
6.2 Öneriler	33
KAYNAKLAR	34
EKLER	42
Ek 1: ETİK KURUL ONAYI	42

Ek 2: KURUM İZİN ONAYI	43
Ek 3: FORMLAR (VERİ / KAYIT FORMLARI / ANKET FORMLARI / vb.).....	44
Ek 4: ÖZ GEÇMİŞ.....	61

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

-	: Eksi
+	: Artı
=	: Eşittir
%	: Yüzde
<	: Küçüktür
>	: Büyüktür
A	: Alfa
A	: Ağrı
AFA	: Açımlayıcı Faktör Analizi
AGFI	: Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi (Adjusted Goodness Index of Fit)
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
BI	: Barthel İndeksi Günlük Yaşam Aktiviteleri
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
CFI	: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index)
cm	: Santimetre
CNS	: Kanada Nöroloji Skalası (Canadian Neurological Scale)
Df	: Serbestlik derecesi (Degrees of freedom)
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
E	: Enerji
ECV	: Enerji Canlılık Vitalite
ERG	: Emosyonel Rol Güçlüğü
F	: F testi değeri
FF	: Fiziksel Fonksiyon
FRG	: Fiziksel Rol Güçlüğü
GFI	: Uyum İyiliği İndeksi (Goodness of Fit Index)
GS	: Genel Sağlık
ICC	: Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı
İÖYK-12	: İnme Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form
İSK	: İntraserebral Kanama
kg	: Kilogram

KGİ	: Kapsam Geçerlik İndeksi
KMO	: Kaiser Meyer Olkin
n	: Katılımcı sayısı / Hasta sayısı
n (%)	: Frekans (Yüzde)
NIHSS	: Ulusal Sağlık Enstitüsü Strok Ölçeği, (National Institutes of Health Stroke Scale)
r (p)	: Korelasyon katsayısı ve anlamlılık değeri
RMSEA	: Tahminin Kök Hata Kareler Ortalaması (Root Mean Square Error Approximation)
RS	: Ruhsal Sağlık
SAK	: Subaraknoid Kanama
SF-36	: Kısa Form 36
SIS	: İnme Etki Ölçeği (Stroke Impact Scale)
Sİ	: Sosyal İşlevsellik
SPSS	: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı
Ss	: Standart sapma
SS-QoL	: Stroke Specific Quality of Life Scale
SS-QoL-12	: Short Version of the Stroke Specific Quality of Life Scale-12
SVO	: Serebro Vasküler Olay
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
χ^2	: Ki-kare testi (Chi-square test value)
χ^2/df	: Ki-kare serbestlik derecesine oranı (Chi-square to degrees of freedom ratio)

ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Dahil edilme ve dışlama kriterleri	11
Şekil 3.2. Hasta akış diyagramı.....	12
Şekil 4.1. Faktör yükleri ve path diyagramı.....	23

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Katılımcıların fiziksel özellikleri	18
Tablo 4.2. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri	19
Tablo 4.3. Katılımcıların tıbbi özellikleri.	19
Tablo 4.4. Katılımcıların svo özellikleri.	20
Tablo 4.5. İÖYK-12 maddelerinin madde toplam korelasyonu ve güvenilirlik testi.	21
Tablo 4.6. İÖYK-12 maddelerinin test tekrar test güvenilirlik sonuçları.	22
Tablo 4.7. İÖYK-12 alt boyutlarının test tekrar test güvenilirlik sonuçları.	22
Tablo 4.8. İÖYK-12'nin keşfedici faktör analizine ilişkin sonuçlar.	24
Tablo 4.9. İÖYK-12 ölçeğinin DFA uyum indeks değerleri	25
Tablo 4.10. İÖYK-12 ve BI arasındaki ilişki sonuçları.	26
Tablo 4.11. İÖYK-12 ve BDE arasındaki ilişki sonuçları.	26
Tablo 4.12. İÖYK-12 ve SF-36 ölçeği arasındaki ilişki sonuçları.	27

1. GİRİŞ

İnme tüm dünyada yaşlı nüfus için önemli sağlık sorunlarından biridir (Mackowiak-Cordoliani vd., 2005). İnme sonrasında hayatta kalan hastaların büyük bir kısmında, sosyal, mesleki işlevlerini ve aile yaşamını ciddi biçimde etkileyen fiziksel ve bilişsel yeti kayıpları ve davranışsal değişimler gözlenebilmektedir (Leys vd., 2005). İnmeden sonra görülebilen bu sorunlar kişilerin günlük yaşam aktivitelerini ve sosyal rollerini kısıtlamakta, uzun süreli bakım gereksinimlerini ise arttırmaktadır (Akdemir 2003, Yurttaş 1994). İnme sonrasında engelliliğin önlenmesiyle yaşam kalitesinin artacağı göz önüne alındığında bu hastaların yaşam kalitelerini değerlendirmenin önemi de ortaya çıkmaktadır (Durmaz ve Atamaz 2006).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yaşam kalitesini, "bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında amaçlarına, beklentilerine, standartlarına ve kaygılarına göre yaşamdaki konumlarını algılamaları" olarak tanımlamaktadır (Tüzün ve Eker, 2003).

Literatür incelendiğinde inme sonrası yaşam kalitesini değerlendirmek için sıklıkla kullanılan hasta bildirimli sonuç ölçekleri; Kanada Nöroloji Skalası Canadian Neurological Scale (CNS), Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Ölçeği (National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)), ve İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Stroke-Specific Quality Of Life measure (SSQoL) olarak sıralanabilir (Eyigör, 2007).

İnmeli hastaların yaşam kalitelerini değerlendiren Stroke Specific Quality of Life Scale (SSQoL) isimli ölçek 1999 yılında, orijinal dili İngilizce olarak Williams ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. SSQoL ölçeği, 12 alan (enerji, aile rolleri, dil, mobilite, ruh hali, kişilik, kişisel bakım, sosyal roller, düşünme, üst ekstremité fonksiyonu, görme ve iş) ve toplam 49 maddeden oluşan ve her bir madde 5'li likert (düşük puanların olumsuzluk, yüksek puanların ise olumluluk anlamı içerdiği) tarzında işaretlenen, hasta bildirimli bir değerlendirme aracıdır. Stroke Specific Quality of Life Scale ölçeğinin, inmeli hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendirmede kullanımı için geçerli ve güvenilir bir hasta bildirimli değerlendirme aracı olduğu gösterilmiştir (Williams vd., 1999). Hakverdioğlu ve ark. tarafından 2009 yılında

Türkçeye uyarlanması, “İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği” ismiyle yapılmıştır (Yönt ve Khorshid, 2012). Stroke Specific Quality of Life Scale ölçeğinin 49 maddeden oluşmasının, sıklıkla dikkat ve konsantrasyon sorunları yaşayan inmeli hastalar için sorun yaratabileceği fikrinden hareketle Post ve ark. 2011 yılında SS-QoL'nin 12 maddelik kısa versiyonu olan Short Version of the Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QoL-12)'i geliştirmişlerdir. Orijinal SS-QoL'nin 49 maddesini temsilen 12 alanın her birinden birer madde seçilerek soru sayısı 12'ye düşürülmüş, klinik ortamda ve klinik çalışmalarda daha pratik olarak uygulanabilecek ve hastaların kendi kendilerine yanıtlayabilecekleri şekilde mümkün olduğunca kullanıcı dostu olarak tasarlanmıştır. SS-QoL-12 ölçeğinin, inmeli hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir hasta bildirimli sonuç ölçeği olduğu gösterilmiştir (Post vd., 2011).

Yapılan literatür incelemesinde, Short Version of Stroke Specific Quality of Life Scale ölçeğinin sadece Kore dilinde geçerlik ve güvenilirliğinin çalışıldığı (Yoon vd., 2020). Türkçe versiyonunun ise henüz çalışılmadığı görülmüştür. Bu çalışma, inmeli hastalarda yaşam kalitesi pratik ve çok boyutlu olarak değerlendirilerek bilimsel araştırmalarda ve kliniklerde kullanılabilecek Türkçe bir ölçeğin literatüre kazandırılması amacıyla da SS-QoL-12 ölçeğinin geçerli ve güvenilirliği araştırılmıştır.

Hipotez 1: Short Version of the Stroke Specific Quality of Life Scale'in Türkçe versiyonu inmeli hastaların yaşam kalitesini belirleme amacıyla kullanılabilecek güvenilir bir ölçektir.

Hipotez 2: Short Version of the Stroke Specific Quality of Life Scale'in Türkçe versiyonu inmeli hastaların yaşam kalitesini belirleme amacıyla kullanılabilecek geçerli bir ölçektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnme/ Stroke Tanımı

İnme özellikle yaşlı nüfusta sosyal, mesleki işlevleri ve aile yaşamını ciddi biçimde etkileyen, fiziksel ve bilişsel yeti kayıpları ve davranışsal değişimlere neden olabilen ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olan büyük bir sağlık sorunu konumundadır (Leys vd., 2005).

Dünya Sağlık Örgütü inmeyi; “vasküler nedenler haricinde görünür başka bir neden olmaksızın, serebral fonksiyonların bölgesel veya genel fonksiyon kaybına neden olan, klinik bulguların hızla geliştiği ve 24 saat veya 24 saatten daha uzun sürebilen ve ölümle de sonuçlanabilen nörolojik değişiklikler” olarak tanımlamaktadır (Hankey vd., 2002).

2.2. Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü’nün 2019 yılı verilerinden elde edilen bilgilere göre inme dünya çapında, en çok ölüme sebep olan hastalıkların içinde ikinci sırada yer almaktadır (WHO Global Health Estimates, 2019). İnme, her geçen gün tıbbi, ekonomik ve sosyal problemlere neden olan kritik bir küresel halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Veriler, 1990’dan 2019’a kadar inme insidansı ve mortalite oranlarında dikkate değer bir artış olduğunu, inme insidansında %70’lik bir artış ve inmeye bağlı ölümlerde de %43’lük bir artış olduğunu göstermektedir (Feigin vd., 2019).

Türkiye İstatistik Kurumu 2019 yılı verilerine göre serebrovasküler hastalıklar nedeniyle doksan altı bin yedi yüz yetmiş sekiz kişinin hayatını kaybettiği rapor edilmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2023).

2.3. İnme Patofizyolojisi

İnmelerin çoğu, aterotromboz veya kardiyak ve arterden artere embolinin bir sonucu olarak ortaya çıkar. Bu da serebral kan akışının aniden kesilmesine ve vasküler bölgede oksijen-glikoz yoksunluğuna yol açar. Daha sonra iskemik alanda nöron kayıpları yaşanırken, penumbralar biraz daha uzun süre fonksiyonlarını yürütebilir.

Bununla birlikte farklı beyin bölgeleri, iskemiye karşı değişen duyarlılıklar gösterebilir. Bu durum büyük ölçüde iskemik olayın şiddetine ve süresine bağlıdır (Astrup vd., 1981).

2.4. İnme Sınıflandırılması

İnme, altta yatan patogeneze göre iskemik ve hemorajik olarak iki ana kategoriye ayrılır (Smith vd., 2001). İskemik inme, tromboz veya emboliye bağlı beyin dokularına kan akışının kısıtlanmasından kaynaklanırken; hemorajik inme, serebral damarın yırtılması sonucu meydana gelmektedir (Adams vd., 2007). İskemik inmeler tüm inmelerin %80'ini oluştururken, hemorajik inme ise %20 oranındadır, morbidite ve mortalite oranı iskemik inmeye göre daha fazladır (Bockisch vd., 2004).

2.4.1. İskemik İnme

İskemik inme; trombotik (%40), embolik (%30) ve laküner infarkt (%20) şeklinde gelişebilir. Kardiyoemboliye bağlı inmeler genellikle şiddetlidir ve ani başlangıç göstermektedir. Kardiyoembolik inme sonrası uzun vadede tekrarlama ve ölüm riski yüksektir (Arboix 1998, Kolominsky-Rabas 2001).

Tüm iskemik inmelerin beşte biri laküner tiptedir (Sudlow vd., 1997). Laküner enfarktüsler derin serebral beyaz cevher, bazal gangliyonlar veya pontaki küçük enfarktüslerdir (2-20 mm çapında), beynin subkortikal bölgelerini besleyen tek bir küçük perforan arterin tıkanmasından kaynaklandığı tahmin edilmektedir (Bamford vd., 1988).

2.4.2. Hemorajik İnme

Hemorajik inmeler; intraserebral kanama (İSK) ve subaraknoid kanama (SAK) olmak üzere iki ana başlıkta incelenmektedir (Caplan vd., 2016). Subaraknoid kanama tüm inmelerin yaklaşık %5'ini, intraserebral kanama ise yaklaşık %10'unu oluşturur. SAK'ta hastalar tipik olarak ani başlayan şiddetli baş ağrısı ve kusmayla birlikte, bilinç kaybı ve boyun sertliğini de içerebilen fokal olmayan nörolojik belirtilerle karşılaşılır (Gijn vd., 2001).

İSK ise; "beyin parankimi veya ventriküler sistem içinde travmadan kaynaklanmayan fokal kan toplanmasına atfedilebilen nörolojik fonksiyon bozukluğunun hızla gelişen klinik belirtileri" olarak tanımlanır (Sacco vd., 2013). İSK'ya bağlı inme, beyindeki zayıf bir arterin patlaması, yırtılması sonucunda, kanın intraserebral boşluğa

sızarak kafa içi basıncını artırması ve beyin hücrelerine zarar vermesi sonucu ortaya çıkar. Hematom hacminin büyümesi, daha kötü fonksiyonel sonuçlara ve artan mortalite oranına neden olur (Sacco vd., 2013).

2.5. Risk Faktörleri

Toplumda inme yükünün azaltılması için, risk faktörlerinin tanımlanması ve prognozun belirlenmesi oldukça önemlidir. İnme için hem değiştirilebilir hem de değiştirilemeyen çok sayıda risk faktörü vardır (Powers vd., 2011).

2.5.1. Değiştirilemeyen İnme Risk Faktörleri

İnme için değiştirilemeyen risk faktörleri yaş, cinsiyet, ırk-etnik köken ve genetiği içerir (Roger vd., 2012). Değiştirilemeyen risk faktörü arasında en önemli faktör yaştır (Brandstater vd., 1998). İnme genel olarak bir yaşlanma hastalığıdır. İnme insidansı yaşla birlikte artar ve 55 yaşından sonra her on yılda bir ikiye katlanır (Roger vd., 2012).

Cinsiyetin inme riskiyle ilişkisi yaşa bağlıdır. Genç yaşlarda, kadınlar da erkekler kadar yüksek inme riskine sahiptir, ancak daha ileri yaşlarda inme riski erkekler için biraz daha yüksektir (Kapral vd., 2005).

İrk ve etnik özellikler de inme riskini etkiler (Brandstater vd., 1998). İnmede kanıtlanmış ırksal eşitsizlikler vardır. Siyahlar, beyaz ırkla karşılaştırıldığında iki kat daha fazla inme geçirme riskine sahiptir ve inmeye bağlı ölüm oranı daha yüksektir (Cruz-Flores 2011, Zahuranec 2006).

Genetik faktörlerin de inme için değiştirilemeyen risk faktörleri olduğu bilinmektedir; aile öyküsü inme riskini artırır (Seshadri 2010, Touzé 2008).

2.5.2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Değiştirilebilir risk faktörleri son derece önemlidir, çünkü bu faktörleri azaltmayı amaçlayan müdahaleler inme riskini azaltabilir. Risk faktörlerinin erken tanımlanması ve değiştirilmesi zorunludur (Roger vd., 2012). İnme için değiştirilebilir risk faktörlerinin en önemlisi hipertansiyondur. Hipertansiyon ile inme riski arasında güçlü, doğrudan, doğrusal ve sürekli bir ilişki vardır (Chobanian 2003, Lewington S 2002). Hipertansif olarak tanımlanmayan kişilerde bile kan basıncı ne kadar yüksek olursa inme riski de o

kadar yüksek olmaktadır (Stansbury vd., 2005). Tip II Diyabet inme için iyi bilinen bir risk faktörüdür (Biller vd., 1993). Yapılan bir çalışmada, 45-74 yaş arasında inme görülme sıklığı diyabetik hastalarda 2.5-3.5 kat daha yüksek bulunmuştur (Kannel vd., 1979).

Sigara içenlerde inme riski, sigara içmeyenlere göre 3 kat daha fazladır (Ockene vd., 1997). Ayrıca sigara kullanımı ile ilgili yapılan bir çalışmada düzenli sigara içiminin aterotrombotik inme riskini diğer faktörlerden bağımsız olarak arttırdığı ve sigaranın bırakılması halinde 5 yıl içinde inme riskinin normal popülasyon seviyelerine indiği bulunmuştur (Eskiyurt vd., 2005). Alkol tüketimi birçok çalışmada inmeyle ilişkilendirilmiştir. Aşırı alkol tüketimi kan basıncının artmasına bağlı olarak inme riskini de arttırmaktadır (Alharbi vd., 2019).

Obezitenin inme riskine yol açabileceğini bildirmiştir. Aşırı yağ dokusu nedeniyle artan inflamasyon artışı, kan akışında zorluk ve tıkanma riskinin artmasına yol açmaktadır (Daniels vd., 2009).

2.6. İnme ve Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini, "bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında amaçlarına, beklentilerine, standartlarına ve kaygılarına göre yaşamdaki konumlarını algılamaları" olarak tanımlamaktadır (Tüzün ve Eker, 2003). İnme, yetişkinlerde engelliliğin önde gelen nedenidir ve dünya çapında 30 milyondan fazla kişi inmeyle ilgili engellilik yaşamaktadır (Paul vd., 2007).

İnme sonrası hastalarda sosyal, mesleki işlevlerini ve aile yaşamını ciddi biçimde etkileyen fiziksel ve bilişsel yeti kayıpları ve davranışsal değişimler gözlenebilmektedir (Leys vd., 2005). İnme sonrasında hastalarda sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinde yaşanabilecek sorunlar; motor, bilişsel, algısal, görsel, duygusal, lisan ve zihinsel işlev bozuklukları olarak sıralanabilir. Bu sorunlar ayrı ayrı veya birlikte ortaya çıkabilmektedir (Abdul-Rahim vd., 2016). Bu sorunlar kişilerin günlük yaşam aktivitelerini ve sosyal rollerini kısıtlamakta, uzun süreli bakım gereksinimlerini ise arttırmaktadır (Akdemir 2003. Yurttaş 1994).

İnme sonrasında engelliliğin önlenmesiyle yaşam kalitesinin artacağı göz önüne alındığında bu hastaların yaşam kalitelerini değerlendirmenin önemi de ortaya çıkmaktadır (Durmaz ve Atamaz, 2006). İnme sonrası yaşam kalitesinin çok boyutlu ölçüm araçları kullanılarak değerlendirilmesi önerilmektedir (Carod-Artal vd., 2014). Literatüre bakıldığında inme sonrası yaşam kalitesini değerlendirmek için sıklıkla kullanılan hasta bildirimli sonuç ölçekleri; Kanada Nöroloji Skalası (Canadian Neurological Scale (CNS)), Ulusal Sağlık Enstitüsü Strok Ölçeği, (National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)), İnme Etki Ölçeği (Stroke Impact Scale (SIS)) ve İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Stroke-Specific Quality Of Life measure (SSQoL)) olarak sıralanabilir (Eyigör, 2007).

2.6.1. İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği

Orijinal adı Stroke Specific Quality of Life Scale olan İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği, Williams ve arkadaşları tarafından 1999 yılında inme geçiren hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Williams vd., 1999). Ölçek, enerji, aile rolleri, dil, mobilite, ruh hali, kişilik, kişisel bakım, sosyal roller, düşünme, üst ekstremité fonksiyonu, görme ve iş olmak üzere 12 alanda 49 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçekteki her madde beş puanlık likert tipi bir ölçekte değerlendirilir. Cevaplar 1 (Kesinlikle katılmıyorum) ile 5 (Kesinlikle katılıyorum) arasında değişmektedir. Ölçekte yüksek puan yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, düşük puan ise yaşam kalitesinin düşük olduğunu gösterir. Hakverdioğlu ve ark. tarafından 2009 yılında Türkçeye uyarlanması, “İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği” ismiyle yapılmıştır (Yönt ve Khorshid, 2012).

2.6.2. Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Ölçeği

Orijinal adı National Institutes of Health Stroke Scale olan Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Ölçeği, 1989 yılında Lyden PD ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Lyden vd., 1989). Bu skala, inme hastalarının nörolojik durumunu sistematik bir şekilde değerlendirmek amacıyla tasarlanmış ve dünya çapında yaygın olarak kabul görmüştür (Luker vd., 2011). NIHSS, bilinç düzeyi, göz hareketleri, görme alanı, fasial paralizi, ekstremité gücü, duyuşal işlev, koordinasyon (ataksi), dil (afazi), konuşma (dizartri) ve ihmal olmak üzere 10 alanı değerlendirmede kullanılan bir yaşam kalitesi ölçeğidir (Chalos vd., 2020). Ölçeğe göre 0 puan normal, 1-4 arası hafif, 5-14 arası orta, 15-20 arası orta-ağır, ≥ 21 ise ağır inme düzeyini gösterirken ölçekten alınabilecek en yüksek puan maksimum ‘42’dir (Kasner vd., 2006). NIHSS'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik

çalışması, Kaya M ve arkadaşları tarafından 2001 yılında gerçekleştirilmiş ve NIHSS'nin Türkçe versiyonunun, inme hastalarının değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu gösterilmiştir (Kaya vd., 2001).

2.6.3. İnme Etki Ölçeği

Orijinal adı Stroke Impact Scale olan, İnme Etki Ölçeği inme hastalarının yaşam kalitelerini ölçmeye yönelik geliştirilen 59 maddelik bir sonuç ölçüsüdür. Duncan ve arkadaşları tarafından 1999 yılında geliştirilen bu ölçek 8 alt bölümden (kuvvet, el fonksiyonu, günlük yaşam aktiviteleri, mobilite, iletişim, duygu, hafıza ve katılım) oluşmaktadır. Her alan için puanlar 0 ile 100 arasında değişir ve daha yüksek puanlar daha iyi yaşam kalitesini gösterir. (0: Hiç iyileşme yok, 100: Tam iyileşme) şeklinde puanlanır (Duncan vd., 1999). Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği ise Hantal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Hantal vd., 2014).

2.7. Ölçeğin Taşınması Gereken Özellikler

2.7.1. Güvenirlik Kavramı

Güvenirlik, bir ölçme aracının eş koşullarda tekrarlanan uygulamalarının sonucunda aynı sonuçların elde edilme derecesidir. Güvenirlik esasen 'ölçümdeki hata' ile ilgilidir. Yani bir ölçüm aracının, ölçmesi gereken şeyi ne kadar tutarlı veya güvenilir bir şekilde ölçtüğünü göstermektedir. Güvenirlik testlerini yürütmenin temel amacı ölçüm araçlarının uygulanmasında her zaman bir dereceye kadar rastgele hatanın olacağıdır. Güvenirlik, bir puanın rastgele hatadan ne ölçüde arınmış olduğunu değerlendirir (Polit ve Hungler, 1995).

İç tutarlılık

İç tutarlılık, bir ölçekteki maddelerin aynı temel yapıyı ölçme derecesi ile ilgilidir (Streiner vd., 2003).

Test/tekrar test güvenilirliği

Test-tekrar test yöntemi, ölçümün ne derece istikrarlı ve tekrarlanabilir olduğunu değerlendirir. Test-tekrar test güvenilirliği, bir ölçümün, benzer koşullarda, aynı kişilere iki kez uygulanmasıdır. Test-tekrar test, değişmeyen özellikler için bireylerin iki testteki puanlarındaki farklılıkların ölçümünü yansıtır (Nunnally ve Bernstein, 1994). Bu ölçümlerin ne kadar aralıktaki yapıldığı önemlidir. Ölçüm ne kadar erken yapılırsa sonuçlar

da bir o kadar yakın beklenir. Ölçümün çok geciktirilmesi ise sonuçların farklılaşmasına (değişmesine) neden olabilmektedir. Uygun olan zaman aralıkları genellikle 2 ile 4 haftadır (Carmines ve Zeller, 1979).

2.7.2. Geçerlik Kavramı

Bir ölçüm aracının güvenilir olduğu gösterildikten sonra, ölçülmesi amaçlanan niteliği geçerli bir şekilde ölçüp ölçmediğinin belirlenmesi için değerlendirilmesi gerekir (Fink vd., 1995). Geçerlilik bir ölçeğin anlamı ve yorumlanmasıyla ilgilidir. (McDowell ve Newell 1996). Geçerlilik, “bir ölçüm aracının ölçmeyi amaçladığı niteliği/nitelikleri başka bir nitelikle karıştırmadan ölçebilme derecesidir (Mokkink vd., 2010).

Yapı geçerliği

Testi kıyaslayacak başka bir ölçü mevcut değilse ve ölçüm aracı ile temel kavram arasındaki ilişkiyi doğrudan test etmenin bir yolu yoksa değilse yapı geçerliği test edilmelidir (Arnell ve Sim, 1993). Yapı geçerliliği, bir ölçümün sonucunun ilişkili olduğu nesnenin, temsil edildiği çıkarımını destekleme derecesidir. Geliştirilmekte olan ölçüm aracının tespit edilen özellikleri ne ölçüde doğru ölçtüğü ile ilgilidir (Polit ve Hungler, 1995). Yapı geçerliliği, bir testin ana doğrulama şeklidir, dolaylı bir yaklaşımdır ve geçerliliği belirlemek için birden fazla ölçüm kullanılabilir (Seaman, 1987).

Faktör analizi

Faktöriyel geçerlilik, 'büyük bir değişken kümesini, ortak özelliklere veya altta yatan boyutlara sahip daha küçük bir değişken kümesine indirgemek için istatistiksel bir prosedür' olan faktör analizini içerir (Polit ve Hungler, 1995). Faktör analizi, geliştirilme sürecinde olan ölçme aracındaki maddelerin bir veya daha fazla ortak temayı ölçmede ne kadar uyumlu olduğunu inceler. Açımlayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) olmak üzere iki ana şekilde yapılır.

Açımlayıcı faktör analizi (AFA): Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ve Bartlett Sphericity testi ile veri setinin faktör analizine uygunluğu değerlendirilmek için kullanılmaktadır. KMO değerinin 0.70 ve üzeri olması, veri setinin faktör analizi için yeterli olduğunu göstermektedir (Tabachnick ve Fidell, 2007). AFA sonucunda elde edilen faktör yapısı, ölçeğin maddelerinin belirli alt boyutlarda toplandığını ve varyansın büyük bir kısmını açıkladığını ortaya koymaktadır.

Doğrulayıcı faktör analizi (DFA): DFA, belirlenen faktör yapısının doğruluğunu test etmek amacıyla uygulanır (Seaman, 1987). DFA’da elde edilen uyum iyiliği indeksleri incelenir. Uyum iyiliği indeksi (Goodness of Fit Index- GFI) ve düzeltilmiş uyum iyiliği indeksi (Adjusted Goodness of Fit Index- AGFI) temel uyum ölçütleri olarak değerlendirilir. Ayrıca, karşılaştırmalı uyum indeksi (Comparative Fit Index- CFI), modelin verilere uyumunu karşılaştırmalı olarak değerlendirmek amacıyla hesaplanır. Modelin genel uyumunu ve hata düzeyini incelemek için ise Tahminin Kök Hata Kareler Ortalaması (Root Mean Square Error of Approximation- RMSEA) kullanılır. Bu analizler, ölçeğin ölçme yapısını uygun şekilde temsil edip etmediğini belirlemek için uygulanır. Bu indekslerin kabul edilebilir düzeyde olması, ölçeğin faktör yapısının doğrulandığını göstermektedir (Hu ve Bentler, 1999).

İçerik (kapsam) geçerliliği

İçerik geçerliliği, bir ölçme aracının içeriğinin ölçülen yapıyı yeterince yansıtmaya derecesi anlamına gelir. Ölçeğin içeriği açısından ilgili ve hariç tutulan ilgisiz konuların tümünü içerip içermediğini dikkate alır. Psikometrik açıdan bakıldığında bu, ölçümün var olan tüm olası soruları yeterince örnekleme derecesi anlamına gelir. Örneğin davranış ölçeklerinde, ölçü örneklerinin davranışların tamamını temsil etme derecesi olacaktır. Genellikle ölçüm aracı hakkında bilgi sahibi olan uzmanlar tarafından değerlendirilir. Bu, orijinalliği sağlamak, yani ilgilenilen yapıyla ilgili tüm kavramların araçta yer almasını sağlamak yani ilgili olmayan öğeleri dahil etmemek için yapılır (Carr, 2001).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Araştırmanın yöntemsel modeli, güvenirlik ve geçerlilik çalışmasıdır. Araştırma, yöntemsel özelliği gereği tek grup üzerinde gerçekleştirilecek olup herhangi bir randomizasyon işlemi yapılmamıştır. Henüz herhangi başka bir dilde versiyonlarının psikometrik özelliklerinin incelenmediği için SS-QoL-12'nin Türkçe versiyonunun psikometrik özellikleri araştırılmıştır.

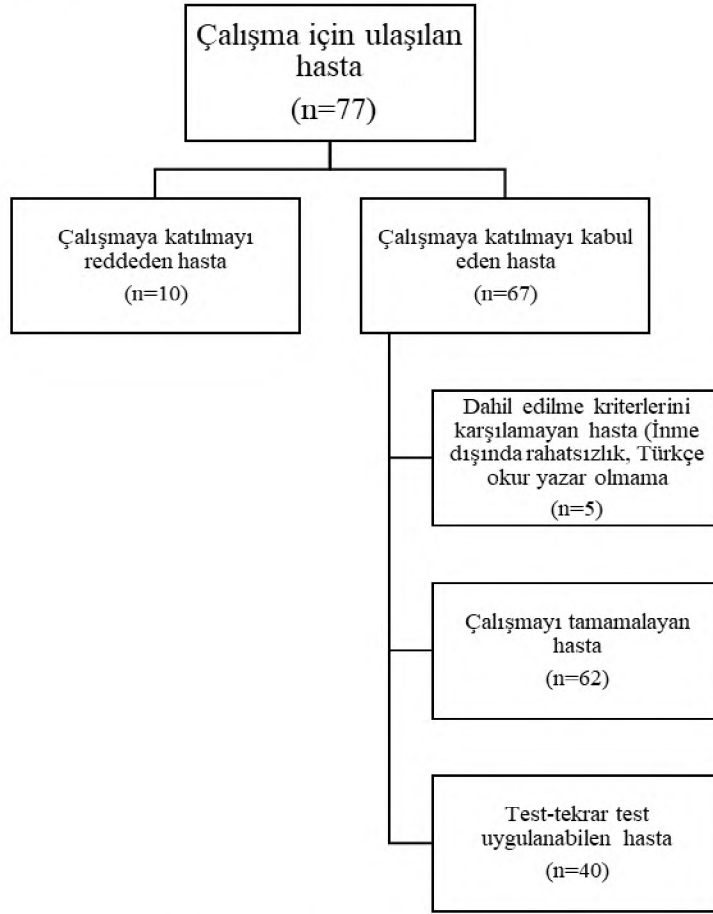
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini; Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalına rutin olarak başvuran ve uzman nöroloji hekimi tarafından çalışmaya yönlendirilen ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 62 inme hastasından oluşmaktadır. Çalışmada hedeflenen örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde ölçek madde sayısı ele alınarak hesaplamaya gidilmiştir. Bir ölçekte bulunan madde sayısının beş-on katı sayıda birey seçilebileceği bildirilmektedir (Karasar, 2005). Araştırmamızda kullanılacak olan ölçeğin 12 maddeden oluşması nedeniyle $12 \times 5 = 60$ katılımcı olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın dahil edilme kriterleri	Araştırmanın dışlama kriterleri
• 18 yaş ve üzeri olmak, • Türkçe okur yazar olmak, • İnmenin üzerinden en az 6 ay geçmiş olması, • İlk kez inme geçiriyor olmak, • Standart Mini-Mental Testten (SMMT) minimum 24 puan almış olmak.	• Önceden var olan alkol, uyuşturucu vb. kullanımı, • Bilinç bozukluğu veya görev yönergelerini kavrayamama, • Tekrarlayan inme, • Psikiyatrik hastalıkları olma, • Vasküler bir neden dışında inme tanısı olan hastalar (travmatik beyin hasarı, beyin tümörü, enfeksiyon gibi), • İnme dışında başka nörolojik hastalığı olan hastalar (parkinson, multipl skleroz, travmatik beyin hasarı gibi).

Şekil 3.1. Dahil edilme ve dışlama kriterleri

Çalışma için 77 hastaya ulaşılmış ancak 62 kişi üzerinde tamamlanabilmiştir. Hasta akış diyagramı Şekil 3.2’de gösterilmiştir.



Şekil 3.2. Hasta akış diyagramı

3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın gerçekleştirilmesi için veri toplama formları ve ölçekler kullanılmıştır. Hasta sosyodemografik bilgi formu literatür taranarak hazırlanmıştır. İnme durumlarının değerlendirilmesi için hastaların özgeçmişi, soy geçmişi, kullandığı ilaçlar, SVO tarihi, etkilenen taraf, risk faktörleri, inme etyolojisi, önceden aldığı rehabilitasyon hizmetleri, sorunlar/komplikasyonlar ve uygulanan tedaviler inme değerlendirme formunda belirtilmiştir. İnme Özgü Yaşam Kalitesi Kısa Form (İÖYK-12) kullanılmıştır. Hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi için Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Hastaların depresyon-anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi için Beck Depresyon Envanteri kullanılmıştır. Hastaların günlük yaşam aktivite düzeyinin değerlendirilmesi için Barthel İndeksi kullanılmıştır. (Ek 3).

3.3.1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu

Hastaların fiziksel özellikleri; yaş (yıl), cinsiyet, boy uzunluğu (cm), vücut ağırlığı (kg), vücut kütle indeksi: (kg/m^2), dominant taraf (yazı yazdığı üst ekstremité, topa vurduğu alt ekstremité) ve sosyodemografik özellikleri; medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, meslek, gelir düzeyi, kronik rahatsızlık, ilaç kullanımı (adı ve sıklığı), ve daha önce geçirilen ameliyatları Ek 3'te yer almaktadır.

Hastaların inme durumlarının değerlendirilmesi için İnme değerlendirme formu kullanılmıştır. Bu formda hastaların özgeçmişi, soy geçmişi, kullandığı ilaçlar, SVO tarihi, etkilenen taraf, risk faktörleri, inme etyolojisi, önceden aldığı rehabilitasyon hizmetleri, sorunlar/komplikasyonlar ve uygulanan tedavileri içeren sorular bulunmaktadır (Ek 3).

3.3.2. İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Kısa Form

İnmeli hastaların yaşam kalitelerini belirlemeye yardımcı bir ölçek olan Stroke Specific Quality of Life Scale isimli ölçek 1999 yılında, orijinal dili İngilizce olarak geliştirilmiştir. SSQoL ölçeği, 12 alan (enerji, aile rolleri, dil, mobilite, ruh hali, kişilik, kişisel bakım, sosyal roller, düşünme, üst ekstremité fonksiyonu, görme ve iş) ve toplam 49 maddeden oluşan ve her bir madde 5'li likert (düşük puanların olumsuzluk, yüksek puanların ise olumluluk anlamı içerdiği) tarzında işaretlenen, hasta bildirimli bir değerlendirme aracıdır. SSQoL ölçeğinin, inmeli hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendirmede kullanımı için geçerli ve güvenilir bir hasta bildirimli değerlendirme aracı olduğu gösterilmiştir (Williams vd.,1999). Hakverdioğlu ve ark. tarafından 2009 yılında Türkçeye uyarlanması, “İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği” ismiyle yapılmıştır (Yönt ve Khorshid, 2012). SSQoL ölçeğinin 49 maddeden oluşmasının, sıklıkla dikkat ve konsantrasyon sorunları yaşayan inmeli hastalar için sorun yaratabileceği fikrinden hareketle Post ve ark. 2011 yılında SS-QoL'nin 12 maddelik kısa versiyonu olan Short Version of the Stroke Specific Quality of Life Scale ölçeğini geliştirmişlerdir. Ölçek 12 maddeden oluşmaktadır ve ölçek maddeleri, “1. Hiç yapamadım, 2. Çok zorlandım, 3. Biraz zorlandım, 4. Çok az zorlandım, 5. Hiç zorlanmadım” olmak üzere; beşli likert derecelendirme ile puanlanmaktadır. Ancak bazı soruların bu derecelendirme ile anlaşılması güç olduğu için ilgili sorulara hastaların 1. kesinlikle katılıyorum, 2. kısmen katılıyorum, 3. kararsızım, 4. kısmen katılmıyorum, 5. kesinlikle katılmıyorum cevaplarından uygun olanı seçmeleri istenmiştir (Post vd., 2011).

SS-QoL-12 için gerekli izin ölçeği geliştiren araştırmacılardan e- posta yolu ile alınmış ve Ek 3'te sunulmuştur.

3.3.3. Kısa Form 36 (SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği

Kısa Form 36, bireylerin genel sağlık durumlarını ve yaşam kalitelerini değerlendirmek için kullanılan yaygın bir sağlık anketidir. SF-36, fiziksel işlevsellik, sosyal işlevsellik, bedensel ağrı, genel sağlık algısı, mental sağlık, duygusal sorunlar, fiziksel sorunlar ve enerji/vitalite olmak üzere 8 alt boyuttan oluşur. Yüksek puanlar, daha iyi sağlık durumunu ve yaşam kalitesini ifade eder. 36-Item Short-Form Health Survey ölçeği, Kısa form 36 yaşam kalitesi ölçeği adıyla, Koçyiğit ve arkadaşları tarafından Türkçeye çevrilerek, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmış ve Türkçe versiyonunun güvenilir ve geçerli olduğu anlaşılmıştır (Koçyiğit vd., 1999).

3.3.4. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Hastaların depresyon-anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi için Beck Depresyon Envanteri kullanılmıştır. Beck Depresyon Envanteri, bireylerin depresyon düzeylerini değerlendirmek amacıyla Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiş, orijinal dili İngilizce olan, yaygın ve geçerli bir öz bildirim ölçeğidir (Beck vd., 1961). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Hisli, 1988). Toplam 21 maddeden oluşan bu envanter, duygusal, bilişsel ve fiziksel belirtileri kapsayan sorular içerir. Katılımcılar, her bir maddeyi 0 ile 3 arasında puanlayarak belirtilerin şiddetini belirtirler. Yüksek puanlar, daha şiddetli depresif belirtileri gösterir (Beck vd., 1961).

Gerekli izin ölçeği Türkçeye uyarlayan yazarlardan e- posta yolu ile alınmış ve Ek 3'te sunulmuştur.

3.3.5. Barthel İndeksi (BI)

Barthel İndeksi, bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyini ölçmek için kullanılan bir ölçek olup, özellikle inme sonrası hastaların fonksiyonel kapasitelerini değerlendirmede yaygın olarak kullanılır. İndeksin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Küçükdeveci ve ark. tarafından 2000 yılında yapılmıştır (Küçükdeveci vd., 2000). Bu ölçek, bireylerin beslenme, giyinme, tuvalet kullanma, yürüme ve merdiven çıkma gibi temel günlük aktiviteleri ne kadar bağımsız

yapabildiklerini ölçer. Toplam puan, bireyin bağımsızlık derecesini belirler; yüksek puanlar daha fazla bağımsızlığı ifade eder (Mahoney ve Barthel 1965).

Gerekli izin ölçeği Türkçeye uyarlayan yazarlardan e- posta yolu ile alınmış ve ek 3'te sunulmuştur.

3.4. Veri Toplama Süreci

Çalışma, 10 Ekim 2023 ve 21 Aralık 2023 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalına başvuran ve uzman nöroloji hekimi tarafından araştırmaya yönlendirilen, araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve dahil olma kriterlerini karşılayan inme tanılı 62 erişkin bireyle yürütüldü. Çalışmanın amacı hastalara açıkça anlatıldı, tüm katılımcılardan yazılı onam formu alındı. Çalışma verileri, hastalardan ilk görüşmede ve ilk görüşmeden 1 hafta sonra (ikinci görüşme) olmak üzere iki ayrı dönemde toplandı. İlk görüşme yüz yüze gerçekleştirildi. Bu görüşmede hastalara çalışma hakkında ön bilgiler verildikten sonra gönüllü katılımcılardan aydınlatılmış onamları alındı. Demografik bilgiler ve klinik özellikler, sorumlu araştırmacı tarafından değerlendirme formuna kaydedildi. Ardından katılımcılar SS-QoL-12/TR, SF-36, BI ve BDE ölçeklerini kendileri doldurdu. İkinci görüşmede ise katılımcılara test tekrar test güvenilirliği için SS-QoL-12/TR ölçeği 1 hafta sonra telefon ile aranarak maddelere verilen cevaplar kaydedildi. İlk görüşme ve ikinci görüşme aynı standart ifadeler kullanılarak gerçekleştirildi. Tüm veriler sorumlu araştırmacı tarafından yaklaşık 2 ay içerisinde toplandı. Her değerlendirme yaklaşık 15 dakika sürdü.

3.5. Deneysel Kurgu

3.5.1. SS-QoL-12'nin Çeviri Süreci

Ölçeğin orijinal versiyonu birbirinden bağımsız olarak iki kişi tarafından standart çeviri prosedürüne uygun olarak Türkçeye çevrildi. Bu iki farklı Türkçe versiyon bir uzman komitesi tarafından analiz edildi. Çeviriler Türkçe anlaşılabilirlik ve Türk kültür özelliklerine uygunluk yönünden değerlendirildi. Daha sonra bu çevirilerden bir ortak versiyon (Versiyon 1) oluşturuldu. Versiyon 1, ana dili İngilizce olup, tıbbi uzman olmayan ve orijinal versiyondan tamamen habersiz bir kişi tarafından İngilizceye geri çevrildi. Bu geri çeviri eşdeğerliliği belirlemek için uzman komite tarafından orijinal versiyon ile karşılaştırıldı ve bu faz sonunda ortak 2. versiyon elde edildi.

3.5.2. SS-QoL-12'nin İçerik Geçerliliğinin Belirlenmesi

Komite, orijinal ve Türkçe versiyonların denkliğini teyit ettikten sonra Wild ve arkadaşlarının (Wild vd., 2005) önerileri doğrultusunda örneklem özelliklerine uygun 8 olgu üzerinde anketin Türkçe anlaşılabilirliği belirlemek için pilot çalışma yapılmıştır. Ölçeğin maddeleri 4'lü likert (1=Hiç anlaşılır değil, 2=Biraz anlaşılır, 3=Oldukça anlaşılır, 4=Tamamen anlaşılır) sistemiyle puanlanmış ve içerik geçerliği 0,878 bulunmuştur. Bu aşamanın temel amacı hastaların soruları anlayıp anlamadıklarını belirlemektir. Kapsam (içerik) geçerliliğini belirlemek için farklı meslek ve yaş gruplarından 15 katılımcı ile görüşülmüştür. Dörtlü likert (1=Hiç uygun (alakalı) değil, 2=Biraz uygun (alakalı), 3=Oldukça uygun (alakalı), 4=Tamamen uygun (alakalı) kullanılarak her bir maddenin uygunluğunu değerlendirmeleri istenmiştir. Puanlamalar sonucunda kapsam geçerliği 0,956 olarak bulunmuştur (Davis, 1992). Pilot çalışmadan elde edilecek veriler uzman komite tarafından yeniden gözden geçirildi, değişikliğe gerek görülmedi ve ölçek sonra ilgili örnekleme uygulandı.

3.6. İstatistiksel Analiz

Çalışmada tanımlayıcı nicel veriler (ortalama: Ort), (standart sapma: Ss), nitel veriler ise sayı (n) ve yüzde (%) olarak ifade edilmiştir. Çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizinde SPSS for MAC 28.0 programı kullanılmıştır. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizleri kapsamında doğrulayıcı faktör analizi (DFA) gerçekleştirilmiştir. DFA ile model uyumunu değerlendirmek için farklı uyum indeksleri kullanılmıştır. Uyum iyiliği indeksi (Goodness of Fit Index- GFI) ve düzeltilmiş uyum iyiliği indeksi (Adjusted Goodness of Fit Index- AGFI) temel uyum ölçütleri olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca, karşılaştırmalı uyum indeksi (Comparative Fit Index- CFI), modelin verilere uyumunu karşılaştırmalı olarak değerlendirmek amacıyla hesaplanmıştır. Modelin genel uyumunu ve hata düzeyini incelemek için ise Tahminin Kök Hata Kareler Ortalaması (Root Mean Square Error of Approximation- RMSEA) kullanılmıştır. Bu analizler, ölçeğin ölçme yapısını uygun şekilde temsil edip etmediğini belirlemek için uygulanmıştır.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu ShapiroWilk testi, Basıklık (kurtosis) ve Çarpıklık (skewness) testleriyle analiz edilmiştir. SS-QoL-12'nin Test-tekrar test güvenilirliği için sınıf içi korelasyon katsayısı (Intraclass correlation coefficient- ICC) kullanılmıştır. ICC 0.95-1 arasında ise uyum “mükemmel”; 0.85-0.94 arasında “yüksek”;

0.70-0.84 arasında “orta” olarak; 0.70’in altında ise uyumlu olmadığı şeklinde yorumlanmıştır (Alpar, 2016). SS-QoL-12’nin iç tutarlılık analizi için Cronbach α katsayısı ve madde toplam korelasyon analizi ile bakıldı. Cronbach α katsayısı >0.80 ise yüksek, 0.60-0.79, arasında ise orta, <0.59 ise düşük olarak yorumlandı. SS-QoL-12’nin yapı geçerliliğinin değerlendirilmesinde, Barthel İndeksi, Beck Depresyon Envanteri ve Kısa Form 36 ölçeği ile korelasyonu incelendi. Bu ölçeklerden elde edilen toplam puanların korelasyonuna Pearson analiziyle bakıldı. Korelasyon katsayıları $r>0.60$ ise yüksek, $r=0.30-0.59$ aralığında ise orta, $r<0.29$ ise düşük olarak yorumlandı (Uğurlu ve ark., 2011). Anlamlılıklar $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.7. Etik Onay

Çalışmanın etik onayı, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Etik Kurulu-2 (Spor, Sağlık) tarafından 08.08.2023 tarihinde, 230070 protokol ve 100 nolu uygun yazısı alınmıştır (Ek 1).

Çalışmanın Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde yapılabilmesi için Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliğinden 11/05/2023 tarihinde gerekli izin alınmıştır (Ek 2).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın, tek bir ilde ve sadece ilgili kurumuna başvuran hastalarda yapılmış olması araştırmanın sınırlılıklarıdır.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Çalışmanın yapı geçerliliğinin test edilebilmesi adına kolayda örnekleme yöntemi aracılığı ile 62 katılımcıdan veri toplanmıştır.

Katılımcıların fiziksel özellikleri incelendiğinde yaş ortalamalarının 68 ± 10.53 yıl, ortalama boy uzunluklarının 170 ± 9.83 cm, vücut ağırlıklarının ortalama 75 ± 10.67 kg ve vücut kitle indeksi $26,12 \pm 2.85$ kg/m² olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların 38'i (%61.3) erkek ve çoğunlukla sağ el baskın (%96.8) olarak bulunmuştur (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Katılımcıların fiziksel özellikleri

n:62	Ortalama $\pm$ Ss	n (%)
Yaş (yıl)	68 ± 10.53	
Boy (cm)	170 ± 9.83	
Vücut ağırlığı (kg)	75 ± 10.67	
Vücut kitle indeksi (kg/m²)	$26,12 \pm 2.85$	
Cinsiyet		
Kadın		24 (38.7)
Erkek		38 (61.3)
Dominant taraf		
Sağ		60 (96.8)
Sol		2 (3.2)

Ss: Standart sapma, n (%): Frekans (Yüzde), cm: Santimetre, kg: Kilogram.

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, 51 (%82.3) katılımcının evli, 56 (%90.3) katılımcının 2 çocuk ve üzerine sahip olduğu görülmüştür. Eğitim seviyelerine göre, katılımcıların 21'i (%33.9) lise mezunu olup, mesleki durum incelendiğinde, katılımcıların 15'i (%24.2) çalışıyor olduğu görülmüştür. (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri

n:62		n (%)
Medeni durum	Evli	51 (82.3)
	Bekar	1 (1.6)
	Boşanmış	1 (1.6)
	Dul	9 (14.5)
	Çocuk yok	1 (1.6)
Çocuk sayısı	1 Çocuk	5 (8.1)
	2 Çocuk ve üzeri	56 (90.3)
	Okur-yazar	16 (25.8)
Eğitim düzeyi	İlk öğretim	16 (25.8)
	Lise	21 (33.9)
	Üniversite	9 (14.5)
	Çalışıyor	15 (24.2)
Meslek	Çalışmıyor	18 (29)
	Emekli	29 (46.8)

n (%): Frekans (Yüzde).

Katılımcıların tıbbi özgeçmişleri, geçirdiği cerrahiler ve kullandığı ilaçlar incelendiğinde; hipertansiyon 21 (%33.9), diabetes mellitus 8 (%12.9) gibi sağlık sorunları öne çıkmaktadır. Çoklu hastalıklar ise 22 (%35.5) bulunmuştur. Katılımcılardan 43'ünün (%69.4) daha önce herhangi bir ameliyat geçirmediği görülmektedir. İlaç kullanımı ise çeşitli antitrombotik ilaçlarla devam etmektedir. Katılımcıların 51'i (82.3) çoklu ilaç kullanmaktadır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Katılımcıların tıbbi özellikleri

n:62		n (%)
Sahip olduğu ilave hastalıklar	Hipertansiyon	21 (33.9)
	Diabetes mellitus	8 (12.9)
	Pulmoner hastalıklar	2 (3.2)
	Çoklu Hastalıklar	31 (50)
Geçirdikleri cerrahiler	Cerrahi geçmiş yok	43 (69.4)
	Cerrahi geçmiş var	19 (30.6)
Kullandıkları ilaçlar	Antitrombotik	11 (17.7)
	Çoklu ilaçlar	51 (82.3)

n (%): Frekans (Yüzde).

Katılımcıların SVO özellikleri incelendiğinde; inmenin geçirme süresi 6-12 Ay olan olguların sayısı 22 kişi (%35.5) olarak daha fazla bulunmuştur, Hastaların 53'ü (%85.5) iskemik inme geçirirken, hastalara uygulanan tedavilerin 40'ı (%64.5) oral ilaç tedavileridir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Katılımcıların svo özellikleri

n:62	n (%)
SVO geçirme tarihi	
6-12 Ay	22 (35.5)
12-24 Ay	4 (6.5)
24-36 Ay	10 (16.1)
36-48 Ay	8 (12.9)
48 Ay ve üstü	18 (29)
Etkilenen vücut tarafı	
Sağ hemipleji	40 (64.5)
Sol hemipleji	22 (35.5)
SVO etyolojisi	
İskemik	53 (85.5)
Hemorajik	9 (14.5)
Uygulanan tedaviler	
Oral ilaç kullanımı	40 (64.5)
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	3 (4.8)
Çoklu tedaviler (İlaç+FTR)	19 (30.7)

SVO: Serebrovasküler olay.

4.2. İÖYK-12'nin Güvenilirliği

4.2.1 İÖYK-12'nin İç Tutarlılık Güvenilirliği

İÖYK-12 ölçeğinin iç tutarlılık güvenilirliği analizi için Cronbach α katsayısı ve madde-toplam korelasyon analizleri kullanılmıştır. İÖYK-12 genel iç tutarlılığı 0.775 Cronbach α değeri vermiştir. Ölçeğin madde-toplam korelasyonları ise 0.103 (Soru 8) ile 0.658 (Soru 2) arasında değerler almıştır. En düşük madde-toplam korelasyonuna sahip olan Soru 8 (0.103) silinerek yapılan iç tutarlılık analizinde ise Cronbach α değeri 0.792 gibi genel tutarlılık katsayısına benzer değer almıştır, yani iç tutarlılığa belirgin bir etkisi olmamıştır (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. İÖYK-12 maddelerinin madde toplam korelasyonu ve güvenilirlik testi

n:62	Sorular	Madde Toplam Korelasyonu	Madde İptal	Cronbach's Alpha
			Edildiğinde Cronbach's Alpha Değeri	
İÖYK- 12	Soru 1	0.562	0.742	0.775
	Soru 2	0.658	0.731	
	Soru 3	0.513	0.748	
	Soru 4	0.305	0.771	
	Soru 5	0.265	0.774	
	Soru 6	0.609	0.741	
	Soru 7	0.207	0.784	
	Soru 8	0.103	0.792	
	Soru 9	0.544	0.745	
	Soru 10	0.421	0.759	
	Soru 11	0.443	0.757	
	Soru 12	0.401	0.761	

4.2.2 İÖYK-12'nin Test Tekrar Test Güvenilirliği

İÖYK-12 ölçeğinin test- tekrar test güvenilirliğini değerlendirmek için ölçümler bir hafta sonra yeniden tekrarlanmıştır. Sınıf içi korelasyon katsayısı (Intraclass correlation coefficient- ICC) kullanılarak hesaplanan test-tekrar test güvenilirliği ölçümlerinde ölçeğin Soruların ICC puanları incelendiğinde 0.580 – 0.825 aralığında değiştiği ve bu sebeple “iyi-mükemmel” derecede güvenilir olduğu görülmüştür (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. İÖYK-12 maddelerinin test tekrar test güvenilirlik sonuçları

n:40	Sorular	ICC
İÖYK-12	Soru 1	0.799
	Soru 2	0.781
	Soru 3	0.668
	Soru 4	0.790
	Soru 5	0.726
	Soru 6	0.623
	Soru 7	0.661
	Soru 8	0.580
	Soru 9	0.742
	Soru 10	0.768
	Soru 11	0.825
	Soru 12	0.684

ICC Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (Intraclass Correlation Coefficient).

İÖYK-12 ölçeğinin test- tekrar test güvenirliliğinin alt boyutlarının ICC puanlarına bakıldığında 0.763 – 0.855 arasında olduğu ve toplam puandaysa 0.897 olduğu görülmüş ve bu değerler doğrultusunda “iyi- mükemmel” derecede güvenilir bulunmuştur (Tablo 4.7).

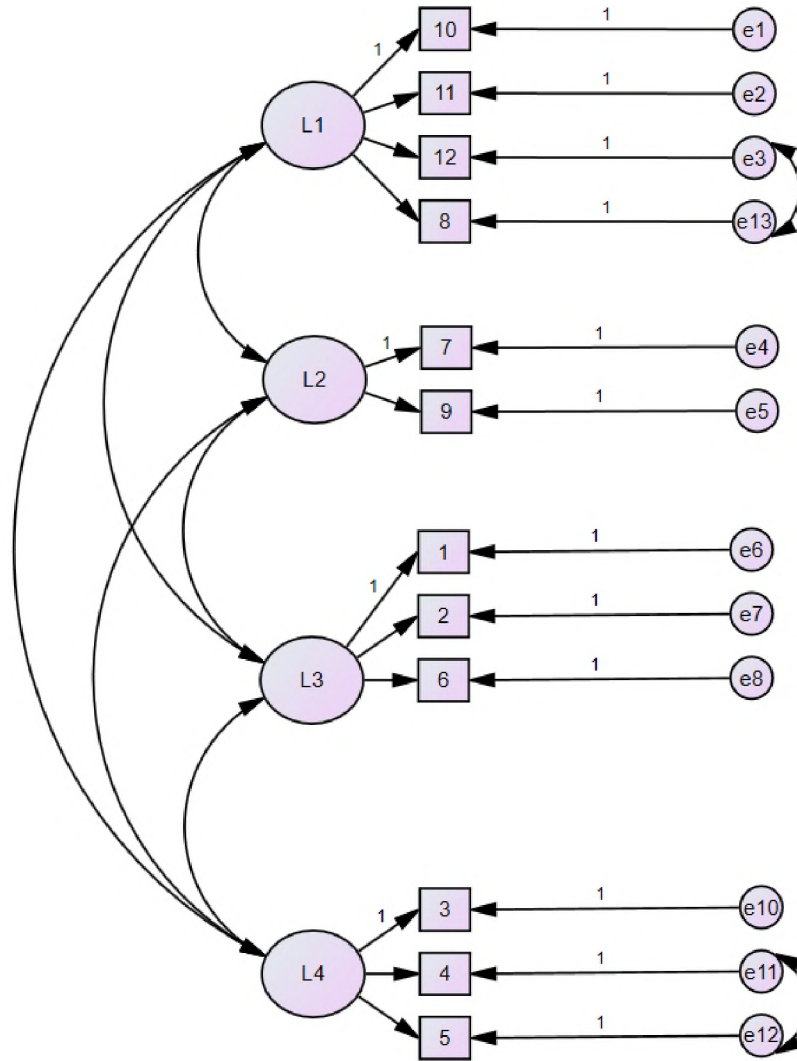
Tablo 4.7. İÖYK-12 alt boyutlarının test tekrar test güvenilirlik sonuçları

n:40	ICC
Faktör 1	0.764
Faktör 2	0.819
Faktör 3	0.763
Faktör 4	0.855
İÖYK-12 Toplam	0.897

ICC Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (Intraclass Correlation Coefficient).

4.3 İÖYK-12'nin Yapı Geçerliliği

İÖYK-12'nin yapı geçerliliğini analizi için faktör analizi yapılmıştır. Veri setinin faktör analizine uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ile kontrol edilmiş. Yapılan Kaiser-Meyer Olkin -Bartlett testi sonuçlarına bakıldığında, KMO katsayısının .705 ve Bartlett testi χ^2 değerininse 258.205 ($p < .01$) anlamlı olduğu saptanmıştır. Keşfedici faktör analiziyle modelleme yapabilmek için yeterli olduğu tespit edilen (Büyüköztürk, 2007) verilerle ilgili Scree Plot grafiğine bakılmıştır. Ölçek içerisinde özdeğeri 1'in üzerinde bulunan 4 faktör olduğu ve bu 4 faktörün açıkladığı toplam varyansın %68.010 olduğu görülmektedir. Faktör yükleri .236 ve 1.088 arasında değişiklikler göstermektedir (Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Faktör yükleri ve path diyagramı

4.3.1 İÖYK-12'nin Yapı Geçerliliği-Keşfedici Faktör Analizi (KFA) Sonuçları

İÖYK-12'nin Keşfedici Faktör Analizine ilişkin sonuçlar incelendiğinde 1. Boyutta madde 8, 11, 12 ve 10 olduğu görülmüştür. 2. Boyutta 7. Ve 9. maddelerin olduğu görülmüştür. 3. Boyutta 1, 2 ve 6. maddelerin olduğu belirlenmiştir. 4. Boyutta 3, 4 ve 5. maddelerin olduğu görülmüştür (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. İÖYK-12'nin keşfedici faktör analizine ilişkin sonuçlar

Değişkenler	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Öz Değer	Açıklanan Varyans
Soru 11	1.088					
Soru 12	0.464					
Soru 8	0.236					
Soru 10	0.301				3.864	32.202
Soru 9		1.003				
Soru 7		0.516			1.644	13.699
Soru 2			.854			
Soru 1			.747			
Soru 6			.585		1.476	12.303
Soru 5				.815		
Soru 4				.532		
Soru 3				.530	1.177	9.806
Toplam Varyans						68.010

Soru 1: kişisel bakım, Soru 2: mobilite, Soru 3: üst ekstremité fonksiyonu, Soru 4: lisan, Soru 5: görme, Soru 6: iş-üretkenlik, Soru 7: düşünme, Soru 8: aile rolleri, Soru 9: sosyal roller, Soru 10: kişilik, Soru 11: ruh hali, Soru 12: enerji.

4.3.2 İÖYK-12'nin Yapı Geçerliliği-Doğrulaıcı Faktör Analizi (DFA) Sonuçları

Doğrulaıcı Faktör Analizi (DFA) verilerine bakıldığında $\chi^2 = 46.512$ ve $df = 46$, $p = 0.451$. p değeri 0.05'in üzerinde olduğundan, model ile veriler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir, bu da modelin iyi uyum gösterdiğini ifade eder. Ki-Kare değeri ile serbestlik derecesi birbirine çok yakın olduğunda ve p değeri 0.05'in üzerinde olduğunda, modelin uyumunun oldukça tatmin edici olduğu kabul edilir (Hair vd., 109). χ^2/df oranı: $46.512/46 = 1.011$ olarak hesaplanmıştır. Bu değer, modelin çok iyi bir uyum gösterdiğini doğrular. Genel olarak 1 ile 3 arasında olması kabul edilebilir bir uyuma işaret ederken, bu oran 1'e ne kadar yakınsa, modelin uyumu o kadar iyi kabul edilir (Kline, 2015). GFI değeri 0.897 olarak bulunmuştur ve 0.90'a oldukça yakın

olduğundan sınır değerin içerisinde kabul edilebilir bir uyuma sahip olduğu görülmektedir. Aynı şekilde AGFI değeri de 0.90 değerine oldukça yakın bulunduğundan yeterli bulunmuştur. CFI değeri 0.95 ve üzerinde olması modelin oldukça uyumlu olduğunu göstermektedir. RMSEA değerinin 0.05'in altında olması da kurulan modelin uyumlu olduğunu göstermektedir (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. İÖYK-12 ölçeğinin DFA uyum indeks değerleri

χ^2	Df	P	χ^2/df	GFI	AGFI	CFI	RMSEA
46.512	46	0.451	1.011	0.897	0.825	0.99	0.014

χ^2 : Ki-kare testi (Chi-square test value), Df: serbestlik derecesi (Degrees of freedom), P: anlamlılık değeri (Significance value), χ^2/df Ki-kare serbestlik derecesine oranı (Chi-square to degrees of freedom ratio), GFI: Uyum İyiliği İndeksi (Goodness of Fit Index), AGFI: Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi (Adjusted Goodness of Fit Index), CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index), RMSEA: Ortalama Kare Kök Yaklaşım Hatası (Root Mean Square Error of Approximation).

4.4 İÖYK-12'nin Yakınsak Geçerlilik (Convergent Validity) Analizi Sonuçları

İÖYK-12'nin yakınsak geçerlilik analizleri bir ölçeğin geçerliliğini desteklemek için başka ölçüm araçları ile olan ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılır (McDowell ve Newell, 1996). Bu çalışmada, SS-QoL-12 ile Barthel İndeksi, Kısa Form 36 ve Beck Depresyon Envanteri arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

4.4.1. İÖYK-12 ve BI arasındaki ilişki

İÖYK-12 ölçeği ile Barthel İndeksi arasında yapı geçerliliğinin değerlendirilmesi için yapılmış Pearson ilişki testi sonuçları bulunmaktadır. Bu veriler incelendiğinde; Barthel İndeksi ile İÖYK-12 ölçeği arasında pozitif yönlü, güçlü bir ilişki olduğu görülmüştür ($r=0.704$, $p<.05$). Barthel İndeksi ile İÖYK-12 ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında; Faktör 1 ($r=0.313$, $p<.05$), Faktör 2 ($r=0.411$, $p<.05$), Faktör 4 ($r=0.392$, $p<.05$) arasında pozitif, orta düzeyde ve Faktör 3 ($r=0.759$, $p<.05$) ile pozitif güçlü düzeyde bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. İÖYK-12 ve BI Arasındaki ilişki sonuçları

n:62	İÖYK-12				
	Toplam	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Barthel İndeksi	0.704 (0.000)	0.313 (0.020)	0.411 (0.001)	0.759 (0.000)	0.392 (0.002)

n: katılımcı sayısı, r (p) korelasyon katsayısı ve anlamlılık değeri.

4.4.2. İÖYK-12 ve Beck Depresyon Envanteri Arasındaki İlişki

İÖYK-12 ölçeği ile Beck Depresyon Envanteri arasında yapı geçerliliğinin ölçülebilmesi için yapılmış Pearson İlişki testi sonuçları incelendiğinde; Beck Depresyon Envanteri ile İÖYK-12 ölçeği ($r=-0.233$, $p>.05$), Faktör 1 ($r=-0.172$, $p>.05$), Faktör 2 ($r=-0.190$, $p>.05$), Faktör 3 ($r=-0.195$, $p>.05$) ve Faktör 4 ($r=-0.520$, $p>.05$) arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. İÖYK-12 ve BDE arasındaki ilişki sonuçları

n:62	İÖYK-12				
	Toplam	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
BDE	-0.223 (.082)	-0.172 (.182)	-0.190 (.140)	-0.195 (.129)	-0.520 (.686)

BDE: Beck Depresyon Envanteri.

4.4.3. İÖYK-12 ve SF-36 Ölçeği Arasındaki İlişki

İÖYK-12 ve SF-36 ölçeği ilişki sonuçları incelendiğinde; İÖYK-12 Toplam puanı ile SF-36 Fiziksel Fonksiyon (FF) arasında pozitif yönlü, güçlü ($r=0.551$, $p<.01$), Fiziksel Rol Güçlüğü (FRG) arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ($r=0.453$, $p<.01$), Emosyonel Rol Güçlüğü (ERG) arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ($r=0.513$, $p<.01$), Enerji Canlılık Vitalite (ECV) arasında pozitif yönlü, düşük düzeyde ($r=0.339$, $p<.01$), Ruhsal Sağlık (RS) arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ($r=0.526$, $p<.01$), Sosyal İşlevsellik (Sİ) arasında da pozitif yönlü, orta düzeyde ($r=0.463$, $p<.01$) anlamlı ilişki bulunurken, Ağrı (A) ve Genel Sağlık (GS) arasında da ilişki çıkmamıştır (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. İÖYK-12 ve SF-36 ölçeği arasındaki ilişki sonuçları

	İÖYK-12 Toplam	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
SF-36	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
FF	0.551 (<.01)	0.237 (0.065)	0.407 (0.001)	0.622(<.01)	0.195 (0.128)
FRG	0.453 (<.01)	0.169 (0.194)	0.377 (0.030)	0.483(<.01)	0.178 (0.166)
ERG	0.513 (<.01)	0.279 (0.030)	0.262 (0.039)	0.58(<.01)	0.212 (0.098)
E	0.339 (<.01)	0.387 (0.004)	0.176 (0.170)	0.259 (0.042)	0.139 (0.280)
RS	0.526 (<.01)	0.623 (<.01)	0.374 (0.003)	0.276 (0.030)	0.166 (0.197)
Sİ	0.463 (<.01)	0.118 (0.001)	0.428 (0.001)	0.454 (0.001)	0.201 (0.150)
A	0.176 (0.171)	-0.005 (0.318)	0.129 (0.318)	0.240 (0.060)	0.074 (0.570)
GS	0.161 (0.212)	-0.032 (0.372)	0.115 (0.372)	0.259 (0.042)	0.063 (0.625)

FF: Fiziksel Fonksiyon, FRG: Fiziksel Rol Güçlüğü, ERG: Emosyonel Rol Güçlüğü, E: Enerji, RS: Ruhsal Sağlık, Sİ: Sosyal İşlevsellik, A: Ağrı, GS: Genel Sağlık.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, SS-QoL-12 ölçeğinin Türkçe adaptasyonunun geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın bulguları, ölçeğin hem akademik araştırmalarda hem de klinik uygulamalarda güvenle kullanılabileceğini göstermektedir. Literatürle uyumluluk, elde edilen psikometrik sonuçlar ve ölçeğin pratikliği, çalışmanın önemini artırmaktadır.

Bu çalışmada elde edilen bulgular, katılımcıların fiziksel özellikleri, sosyo-demografik özellikleri, tıbbi ve SVO özellikleri çeşitli değişkenler açısından değerlendirildiğini ve yapı geçerliliği ile ilgili faktör analizlerinin yapıldığını göstermektedir. İlk olarak, katılımcıların büyük bir çoğunluğunun emekli (%46.8) ve evli (%82.3) olduğu, aynı zamanda sağ el baskınlığı oranının oldukça yüksek olduğu (%96.8) dikkat çekmektedir. Benzer çalışmalar, yaşa bağlı olarak artan sağlık sorunları ve sağlık hizmetlerine erişimde zorluklar yaşandığını ortaya koymaktadır (Smith vd., 2019). Özellikle yaşlı bireylerde hipertansiyon ve diabetes mellitus gibi kronik hastalıkların yaygın olduğu gözlenmiştir. Çalışmada da katılımcıların 21'inin (%33.4) hipertansiyon ve 8'inin (%12.9) diabetes mellitus ile karşı karşıya olduğu görülmüştür. Bu oranlar, literatürle örtüşmektedir (Kearney vd., 2005).

Eğitim düzeyi açısından, katılımcıların büyük bir kısmının lise mezunu olduğu (%33.9) ve önemli bir kesimin okur-yazar düzeyinde bulunduğu (%25.8) gözlenmiştir. Bu bulgu, eğitim düzeyinin sağlık bilgisi ve sağlık hizmetlerinden yararlanma davranışları üzerindeki etkisini araştıran çalışmalarda da desteklenmiştir (Nutbeam, 2000). Eğitim düzeyinin düşük olması, özellikle sağlığın korunması ve tedavi süreçlerinin anlaşılmasında zorluklar yaratabilmektedir.

5.1. Psikometrik Özelliklerin Değerlendirilmesi

Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları, literatürde kabul edilen sınırlar içinde güçlü bir performans sergilemiştir. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı 0.705 ve Bartlett testi sonucunun anlamlı bulunması ($\chi^2=258.205$, $p<0.01$), faktör analizi için verilerin uygun olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, Büyüköztürk'ün (2007) faktör

analizine uygunluk için belirlediği kriterlerle örtüşmektedir. Ayrıca, doğrulayıcı faktör analizi sonuçları, $\chi^2/df=1.011$ değeri ile model uyumunun mükemmel düzeyde olduğunu göstermiştir. Literatürde χ^2/df oranının 1-3 arasında olması kabul edilebilir uyum olarak değerlendirilirken, 1'e yakın değerler ideal model uyumunu işaret etmektedir (Kline, 2015). Bu durum, ölçeğin Türkçe versiyonunun yapısal tutarlılığını güçlü bir şekilde desteklemektedir.

5.2. Güvenilirlik ve İç Tutarlılık

Çalışmada elde edilen Cronbach's Alpha katsayısı 0.765 olarak bulunmuş ve ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstermiştir. Bu sonuç, Williams ve arkadaşlarının (1999) orijinal SS-QoL çalışmasında elde ettiği iç tutarlılık değerleriyle uyumludur. Ölçeğin Türkçe adaptasyonunda benzer şekilde yüksek iç tutarlılık elde edilmesi, uyarlama sürecinin başarısını göstermektedir. Ayrıca, ölçeğin test-tekrar test güvenilirliğinde İÖYK-12 soruların ICC puanları incelendiğinde 0.580 – 0.825 aralığında değiştiği ve alt boyutların ICC puanlarına bakıldığında 0.763 – 0.855 arasında olduğu ve toplam puandaysa 0.897 bulunmuş olması ölçeğin ölçüm tutarlılığını desteklemektedir (Alpar, 2016).

5.3. Ölçeğin Klinik Uygulanabilirliği

Barthel İndeksi ile ölçeğin güçlü pozitif korelasyonu ($r=0.704$, $p<0.01$), İÖYK-12'nin işlevsel kapasiteyi değerlendirmede etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Barthel İndeksi, bireylerin bağımsızlık düzeyini ölçmede yaygın kullanılan bir araçtır ve bu çalışmada elde edilen sonuçlar, İÖYK-12'nin günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmede güçlü bir araç olduğunu göstermektedir. Post ve arkadaşlarının (2011) belirttiği gibi, kısa versiyonlar inme geçiren bireylerde sıklıkla görülen dikkat ve konsantrasyon sorunları göz önüne alındığında büyük bir avantaj sağlamaktadır. Bu bağlamda, İÖYK-12'nin 12 maddelik kısa formu, Türk toplumunda inme sonrası bireylerde kullanılabilecek pratik bir ölçüm aracı sunmaktadır.

5.4. Beck Depresyon Envanteri ile İlişki

Çalışmada Beck Depresyon Envanteri ile anlamlı bir korelasyon bulunamaması ($r=-0.223$, $p>.05$), depresyonun işlevsel kapasite üzerindeki etkisinin sınırlı olabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, depresyonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisi literatürde geniş bir yelpazede tartışılmaktadır. Örneğin, Hackett ve Pickles (2014)

depresyonun inme sonrası bireylerde yaşam kalitesini ciddi biçimde etkileyebileceğini belirtmiştir. Bu bağlamda, BDE ile anlamlı bir ilişki bulunamaması, ölçeğin işlevsel kapasiteye odaklanmasından kaynaklanıyor olabilir. Ancak, bu durum depresyonun inme sonrası bireylerin yaşam kalitesine etkisini daha kapsamlı şekilde değerlendirecek ileri çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

5.5. Barthel İndeksi ile İlişki

Çalışmada İÖYK-12 ölçeği ile Barthel İndeksi arasındaki güçlü korelasyon ($r=0.704$, $p<.01$), İÖYK-12 ölçeğinin işlevsel yetenekler açısından güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir. Özellikle Faktör 3 ile Barthel İndeksi arasındaki güçlü korelasyon ($r=0.759$, $p<.01$), bu iki ölçeğin benzer yönlerini vurgulayan önemli bir bulgudur. Bu sonuç, diğer çalışmaların da desteklediği bir bulgudur. Örneğin, mobilite ve kişisel bakım gibi işlevsel yeteneklerin Barthel İndeksi ile anlamlı korelasyonlar gösterdiği başka araştırmalarda da belirtilmiştir (Mahoney & Barthel, 1965).

5.6. SF-36 ile İlişki

Çalışmada İÖYK-12'nin SF-36 ile pozitif korelasyon göstermesi, özellikle fiziksel fonksiyon ($r=0.551$, $p<0.01$), ve ruhsal sağlık ($r=0.526$, $p<0.0$) alanlarında güçlü ilişkiler sunması ve İÖYK-12'nin alt boyutlarıyla da SF-36 maddeleri arasında anlamlı ilişkilerin olması ölçeğin yaşam kalitesinin çok boyutlu değerlendirilmesinde kullanılabilir olduğunu desteklemektedir. SF-36, genel sağlık durumunu ölçmede dünya çapında kabul gören bir ölçektir (Ware ve Sherbourne, 1992). Bu çalışmada, SF-36 ile elde edilen korelasyon değerleri, İÖYK-12'nin genel sağlık ve yaşam kalitesini ölçmede güvenilir bir araç olduğunu teyit etmektedir.

5.7. Literatürle Karşılaştırma ve Uyumluluk

Bu çalışma sonuçları, Yoon ve arkadaşlarının (2020) Korece SS-QoL-12 uyarlamasında elde ettiği bulgularla benzerlik göstermektedir. Her iki çalışmada da ölçeğin yapı geçerliliği, iç tutarlılığı ve model uyumu güçlü olarak bulunmuştur. Literatürde SS-QoL-12'nin çok boyutlu yapısının, bireylerin fiziksel, sosyal ve ruhsal alanlardaki yaşam kalitelerini detaylı bir şekilde değerlendirdiği belirtilmektedir (Post vd., 2011). Ayrıca, çalışmada elde edilen dört faktörlü yapı, ölçeğin farklı alt boyutlarda detaylı bilgi sağlayabileceğini göstermektedir.

5.8. Sınırlılıklar ve Gelecek Çalışmalar

Bu çalışmanın sınırlılıkları arasında, örneklemin yalnızca bir üniversite hastanesinden alınmış olması ve nispeten küçük bir katılımcı grubunu içermesi yer almaktadır. Bu durum, sonuçların genelleştirilebilirliğini sınırlayabilir. Gelecekte, farklı sosyoekonomik ve kültürel arka plana sahip bireylerin dahil edilmesiyle daha geniş çaplı çalışmalar yapılması önerilmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışmada, SS-QoL-12 ölçeğinin Türkçe uyarlaması olan İÖYK-12 ile işlevsel kapasiteyi değerlendirme üzerine yapılan bulgular incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar, İÖYK-12 ölçeğinin yapı geçerliliği ve güvenilirliği açısından uygun bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir. Faktör analizi sonuçları, ölçeğin dört temel faktöre dayandığını ve bu faktörlerin toplam varyansın %68.010'unu açıkladığını ortaya koymuştur. Ayrıca, Doğrulayıcı Faktör Analizi sonuçları, modelin iyi bir uyuma sahip olduğunu göstermiştir. Bu durum, ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerli ve güvenilir bir yapıya sahip olduğunu desteklemektedir.

SS-QoL-12 orijinal ölçekte 2 alt boyut bulunurken, yapılan faktör analizleri sonucunda İÖYK-12 ölçeğinin 4 alt boyutu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Faktör 1’de madde 8, 11, 12 ve 10 olduğu görülmüştür. Faktör 2’de 7. Ve 9. maddelerin olduğu görülmüştür. Faktör 3 1, 2 ve 6. Maddelerinden oluşmaktadır. Faktör 4’te 3, 4 ve 5. maddelerin olduğu görülmüştür. Bu faktörlerin yapı geçerliliği incelemeleri de yapılmıştır. İÖYK-12 ölçeğinde kullanılan maddelerin ortalamaları, standart sapma değerleri, madde toplam korelasyonları ve güvenilirlik analizi için kullanılan Cronbach’s Alpha değeri puanının 0.70’ten büyük olmasından dolayı ölçeğin güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Cronbach’s Alpha 0.776).

Ölçeğin Türkçeleştirmesinden ve faktör yüklerinin kontrolünden sonra yapı geçerliliğinin kontrolü için Barthel İndeksi, Beck Depresyon Envanteri ve SF-36 ölçeği ve alt boyutlarıyla korelasyon testleri yapılmıştır. Ölçeğin Beck Depresyon Envanteri ve SF-36 ölçeğinin bazı alt boyutları hariç tüm ölçek ve alt boyutlarla pozitif yönlü anlamlı ilişkisi olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak, İÖYK-12 ölçeği, Türkçe konuşan bireylerde işlevsel kapasiteyi ve yaşam kalitesini değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir araç olarak kabul edilebilir. Klinik uygulamalarda, özellikle rehabilitasyon ve sağlık hizmetlerinde kullanılabilir. Aynı zamanda, SS-QoL-12 ile olan benzerlikler, uluslararası araştırmalarla kıyaslanabilir sonuçlar elde edilmesine olanak tanımaktadır.

6.2 Öneriler

Çalışma neticesinde sunulabilecek öneriler şu şekildedir;

- İÖYK-12 ölçeği, klinik uygulamalarda özellikle rehabilitasyon ve sağlık hizmetlerinde, işlevsel kapasite ve yaşam kalitesini değerlendirmek için yaygın olarak kullanılabilir.
- Ölçeğin Türkçe versiyonunun uluslararası araştırmalarla kıyaslanabilir sonuçlar elde edebilmesi amacıyla, farklı kültürel ve dilsel gruplarda geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılması önerilmektedir.
- İÖYK-12 ölçeği, sağlık profesyonelleri tarafından bireylerin işlevsel kapasitesini takip etmek ve değerlendirmek için rutin bir değerlendirme aracı olarak kullanılabilir.
- Ölçeğin Türkçe versiyonunun daha geniş örneklem gruplarında uygulanarak sonuçların genellenebilirliğinin test edilmesi faydalı olacaktır.

KAYNAKLAR

- Abdul-Rahim AH, Quinn TJ, Alder S, Clark AB, Musgrave SD, Langhome P. ... Myint PK. (2016). Derivation and validation of a novel prognostic scale (Modified-stroke subtype, oxfordshire community stroke project classification, age and prestroke modified rankin) to predict early mortality in acute stroke. *Stroke*, 47(1): 74-79. DOI.org/10.1161/STROKEAHA.115.009898.
- Adams HP, Del Zoppo G, Alberts MJ, Bhatt DL, Brass L, Furlan A. ... Wijdicks FM. (2007). Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. *Stroke*, 38(5): 1655-1711. DOI.org/10.1161/STROKEA0HA.107.181486.
- Akdemir N ve Birol L (2003). İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı: hemşirelik uygulamalarında temel kavramlar. 1. Baskı. İstanbul. Vehbi Koç Vakfı SANERC Yayınları, s. 2, 75-106.
- Alharbi AS, Alhayan MS, Alnami SK, Traad RS, Aldawsari MA, Alharbi SA. ... Alshammari M. (2019). Epidemiology and Risk Factors of Stroke. *Archives of Pharmacy Practice*, 10(4): 101-135. Erişim adresi: <https://www.semanticscholar.org/paper/Epidemiology-and-Risk-Factors-of-Stroke-AlHarbiAlhayan/59e738c44dbb8e66ac191a3718ee2c2b3155d5a6>
- Alpar R (2016). Spor Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik Güvenirlik. Dördüncü Baskı. Ankara: Detay Yayıncılık. s. 51-61.
- Arboix, A, García-Eroles L, Massons J ve Oliveres M. (1998). Predictive clinical factors of in-hospital mortality in 231 consecutive patients with cardioembolic cerebral infarction. *Cerebrovascular Diseases*, 8(1): 8-13. Erişim adresi: <https://karger.com/ced/article-abstract/8/1/8/58932/Predictive-Clinical-Factors-Of-In-Hospital>.
- Astrup J, Siesjö BK ve Symon L. (1981). Thresholds in cerebral ischemia the ischemic penumbra. *Stroke*, 12(6): 723-725. DOI.org/10.1161/01.STR.12.6.723.
- Bamford, JM ve Warlow CP. (1988). Evolution and testing of the lacunar hypothesis. *Stroke*, 19(9): 1074-1082. DOI.org/10.1161/01.STR.19.9.1074.
- Beck AT, Steer RA ve Carbin MG. (1988). Psychometric properties of the beck depression inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1): 77-100. DOI.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J ve Erbaugh J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6): 561-571. DOI.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.

- Billir J ve Love BB (1993). Diabetes and stroke. *Medical Clinics of North America*, 77(1): 95-110. DOI.org/10.1016/S0025-7125(16)30274-7.
- Bockisch CJ, Straumann D, Hess K ve Haslwanter T. (2004). Enhanced smooth pursuit eye movements in patients with bilateral vestibular deficits. *NeuroReport*, 15(17): 200-210. Erişim Adresi: https://journals.lww.com/neuroreport/abstract/2004/12030/enhanced_smooth_pursuit_eye_movements_in_patients.11.aspx
- Brandstater EM (1998). Stroke Rehabilitation. In J.A. Delisa ve MB. Gans (Eds.), *Rehabilitation Medicine Principles and Practice*. Lippincott Williams and Wilkins. 1165-1189. Erişim Adresi: <https://cir.nii.ac.jp/crid/1570572699591209856>
- Büyüköztürk Ş (2007). Veri Analizi El Kitabı: İstatistik, Araştırma Deseni SPSS Uygulamaları ve Yorum. Ankara: Pegem A Yayıncılık.
- Byrne BM (2013). Structural equation modeling with mplus: Basic concepts, applications, and programming. New York: Routledge.
- Caplan, LR ve Liebeskind DS (2016). Pathology, anatomy, and pathophysiology. In caplan's stroke: A clinical approach Philadelphia: Elsevier.
- Carmines EG (1979). Reliability and validity assessment. sage university paper series on quantitative applications in the social sciences. California: Sage Publications.
- Carod-Artal FJ ve Egidio JA (2009). Quality of life after stroke: The importance of a good recovery. *Cerebrovascular Diseases*, 27(1): 204-214. DOI.org /10.1159/000200461.
- Carr J (2001). *Assessing change in exercise-based therapy programmes for back pain management: Is the chronic pain coping inventory a reliable and valid measure (Unpublished MSc dissertation)*. City University, London.
- Chalos V, Ende NA, Lingsma HF, Mulder MJ, Venema E, Dijkland SA. ... Dippel DW (2020). National institutes of health stroke scale. *Stroke*, 51(1): 282-290. DOI.org/10.1161/STROKEAHA.119.026791.
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL ve National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. (2003). National high blood pressure education program coordinating committee. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: The JNC 7 report. *JAMA*, 289(19): 2560-2571. DOI.org/10.1001/jama.289.19.2560.

- Cruz-Flores S, Rabinstein A, Biller J, Elkind MS, Griffith P, Gorelick PB. ... Valderrama AL. (2011). Racial-ethnic disparities in stroke care: The american experience: A statement for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association. *Stroke*, 42(7): 2091-2116. DOI.org/10.1161/STR.0b013e3182213e24.
- Davis M (1992). The role of the amygdala in fear and anxiety. *Annual Review of Neuroscience*, 15(1): 353-375. Erişim Adresi: <https://emotion.wisc.edu/wp-content/uploads/sites/1353/2021/03/Davis-The-Role-of-the-Amygdala-in-Fear-and-Anxiety-1992-Annual-Review-of-Neuroscience.pdf>
- Daniels SR, Jacobson MS, McCrindle BW, Eckel RH ve Sanner BM. (2009). American heart association childhood obesity research summit: executive summary. *Circulation*, 119(15): 2114-2123. DOI.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192215.
- Delisa JA (1998). Rehabilitation medicine; principles and practices: Spinal cord injury and spinal cord injury medicine. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Duncan PW, Bode RK, Min Lai S ve Perera S. (1999). Stroke impact scale: A tool for evaluating stroke disability. *Stroke*, 30(10), 2131–2137. DOI.org/10.1161/01.STR.30.10.2131.
- Durmaz B ve Atamaz F (2006). İnme ve hayat kalitesi. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 52(B45-B49), 56-69. Erişim Adresi: https://scholar.google.li/scholar?hl=tr&as_sdt=0%2C5&q=Durmaz+B+ve+Atamaz+F+%282006%29.+%C4%B0nme+ve+hayat+kalitesi.+Fiziksel+T%C4%B1p+ve+Rehabilitasyon+Dergisi%2C+52%28%2C%296zel+Ek+B%29%2C+B45-B49.+56-69.+Eri%C5%9Fim+Adresi%3A&btnG=
- Economics DA (2013). The economic impact of stroke in australia: National stroke foundation. Erişim Adresi: https://scholar.google.li/scholar?hl=tr&as_sdt=0%2C5&q=Economics+DA+%282013%29.+The+economic+impact+of+stroke+in+australia%3A+National+stroke+foundation.&btnG=
- Eser E ve Aydemir Ö (2014). Genel amaçlı yaşam kalitesi ölçekleri. *Türk Nöroloji Dergisi*, 20(1), 38-41. Erişim Adresi: https://scholar.google.li/scholar?hl=tr&as_sdt=0%2C5&q=Eser+E+ve+Aydemir+%C3%96+%282014%29.+Genel+ama%C3%A7lı+ya%C5%9Fam+kalitesi+%C3%B6l%C3%A7ekleri.+T%C3%BCrk+N%C3%B6roloji+Dergisi%2C+20%281%29%2C+38-41.+Eri%C5%9Fim+Adresi%3A&btnG=
- Eskiyurt N ve Sakar NK. (2005). İnme Sendromlarının Rehabilitasyonu. T. Arasıl (Editör), Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon El Kitabı. (ss. 727-756). Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.
- Eyigör S (2007). İnmeli hastada rehabilitasyon prensipleri. *Türk Fiz Tıp Rehab Dergi*, 53(1), 19-25. Erişim Adresi:

<https://openurl.ebsco.com/contentitem/gcd:25228424?sid=ebsco:plink:crawler&id=ebsco:gcd:25228424>

- Feigin VL, Stark BA, Johnson CO, Roth GA, Bisignano C, Abady GG. ... Murray CJ. (2021). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: A systematic analysis for the global burden of Disease study 2019. *The Lancet Neurology*, 20(10), 795-820. DOI.org/10.1016/S1474-4422(21)00252-0.
- Field A (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage Publications.
- Fink A ve Litwin MS (1995). *How to measure survey reliability and validity*. California: Sage Publications.
- Gijn J, Van LM ve Gijn R. (2001). Subarachnoid hemorrhage: Clinical features and management. *Neurological Disorders*, 16(4): 215-225. DOI.org/10.1016/S0022-510X (01)00123-4.
- Hackett ML ve Pickles K (2014). Depression after stroke: A review of diagnostic and therapeutic strategies. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9(8): 1061–1075. DOI.org/10.2147/NDT.S51806.
- Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE ve Tatham RL. (2010). *Multivariate data analysis*. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.
- Hantal AO, Doğu B, Büyükavcı R ve Kuran B. (2014). Stroke impact scale version 3.0: Study of reliability and validity in stroke patients in the turkish population. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 60(2): 106-117.
- Hisli N (1988). Beck Depresyon envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma (A study on the validity of beck depression inventory). *Psikoloji Dergisi*, 6: 118-122. Erişim Adresi: <https://cir.nii.ac.jp/crid/1573105975299874432>
- Hop JW, Rinkel GJ, Algra A ve Van Gijn J. (1998). Quality of life in patients and partners after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Stroke*, 29(4): 798-804. DOI.org/10.1161/01.STR.29.4.798.
- Hu LT ve Bentler PM (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1): 1-55. DOI.org/10.1080/10705519909540118.
- Kannel WB ve McGee DL (1979). Diabetes and cardiovascular disease: The framingham study. *JAMA*, 241(19): 2035-2038. DOI.org/10.1001/jama.1979.03290450033020.

- Kapral MK, Fang J, Hill MD, Silver F, Richards J, Jaigobin C ve Cheung AM. (2005). Sex differences in stroke care and outcomes: Results from the registry of the canadian stroke network. *Stroke*, 36(4): 809-814. DOI.org /10.1161/01.STR.0000157662.09551.e5.
- Karasar N (2005). Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Ankara: Nobel Yayın.
- Kasner SE (2006). Clinical interpretation and use of stroke scales. *The Lancet Neurology*, 5(7): 603-612. DOI.org /10.1016/S1474-4422(06)70495-1.
- Kaya M, Uluduz D, Güler M, Akıncı T, Avcı B ve Yıldız C. (2001). Ulusal sağlık enstitüsü inme ölçeği'nin türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Nöroloji Dergisi*, 7(2): 90-94. Erişim adresi: <https://www.tnd.org.tr>
- Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton, PK ve He J. (2005). Global burden of hypertension: Analysis of worldwide data. *The Lancet*, 365(9455): 217-223. DOI.org/10.1016/S0140-6736(05)17741-1.
- Kline RB (2023). Principles and practice of structural equation modeling. New York: Guilford Publications.
- Koçyiğit H (1999). Kısa form-36 (KF-36)'nın türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12: 102-106.
- Kolominsky-Rabas PL, Weber M, Gefeller O, Neundörfer B ve Heuschmann PU. (2001). Epidemiology of ischemic stroke subtypes according to TOAST criteria. *Stroke*, 32(12): 2735-2740. DOI.org/10.1161/hs1201.100209.
- Küçükdeveci AA, Yavuzer G, Tennant A, Süldür N, Sonel B. ve Arasıl, T. (2000). Adaptation of the modified barthel index for use in physical medicine and rehabilitation in turkey. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 32(2): 87-92. DOI.org/10.1080/003655000750045604.
- Lewington, S (2002). Prospective studies collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: A meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *The Lancet*, 360: 1903-1913. Erişim adresi: <https://cir.nii.ac.jp/crid/1573387449099473280>
- Leys, D, Hénon H, Mackowiak-Cordoliani MA ve Pasquier F. (2005). Post-stroke dementia. *The Lancet Neurology*, 4(11): 752-759. DOI.org/10.1016/S1474-4422(05)70221-0.
- Luker JA, Bernhardt J ve Grimmer-Somers KA. (2011). Demographic and stroke-related factors as predictors of quality of acute stroke care provided by allied health professionals. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 4: 247-259. DOI.org/10.2147/JMDH.S21371.

- Lyden, PD, Brott T ve Horowitz, D. (1989). The National institutes of health stroke scale (NIHSS): A new scale for measuring stroke severity. *Stroke*, 20(6): 1091-1094. DOI.org /10.1161/01.STR.20.6.1091.
- Luker, JA, Bernhardt J ve Grimmer-Somers KA. (2011). Demographic and stroke-related factors as predictors of quality of acute stroke care provided by allied health professionals. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 4: 247-259. DOI.org/10.2147/JMDH.S22569.
- Mackowiak-Cordoliani MA, Bombois S, Memin A, Henon H ve Pasquier F. (2005). Post-stroke dementia in the elderly. *drugs and aging*, 22(6): 483-493. DOI.org /10.2165/00002512-200522060-00003.
- Mahoney, FI (1965). Functional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14(2): 61-65. Erişim adresi: <https://cir.nii.ac.jp/crid/1574231874760838784>
- Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford, PW Knol DL ve De Vet HC. (2010). The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: An international delphi study. *Quality of Life Research*, 19: 539-549. DOI.org/10.1007/s11136-010-9606-8.
- Nunnally JC ve Bernstein IH (1994). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.
- Nutbeam D (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3): 259-267. DOI.org/10.1093/heapro/15.3.259.
- Ockene JK, Wheeler EV, Adams A, Hurley TG ve Hebert, J. (1997). Provider training for Patient-centered alcohol counseling in a primary care setting. *Archives of Internal Medicine*, 157(20): 2334-2341. DOI.org/10.1001/archinte.1997.00440410066007.
- Paul SL, Srikanth VK ve Thrift AG. (2007). The large and growing burden of stroke. *Current Drug Targets*, 8(7): 786-793. DOI.org/10.2174/138945007781077418.
- Polit DF ve Hungler BP (1995). *Nursing Research: Principles and Methods*. Philadelphia: JB Lippincott Company.
- Post MWM, Boosman H, Van Zandvoort MM, Passier PE, Rinkel GJE ve Visser-Meily JMA. (2011). Development and validation of a short version of the stroke-specific quality of life scale. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 82(3): 283-286. DOI.org/10.1136/jnnp.2009.196394.

- Powers BJ, Danus S, Grubber JM, Olsen MK, Oddone EZ ve Bosworth HB. (2011). The effectiveness of personalized coronary heart disease and stroke risk communication. *American Heart Journal*, 161(4): 673-680. DOI.org/10.1016/j.ahj.2010.12.021.
- Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones, DM Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB ve Turner MB. (2012). Heart disease and stroke statistics–2012 Update: A report from the american heart association. *Circulation*, 125(1): 24-59. DOI.org /10.1161/CIR.0b013e31823ac046.
- Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, Caplan LR, Connors JJ, Culebras A ve Vinters HV. (2013). An updated definition of stroke for the 21st century: A statement for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association. *Stroke*, 44(7): 2064-2089. DOI.org/10.1161/STR.0b013e318296aeca.
- Seaman CHC (1987). *Research Methods: Principles, practice, and theory for nursing*. Norwalk: Appleton and Lange.
- Seshadri S, Beiser A, Pikula A, Himali JJ, Kelly-Hayes M, Debette S ve Wolf PA. (2010). Parental occurrence of stroke and risk of stroke in their children: The framingham study. *Circulation*, 121(11): 1304-1312. DOI.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.854240.
- Sim, J ve Arnell, P (1993). Measurement validity in physical therapy research. *Physical Therapy*, 73(2): 102-110. DOI.org/10.1093/ptj/73.2.102.
- Smith CJ, Emsley HC, Libetta CM, Hughes DG, Drennan RF, Vail A ve Tyrrell PJ. (2001). The oxfordshire community stroke project classification in the early hours of ischemic stroke and relation to infarct site and size on cranial computed tomography. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 10(5): 205-209. DOI.org/10.1053/jscd.2001.29825.
- Stansbury JP, Jia H, Williams LS, Vogel WB ve Duncan PW. (2005). Ethnic disparities in stroke: Epidemiology, acute care and postacute outcomes. *Stroke*, 36(2): 374-386. DOI.org/10.1161/01.STR.0000153065.39325.f0.
- Streiner DL (2003). Being inconsistent about consistency: When coefficient alpha does and doesn't matter. *Journal of Personality Assessment*, 80(3): 217-222. DOI.org /10.1207/S15327752JPA8003_01.
- Tabachnick BG, Fidell LS ve Ullman JB. (2013). *Using multivariate statistics*. Boston, MA: Pearson.
- Touze E ve Rothwell PM (2008). Sex differences in heritability of ischemic stroke: A systematic review and meta-Analysis. *Stroke*, 39(1): 16-23. DOI.org/10.1161/STROKEAHA.107.484618.

Türkiye İstatistik Kurumu (2023). 2019 Yılı Serebrovasküler Hastalıklar Nedeniyle Ölüm İstatistikleri. Erişim adresi: <https://www.tuik.gov.tr>

Tüzün EH ve Eker L (2003). Sağlık değerlendirme Ölçütleri ve Yaşam Kalitesi. *Sağlık ve Toplum*, 13(2): 3-8. Erişim adresi: https://scholar.google.li/scholar?hl=tr&as_sdt=0%2C5&q=T%C3%BCz%C3%BCn+E H+ve+Eker+L+%282003%29.+Sa%C4%9Fl%C4%B1k+de%C4%9Ferlendirme+%C3 %96l%C3%A7%C3%BCtleri+ve+Ya%C5%9Fam+Kalitesi.+Sa%C4%9Fl%C4%B1k+ ve+Toplum%2C+13%282%29%3A+3-8.+Eri%C5%9Fim+adresi&btnG=

Yoon, S, Kim SR, Kim HY, Yoo SH ve Choi JC. (2020). The reliability and validity of the korean short version of the stroke-specific quality of life scale. *Rehabilitation Nursing*, 45(4): 218-224. DOI.org/10.1097/rnj.000000000000199.

Yönt, GH ve Khorshid L (2011). Turkish version of the stroke-specific quality of life scale. *International Nursing Review*, 59: 274-280. DOI.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00962.x.

Yurttaş O (1994). Serebrovasküler Hastalıklar. In K. Yaltkaya (Ed.), *Nöroloji Ders Kitabı* (ss. 179-215). Ankara: Palme Yayıncılık.

Ware JE ve Sherbourne CD (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6): 473-483. DOI.org/10.1097/00005650-199206000-00002.

Williams LS, Weinberger M, Harris LE, Clark DO ve Biller, J. (1999). Development of a stroke-specific quality of life scale. *Stroke*, 30(7): 1362-1369. DOI.org/10.1161/01.STR.30.7.1362.

World Health Organization (WHO) (2019). Global health estimates 2019: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, (2000-2019). World Health Organization. Erişim adresi: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>

Zahuranec, DB, Brown DL, Lisabeth, LD, Gonzales NR, Longwell PJ, Eden SV ve Morgenstern LB. (2006). Differences in intracerebral hemorrhage between mexican americans and non-h0ispanic Whites. *Neurology*, 66(1): 30-34. DOI.org/10.1212/01.wnl.0000191402.41914.d2.

EKLER

Ek 1: ETİK KURUL ONAYI

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP VE SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURULU - 2 (SPOR, SAĞLIK) KARARI

Protokol No : 230070	Karar No : 100
Araştırma Yürütücüsü	Yüksek Lisans Öğrencisi RUMEYSA UYDURAN
Kurumu / Birimi	MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ / FİZİYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON TEZLİ YÜKSEK LİSANS
Araştırmanın Başlığı	Short Version Of The Stroke Specific Quality Of Life Scale (Sa-Qol-12) Ölçeğinin Türkçe Geçerlik Ve Güvenilirlik Çalışması
Çalışmanın Yapılacağı Kurum ve Kuruluşlar	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
Başvuru Formunun Etik Kurula Geldiği Tarih	05.06.2023
Başvuru Formunun Etik Kurulda İncelendiği Tarih	İlk İnceleme Tarihi : 14.06.2023 1. Düzeltme Tarihi : 23.07.2023
Karar Tarihi	08.08.2023

KARAR : UYGUNDUR

AÇIKLAMA : Bayan edilen veri formlarının dışına çıkılmaması şartıyla araştırmanın uygulanabilirliği konusunda bilimsel anıltmalar etđđi açısından bir sakınca yoktur.

Prof.Dr. Media SUBAŞI BAYBUĞA
Başkan

Doç. Dr. Ayşe KACAROĞLU VİCDAN
Öye

Prof.Dr. Baki Umut TUĞAY
Öye

Prof.Dr. Süleyman Murat YILDIZ
Öye

Prof. Dr. Göndü BABA YİĞİT İREZ
Öye

Doç.Dr. Şeyda KIVRAK
Öye

Doç. Dr. Halil Evren ŞENTÜRK
Öye

Doç. Dr. GONCA KARAYAYIZ MUSLU
Öye

Doç.Dr. SERAP DÜRÜKAN KÖSE
Öye

Ek 2: KURUM İZİN ONAYI

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği
İdari İşler Birimi
Yazı İşleri Birimi

Tarih: 11/05/2023 18:26
Sıra: E-41993462-622.03-2346518
YAZI İŞLERİ BİRİMİ



2346518

Sayı : E-41993462-622.03-2346518
Konu : Araştırma İzni – Rumeysa
UYDURAN

11.05.2023

İlgi : 17/04/2023 tarihli yazınız.

İlgi yazınıza istinaden tarafınızdan yürütülecek olan “Short Version Of The Stroke Specific Quality Of Life Scale (SS-QoL-12) Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” konulu araştırmanız Nöroloji Anabilim Dalımız tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Yusuf USTA
Başhekim

Ek 3: FORMLAR (VERİ / KAYIT FORMLARI / ANKET FORMLARI / vb.)

Yahoo Mail - Fwd: olcek izni

26.05.2023 15:59

Fwd: olcek izni

Tarih: 26 Mayıs 2023 Cuma 15:58 GMT+3

iPhone'umdan gönderildi

İleti başlangıcı:

Konu: İlet: olcek izni

iPhone'umdan gönderildi

İleti başlangıcı:

Konu: olcek izni

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

Nesrin Hisli Sahin, PhD

Adjunct Professor

School of Psychology & Counseling

Yahoo Mail - Fwd: olcek izni

26.05.2023 15:59

Fairleigh Dickinson University

285 Madison Ave

]

,



BECK DEPRESYON ENVANTERİ PDF.pdf
109.3kB



Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliğı Üzerine bir Çalışma.pdf
4MB



Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite öğrencileri için geçerli.pdf
6.2MB

Fwd: 12 item SS-QoL (SS-QoL-12)

Tarih: 26 Mayıs 2023 Cuma 15:52 GMT+3

iPhone'umdan gönderildi

İleti başlangıcı:

Konu: RE: 12 item SS-QoL (SS-QoL-12)

Please feel free to use the SS-QoL-12.
Kind regards,
Marcel Post

Dear, Marcel W M Post
I am physiotherapist Rumeysa Uyduran from Turkey. I am doing a master's degree at Mugla Sitki Kocman University. My academic supervisor Prof. Karakaya. I found your "12 item SS-QoL (SS-QoL-12)". If it has not been used before and if it is suitable for you, I would like to do a Turkish validity and reliability study of the A short version of the SS-QoL.
Thanks for your attention, Best Regards.

iPhone'umdan gönderildi

Fwd: Barthel İndeksi İzin

Tarih: 26 Mayıs 2023 Cuma 15:52 GMT+3

iPhone'umdan gönderildi

İleti başlangıcı:

Konu: Ynt: Barthel İndeksi İzin

Sayın Uyduran
Barthel İndeksini kullanabilirsiniz kolaylıklar dilerim
Güneş Yavuzer

Sayın YAVUZER, ben Rumeysa Uyduran. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Yüksek lisans tez dönemi öğrencisiyim.
Geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapacağımız tezimde Barthel İndeksini kullanmak
için izninizi istiyorum.
Saygılar.

iPhone'umdan gönderildi

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın katılımcı,

Fzt. Rumeysa UYDURAN tarafından yürütülecek olan “Short Version of the Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QoL-12)” Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” isimli araştırmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni inme geçirmiş, 18 yaşından büyük bir birey olmanızdır. Çalışmamızın amacı inmeye özgü yaşam kalitesi kısa versiyonu ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlik çalışmasını yapmaktır. Bu kapsamda sizden aşağıda detayları yer alan form ve ölçeklerde yer alan soruları doğru bir şekilde yanıtlamanız istenecektir. Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul ettikten sonra veri toplama formunu doldurmaya başlamış olsanız bile istemediğiniz takdirde, araştırmacılara önceden haber vererek ve hiçbir neden göstermeksizin çalışmaya katılmaktan vazgeçebilirsiniz. Formu eksiksiz doldurup araştırmacıya vermiş olmanız/göndermeniz çalışmaya katılma konusunda gönüllü olduğunuz anlamına gelmektedir. Çalışma hakkında tamamen bilgi sahibi olduktan ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz bu formu imzalamanız istenecektir.

Araştırma sonuçlarının doğruluğu vereceğiniz bilgilerin doğruluğuyla yakından ilişkilidir. Bu yüzden içten ve doğru cevap vermeniz çok önemlidir.

Çalışmaya katılmaya kabul ettiğiniz takdirde Fzt. Rumeysa UYDURAN tarafından aşağıdaki maddelerde belirtilen form ve ölçekleri doldurmanız istenecektir:

1. Değerlendirmede yer alan ve aşağıda detayları verilen 6 adet form araştırmacı tarafından size detaylı olarak anlatılacaktır.

a. Form 1: fiziksel ve sosyodemografik bilgilerinizi dolduracağınız 15 sorudan oluşacaktır.

b. Form 2: inme durumunuzun değerlendirilmesi için anketteki 10 soruyu yanıtlamanız istenecektir.

c. Form 3: inmeye özgü yaşam kalitenizin değerlendirilmesi için anketteki 12 soruyu yanıtlamanız istenecektir.

d. Form 4: yaşam kalitesizin değerlendirilmesi için anketteki 36 soruyu yanıtlamanız istenecektir.

e. Form 5: depresyon-anksiyete düzeylerinizin değerlendirilmesi için anketteki 21 soruyu yanıtlamanız istenecektir.

f. Form 6: günlük yaşam aktivite düzeyinizin değerlendirilmesi için anketteki 10 soruyu yanıtlamanız istenecektir.

2. Formları doldurduktan 7 gün sonra araştırmacılar size telefon/eposta aracılığıyla ulaşacak ve Form 3'ü yeniden doldurmanızı isteyeceklerdir.

Tüm formlar toplamda 104 sorudan oluşmaktadır. Cevaplama süresi olarak yaklaşık 40 dakikanızı alacaktır.

Verdiğiniz tüm bu bilgiler bilimsel bir araştırmada kullanılacaktır. Araştırma, kimliğinizi belirtecek herhangi bir isim ya da işaret içermeyecektir. Bu araştırmada sizinle ilgili tutulan tüm kayıtlar gizli kalacaktır. Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıda iletişim bilgileri yer alan sorumlu araştırmacı Fzt. Rumeysa UYDURAN ile çekinmeden iletişime geçebilirsiniz.

Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda belirtilen bilgileri okudum, araştırmanın amacını ve katılımcı olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında gerekli açıklamalar aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı ve sorularıma yeterli cevaplar aldım. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladım. Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Çalışmamız için zaman ayırarak bilim dünyasına verdiğiniz katkı için teşekkürler...

Sorumlu Araştırmacının

Unvanı, Adı Soyadı: Fzt. Rumeysa UYDURAN

Katılımınız için teşekkür ederiz.

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Hasta Kodu:

Tarih:

1. Yaş:
2. Cinsiyet: Kadın () Erkek ()
3. Boycm
4. Vücut Ağırlığı..... kg
5. Vücut kütle indeksi..... kg/m²
6. Dominant taraf: Alt ekstremit: Sağ () Sol () Üst ekstremit: Sağ () Sol ()
7. Medeni Durum: Evli () Bekar () Boşanmış () Dul () Diğer ()
8. Çocuğunuz var mı? Evet () Evet ise kaç tane..... Hayır ()
9. Eğitim Düzeyi: Okur-yazar () İlköğretim () Lise () Üniversite () Lisansüstü ()
10. Meslek: Emekli () Esnaf/zanaatkar () Ev hanımı () İşçi () İşsiz () Memur () Serbest meslek () Diğer ()
11. Gelir Düzeyi:
12. Herhangi kronik bir rahatsızlığınız var mı? Evet (Belirtiniz:) Hayır ()
13. Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? Evet (Belirtiniz:) Hayır ()
14. Daha önce geçirildiğiniz ameliyat/ameliyatlar var mı? Evet (Belirtiniz:) Hayır ()
15. İletişim Bilgileri:
Adres:
Telefon:
E-posta adresi:

İNME DEĞERLENDİRME FORMU

Hasta Kodu:

Tarih:

1. Özgeçmişi:

2. Soygeçmişi:

3. Kullandığı İlaçlar:

4. SVO Tarihi:

5. Etkilenen Taraf: Sağ () Sol () Bilateral ()

6. Risk Faktörleri: Yok () Sigara/alkol () Yaş () Aile Öyküsü () Hipertansiyon () Hematolojik hastalıklar () Heredite () Diabetes mellitus () Gebelik () Hiperlipidemi () Kardiyak Hastalık () Covid 19 geçirmiş olmak () Diğer ().....

7. Etyoloji: İntraserebral Kanama () Subaraknoid Kanama () Trombotik ()

Embolik () Laküner () Diğer ()

8. Sorunlar / Komplikasyonlar:

Omuz subluksasyonu () Omuz ağrısı () Brakial pleksus lezyonu () Talamik Ağrı ()

Heterotopik Ossifikasyon () Refleks Sempatik Distrofi (üst/alt ekstremiteler) () Derin ven trombozu () Eklem kontraktürü () Bası yarası () Nörojenik mesane () Lisan bozukluğu () Spastisite () Yutma/beslenme bozukluğu () Denge bozukluğu () Oturamama () Ayakta duramama () Yürüyememe () Diğer.....

Önceden aldığı rehabilitasyon hizmetleri: Yatarak () Ayaktan () Yok ()

9. Şu anda uygulanan tedaviler: Botulinum toksin () Oral antispastik ilaç ()

Ortez () Fizyoterapi () Denge () Robotik reh () Diğer ()

Hasta

Kodu:

Tarih:

İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kısa Versiyonu (İÖYK-12)

Değerli Katılımcılar, Aşağıdaki sorular sizin inme sonrasında yaşam kalitenizin etkilenme durumunu belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Her bir soru için son 1 haftanızı dikkate alarak size en uygun yanıtı işaretleyiniz.

			1. Hiç yapamadım	2. Çok zorlandım	3. Biraz zorlandım	4. Çok az zorlandım	5. Hiç zorlanmadım
1	Kişisel Bakım	Banyo yaparken veya duş alırken yardıma ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4	5
2	Mobilite	Yürürken veya tekerlekli sandalye kullanırken istemediğiniz kadar durmak ve dinlenmek zorunda kaldınız mı?	1	2	3	4	5
3	Üst Ekstremiter Fonksiyonu	Düğme iliklemede güçlük yaşadınız mı?		2	3	4	5
4	Lisan	Başkalarının sizi anlayabilmesi için söylediklerinizi tekrar etmeniz gerekti mi?	1	2	3	4	5
5	Görme	Televizyonu izlediklerinizden keyif alacak kadar iyi görmede güçlük yaşadınız mı?	1	2	3	4	5
6	İş/ Üretkenlik	Günlük ev işlerini yapmada güçlük yaşadınız mı?	1	2	3	4	5
			1. Kesinlikle katılıyorum	2. Kısmen katılıyorum	3. Kararsızım	4. Kısmen katılmıyorum	5. Kesinlikle katılmıyorum
7	Düşünme	Bazı şeyleri hatırlamada güçlük yaşadım.	1	2	3	4	5
8	Aile Roller	Aileme yük olduğumu hissettim.	1	2	3	4	5
9	Sosyal Roller	Fiziksel durumum sosyal hayatımı etkiledi.	1	2	3	4	5
10	Kişilik	Kişiliğim değişti.	1	2	3	4	5
11	Ruh Hali	Geleceğim hakkında cesaretim kırıldı.	1	2	3	4	5
12	Enerji	İstediklerimi yapmak için çok yorgundum.	1	2	3	4	5
PUAN							
TOPLAM PUAN							

YAŞAM KALİTESİ (SF-36) FORMU

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel 1

Çok iyi 2

İyi 3

Orta 4

Kötü 5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi 1

Geçen seneden biraz daha iyi 2

Geçen sene ile aynı 3

Geçen seneden biraz daha kötü 4

Geçen seneden çok daha kötü 5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır.

Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

EVET HAYIR

- a. İş ya da diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti
- b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması
- c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama
- d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

EVET HAYIR

- a. İş ya da diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu?
- b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması
- c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- Hiç 1
- Çok az 2
- Orta derecede 3
- Biraz 4
- Oldukça 5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- Hiç 1
- Çok az 2
- Orta 3
- Çok 4
- İleri derecede 5
- Çok şiddetli 6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- Hiç 1
- Çok az 2
- Orta 3
- Çok 4
- İleri derecede 5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- Her zaman 1
 Çoğu zaman 2
 Bazı zamanlarda 3
 Çok az zaman 4
 Hiçbir zaman 5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

BDE

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

1)

- a. Kendimi üzgün hissetmiyorum
- b. Kendimi üzgün hissediyorum
- c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum
- d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum

2)

- a. Gelecekte umutsuz değilim
- b. Gelecek konusunda umutsuzum
- c. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok
- d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek

3)

- a. Kendimi başarısız görmüyorum
- b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır
- c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum
- d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum

4)

- a. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum
- b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum
- c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum
- d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı

5)

- a. Kendimi suçlu hissetmiyorum
- b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor
- c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum
- d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum

6)

- a. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim
- b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim
- c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum
- d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum

7)

- a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım
- b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım
- c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum
- d. Kendimden nefret ediyorum

8)

- a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum
- b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum
- c. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum
- d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum

9)

- a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok
- b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam
- c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim
- d. Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm

10)

- a. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum
- b. Eskişine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum
- c. Şimdilerde her an ağlıyorum
- d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum

11)

- a. Eskişine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam
- b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim
- c. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim
- d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim

12)

- a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim
- b. Eskişine göre insanlarla daha az ilgiliyim
- c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim
- d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı

13)

- a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum
- b. Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum
- c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum
- d. Artık hiç karar veremiyorum

14)

- a. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum
- b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzüldüyorum
- c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum
- d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum

15)

- a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
- b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum
- c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum
- d. Artık hiç çalışmıyorum

16)

- a. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum
- b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum
- c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum
- d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum

17)

- a. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum
- b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum
- c. Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum
- d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum

18)

- a. İştahım eskisinden pek farklı değil
- b. İştahım eskisi kadar iyi değil
- c. Şimdilerde iştahım epey kötü
- d. Artık hiç iştahım yok

19)

- a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/aldığımı sanmıyorum
- b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım
- c. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım
- d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım

20)

- a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor
- b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntıları var
- c. Ağrı sızı gibi bu sıkıntıları beni çok endişelendiriyor
- d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şey düşünemiyorum

21)

- a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok
- b. Eskişine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum
- c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim
- d. Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı

BARTHEL İNDEKSİ

A-TRANSFER

- 0: Transferine katılamaz, mekanik bir alet olsun ya da olmasın transfer için iki kişi gereklidir.
- 3: Transferine katılabilir ama transferin tüm aşamalarında bir başka kişinin maksimum yardım gerekir.
- 8: Transferin herhangi bir aşamasında başka bir kişinin yardımı gereklidir.
- 12: Başka bir kişinin varlığı güvenlik için veya gözetim için gereklidir.
- 15: Hasta tekerlekli iskemlesi ile yatağa/sandalyeye güvenle yaklaşır, frenler, kilitler, ayak basacaklarını kaldırır, güvenle yatağa geçer, uzanır, yatak kenarında oturur duruma geçer, tekerlekli sandalyenin pozisyonunu değiştirir, geri sandalyesine güvenle geçebilir. Bu aktivitelerin hepsinde hasta bağımsız olmalıdır.

B-AMBULASYON

- 0: Ambulasyonda bağımlıdır.
- 3: Ambulasyonda sürekli bir veya daha fazla yardımcıya ihtiyaç vardır.
- 8: Yürümeye yardımcı cihazlara erişme ve/veya onların kullanımları için bir yardımcı gereklidir. Yardım için bir kişi yeterlidir.
- 12: Hasta ambulasyonda bağımsızdır ama yardımsız 50 metre yürüyemez veya tehlikeli/riskli durumlarda güven için gözetim gerekir.
- 15: Hasta gerekirse cihazını takabilmeli, cihazını kilitleyip açabilmeli, ayakta durabilmeli, oturabilmeli, ambulasyonu için gerekli yardımcı cihaz ve aletleri kullanıma hazır pozisyona getirebilmelidir. Hasta koltuk değneği, kanadien, baston kullanabilmelidir. Ev içinde ve 50 m'lik bir mesafede yardımsız ve gözetimsiz yürüyebilir.

TEKERLEKLİ İSKEMLE KULLANMA (ambulasyona alternatif, ambulasyon 0 ise skorlanır)

- 0: Tekerlekli iskemle ile ambulasyonda bağımlıdır.
- 1: Hasta düz zeminde kısa mesafelerde tekerlekli iskemlesini sürdürebilir ancak diğer basamaklar için yardım gereklidir.
- 3: Bir kişinin mevcudiyeti gerekir ve tekerlekli iskemlenin masaya, yatağa vb. yerlere manüplasyonu için daima yardım gereklidir.

4: Belirli güzergahlara, makul bir süre boyunca hasta tekerlekli sandalyesini kendisi sürebilir, sert köşelerde minimal yardıma ihtiyaç duyar.

5: Bağımsız kabul etmek için hasta köşeleri kendisi dönebilmeli, çevresinde dönebilmeli, iskemleyi masaya, yatağa, tuvalete vs. yaklaştırabilmeli; evde, koğuştta vs. sandalyeyi en az 50 m sürebilmelidir.

C-MERDİVEN İNİP ÇIKMA

0: Hasta merdivenleri çıkamaz.

2: Merdiven inip çıkmanın tüm aşamalarında yardım gerekir. Bu yardım yürüme cihazlarının kullanım ve taşınmasının da içerir.

5: Hasta merdiven inebilir çıkabilir ama yürüme cihazlarını taşıyamaz, gözlem ve yardıma ihtiyaç duyar.

8: Genelde hiç yardım gerekmez. Zaman zaman sabah tutukluğu, nefes darlığı gibi durumlarda gözetim gerekir.

10: Yardım veya gözetim olmadan güvenle basamakları iner-çıkır, gerektiğinde trabzanları tutar, kanadien, baston kullanır; inerken çıkarken bu cihazları kullanabilmelidir.

D-BESLENME

0: Tüm aşamalarda bağımlıdır, beslenmeleri gerekir.

2: Kaşık gibi bir beslenme aletini kullanabilir, ancak yemek boyunca bir kişinin aktif yardımı gerekir.

5: Gözetimle kendi kendine beslenebilir. Çaya süt ya da şeker koyma, tuz biber atma, yağ sürme, tabağı çevirme ve diğer yerleştirme aktivitelerinde yardım gereklidir.

8: Et kesme, süt kartonu açma, kavanoz kapağı açma vs. hariç hazırlanmış tepsiden bağımsız yemek yer. Başka bir kişinin varlığı gerekli değildir.

10: Başka biri yiyecekleri ulaşabileceği bir yere koyunca tepsiden veya masadan kendi kendine yemek yiyebilir. Hasta gerekirse yardımcı cihaz kullanabilir, yiyeceklerini keser, tuz biber atabilir, ekmeğe yağ sürebilir vs.

E-GİYİNME

0: Hasta giyinmenin tüm aşamalarında bağımlıdır. Aktivitelere katılamaz.

2: Bir dereceye kadar giyinme aktivitelerine katılabilir ancak, tüm aşamalarda bağımlıdır.

5: Herhangi bir giysiyi giymede ve/veya çıkarmada yardım gereklidir.

8: Giyinme için minimal yardım gereklidir: düğme ilikleme, fermuar çekme açma, çıtçıtları açıp kapama, ayakkabı bağlama vs. şeklinde.

10: Hasta kendi kendine giyinir-soyunur, düğmeleri ayakkabı bağlarını ilikler, korseleri splintleri takar çıkarır.

F-KİŞİSEL BAKIM

0: Kişisel bakımın yapamaz, tüm aşamalarda bağımlıdır.

1: Tüm aşamalarda yardım gereklidir.

3: Kişisel bakımın bir veya daha çok basamağında biraz yardım gereklidir.

4: Hasta kişisel bakımını yapabilir ancak önce ve/veya sonrasında minimal yardım gereklidir.

5: Hasta ellerini-yüzünü yıkayabilir, dişlerini fırçalar, traş olabilir, erkek hastalar makine veyatraş bıçağını kendi kullanabilmeli fişini takabilmeli, dolap veya çekmecesinden aletleri kendisi alabilmelidir. Bayan hastalar makyajlarını yapabilmeli, saçını tarayabilmelidir (şekil veremeyebilir).

G-BANYO YAPMA

0: Banyo yapmada tam bağımlıdır.

1: Banyonun tüm aşamalarında yardım gereklidir.

3: Duş veya banyoya transferinde veya yıkanıp kurulanmasında yardım gereklidir. Kondisyonu, hastalığı vb. nedeniyle görevi tamamlayamaz.

4: Su sıcaklığını ayarlama veya transferde güvenliği sağlamak için gözetim gereklidir.

5: Duş, küvet vs. hangi metot olursa olsun, diğer bir kişiye gerek duymadan tüm safhaları kendisi yapabilir.

H-TUVALET KULLANIMI

0: Tuvalet kullanımında tam bağımlıdır.

2: Tuvalet kullanımında yardım gereklidir.

5: El yıkama transferler veya giysilerini giyme çıkarmada yardım gereklidir.

8: Normal tuvalet kullanımında güvenlik için gözlem gereklidir. Geceleri lazımlık gerekebilir. Ama kendisi boşaltabilmeli ve temizleyebilmelidir.

10: Tuvalete oturup kalkabilir, giysilerini giyer çıkarır, giysilerini kirletmez, yardımsız tuvalet kâğıdı kullanır. Gerekirse geceleri ördek, lazımlık kullanabilir ama boşaltabilmeli ve temizliğini yapabilmelidir.

I-İDRAR İNKONTİNANSI

0: Mesane kontrolünde bağımlıdır. İnkontinandır veya daimî sondası vardır.

- 2: İnkontinandır ama internal veya eksternal alet ile yardım edilebilir.
- 5: Gün boyunca kurudur ama gece ıslanabilir. Alet kullanımında biraz yardım gerekir.
- 8: Gece gündüz genelde kurudur ama nadiren kaçırma olabilir. İnternal, eksternal alet uygulamalarında minimal yardım gereklidir.
- 10: Gece gündüz kontrolü vardır ve/veya internal, eksternal alet kullanımında bağımsızdır.

J-GAİTA İNKONTİNANSI

- 0: Hasta inkontinandır.
- 2: Hastaya uygun pozisyon verilmesi ya da bağırsak uyarı teknikleri şeklinde yardım gerekir.
- 5: Hasta uygun pozisyona gelebilir, ama uyarı teknikleri kullanamaz kendini temizleyemez.
- Sık sık kaçıır. Bez ile bağlama gerekir.
- 8: Supozituar veya lavman uygulamalarında gözetim gerekir, nadiren kaçıır.
- 10: Bağırsak kontrolü vardır, hiç kaçırmaz, supozituar veya lavman gerekli ise kendisi yapabilir.

Ek 4: ÖZ GEÇMİŞ

Adı Soyadı : Rumeysa Uyduran
Yabancı Dili : İngilizce
Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl) : Yüksek Lisans (Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi /2024)
Lise : Osmaniye Fen Lisesi (2016)
Lisans : Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri (2020)
Yüksek Lisans : Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tezli Yüksek Lisans Programı
Çalıştığı Kurum / Kurumlar ve Yıl :
Yayımları (SCI ve diğer) :
Diğer Konular :