

İNME Lİ HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ*

THE EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE OF THE PATIENTS WITH STROKE

Asiye DURMAZ AKYOL*

Belgin ÖZPOĞAÇ***

Yücel BOZTÜRK**

Kiraz ÇAKICI**

*E.0 Hemşirelik Yüksek Okulu iç Hastalıkları Anabilim Dalı. Bornova-Izmir

**E.0 Hastanesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Nöroloji Klınığrt Hernşiresi.

Anahtar Sözcükler: İnme, yaşam kalitesi

Key Words: Stroke. quality of life

*Bu çalışma 38 Ulusal Nöroloji Kongresinde poster olarak sunulmuştur.

ÖZET

Araştırma inme geçiren bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma, E.Ü Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama hastanesi Nöroloji Polikliniğinde yapılmıştır. Araştırmanın örnekleme taburcu edilen ve bir ay sonra kontrole gelen 48 hasta alınmıştır. Veri toplama aracı olarak hastaların tanıtıcı özellikleri ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde dağılımları ve varyans analizi kullanılmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre: fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi ile cinsiyet, yaş grubu, eğitim durumu, medeni durum, oturduğu yer ve ekonomik durum ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamsız, çalışma durumu ile anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

SUMMARY

This research has been done trt a descriptiue to deterrning the qualiini of Iffe the patients who had stroke at Norology outpatient clinics of Eyean Unevercity Medical Family Research and Practfce Hospital.48 patients have been taken as a sample from among those was clischarged and come control norology outpatient clinics after one rmonths.The quality of life scale ISF-36) and the questionnaire preparecl bi) the researcers to collect data on the characterics of thefr disease and characteristics of thei• disease have been used in this study. For the analysis data ,statical rmethods such as means of pergenlage calculation and variations have been ernployed. According to research resulis quality of iffe including

difference of the functional state average score, the well-being average score, general perceptions quality of life average score are not affected by age, sex, marital status, education status, people that living place and economical status which is affected employment status are determined

GİRİŞ

İnme, genellikle beyine oksijen ve besin taşıyan kan damarlarının emboli ya da trombüsle tıkanması sonucu kan akımının azalmasına bağlı olarak meydana gelen kronik durumlardan biridir (<http://www.nia.nih.gov/health>, <http://www.cde.gov.tr>, <http://www.strokeassociation.org>, <http://www.bbe.eo.uk>, <http://www.lifeelinie.com>, Kumral K, Özdamar N 2002).

ABD'de ortalama olarak her dakikada bir kişi inme geçirmekte, üç dakikada bir kişi inme nedeniyle ölmektedir. İnme vakalarının yaklaşık %80'i iskemik, geri kalanları ise hemorajiktir. ABD'de ölüm nedenleri arasında inme kalp hastalığı ve kanserden sonra üçüncü sırada yer almaktadır. Her yıl inme geçiren Amerikalıların üçte birinin, bu hastalık nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir (<http://www.nia.nih.gov/health>, <http://www.ede.gov.tr>, <http://www.strokeassociation.org>, <http://www.bbc.co.uk>, <http://www.lifeelinie.com>), İnme, nörolojik hastalıklar içerisinde uzun süreli özürüllüğe (disabiliteye) ve hastaların yarısından fazlasında bu özürüllüğün kalıcı olmasına yol açan nedenlerin başında gelmektedir (<http://www.strokeassociation.org>).

Dünya'da ve Ülkemiz'de kronik hastalıklar içerisinde önemli bir yere sahip olan inme, bireyin fiziksel, emosyonel, sosyal ve ekonomik dengelerini alt üst etmekte, yaşamdan doyum almalarını engellemekle ve yaşam kalitesini azaltmaktadır. Kronik yetersizlik durumundaki bireylerin sağlığı geliştirme gereksinimleri tedavi, yaşamın uzatılması ve yaşamın niceliği için sağlık hizmetlerindeki geleneksel yaklaşım yerine yaşam kalitesi kavramı ile ilgili olan yaklaşımların artmasına neden olmuştur. Bunun yanında kronik hastalıkların önlenmesi ve tıbbi tedavinin yanı sıra rehabilitasyon ve sağlık durumunu geliştirmeye yönelik uygulamaların ön plana çıkması yaşam kalitesinin önemini arttırmıştır (<http://hereules.oulu.fi>, Alexa 2000, Hackett M, Duncan J, Anders C ve diğerleri 2000, Tengs T, Yu M, Lıısıro E, 2001, Williams S Weinberger M ve diğerleri 2002).

Günümüzde tıbbi tedavinin sonuçlarını izlemeye hastanın sağlığını subjektif değerlendirmesinin önemi ile ilgili konsensuslar her geçen gün artmaktadır. Yaşam kalitesinin ölçülmesi; hastanın hastalığa olan reaksiyonlarını ve tıbbi tedavinin etkinliğini izleme ile terapötik süreç-

lerin gelişiminde önemli kazanımlar sağlamaktadır (Alexa 2000. Haekett M, Duncan J, Anders C ve diğerleri 2000).

Dinamik bir nitelik taşıyan yaşam kalitesi kavramı genel anlamda bireysel iyi oluş anlamına gelmektedir (Akyol 1992). Yaşam kalitesi bireyin sağlığı ile ilgili bireysel deneyimleri, yaşam doyumunu yada bireysel iyilik hali şeklinde de tanımlanabilmektedir (Akyol 1992, <http://hercules.oulu.fi/isbn>). Dünya Sağlık örgütü; "hastalığın yada sakatlığın olmayışı değil aynı zamanda fiziksel, mental ve sosyal iyilik halinin bir bütün olmasıdır" şeklinde yaptığı sağlığın tanımı ile yaşam kalitesi tanımı arasında sıkı bir ilişki olduğunu belirtmiştir (<http://hercules.oulu.fi/isbn>).

İnmeli hastalarda hemşirelik hizmetinin önemli bir bölümünü fiziksel rahatlığı sağlama (deri bakımı, beslenme, hijyen), bireyin kendi bakımını sürdürmesini destekleme, rehabilitasyon için uygun çevre oluşturma ve geliştirme oluşturmaktadır. Bunların yerine getirilmesinde hemşirenin dört terapötik fonksiyonu bulunmaktadır. Bunlar (Burton C, 2000): 1) Hastalar ve ailelerine inmenin etkilerini anlamasına yardımcı olan açıklayıcı fonksiyon, 2) Duygusal destek sağlamada emosyonel desick/teselli fonksiyonu. 3) Bakım fonksiyonu, 4) Hastaların sosyal akHviileri ve kendi kendilerine bakımlarını yürütmede farklı deneyimleri yada aktivitelerini özümsemesine yardımcı olduğu entegrasyon sağlama rolüdür.

İnme geçiren bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi ile yaşam düzeyleri, aile ilişkileri, sosyal ilişkileri, günlük yaşam aktiviteleri ve ekonomik durumları ile ilgili yaşam deneyimleri değerlendirilmekte ve bireylerin fiziksel, sosyal, psikolojik alanlarda gereksinim duydukları memnuniyet düzeyleri tanımlanabilmektedir. İnme hastalığının karmaşık yapıda olması ve rehabilitasyonda etkili pek çok faktörün yer alması sağlık gereksinimlerin değerlendirilmesini etkilemektedir. İnme sonrasında sağlık durumunun nasıl değiştiğinin belirlenmesi konusunda sınırlı bilgilerin olması bireye; danışmanlık hizmeti sunma, rehberlik etme, emosyonel destek sağlama ve uygun başetme yöntemlerini geliştirmede etkisiz kalınmasına neden olmaktadır (<http://hereules.oulu.11>, Hackett M, Vandal A, Anderson C ve diğerleri 2002), İnme geçiren bireylere, inme risk faktörleri konusunda danışmanlık yapma, fiziksel gelişimine katkıda bulunma, günlük yaşam aktivitelerini yapabilmeyi sağlama, konuşma ve dil terapisini gerçekleştirebilme, tedaviye uyumunu sağlamada fiziksel ve emosyonel destek oluşturabilmek için; hastalığa özgü sağlık problemlerinin önlenmesi yada baş etmesi için gerekli bilgileri verme ve baş etme yöntemlerini geliştirme konusunda eğitim vermeyi içeren hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması yönünden inme geçiren bireylerin yaşam kalitesinin belirlenmesi

önemlidir (Pınar ve ark 1995, Akyol A 1992, Akyol ve Karadakovan 2001, Eski ve Fesci 2002, Hackett M, Vandal A. Anderson C ve diğerleri 2002, Yıldırım ve Atalay 2002.).

Bu nedenlerle, araştırma, inmeli hastaların ivme sonrası dönemde yaşam kalitelerini tanımlamak ve yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanınılarcı olarak planlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Araştırmanın evrenini, Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Nöroloji Polikliniğine kontrol amaçlı gelen inmeli hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme, Kasım 2001-Mayıs 2002 tarihleri arasında Nöroloji Kliniğinden taburcu olduktan 1 ay sonra kontrole gelen anket sorularını anlayıp cevaplayabilen ve araştırmaya katılmaya istekli 48 hasta oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri, araştırmacıların hazırladığı anket formu ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak araştırmacılar tarafından birebir görüşme tekniği ile toplanmıştır. Anket formu; hastaların sosyo-demografik değişkenleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum, meslek, çocuk sayısı, öğrenim durumu, çalışma durumu, başka bir hastalığı olma durumu ve alışkanlıklarını içeren sorular), günlük yaşam aktiviteleri (yeme-içme beslenme, hareket etme, dönme, pozisyon verme, tuvalete çıkma, ağız bakımını yapma, banyo olma, cinsel yaşamda değişiklik, ilacını içme. sosyal yaşantıda değişiklik, dini inançlarında değişiklik, yürüme-araba ile dolaşma ve ilaç tedavisini sürdürebilmeye ilişkin sorular) ve yaşam kalitesi ölçeğini saptamaya yönelik sorular içeren üç bölümden oluşmaktadır.

SF36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Ware tarafından 1987 yılında geliştirilen SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı olmak üzere 3 temel skaladan ve global yaşam doyumu/kalite alanlarından oluşmaktadır (Pınar 1995).

1 Fonksiyonel Durum

- Sağlık problemlerine bağlı olarak fiziksel aktivitelerin kısıtlanması,
- Emosyonel ve sosyal problemlere bağlı olarak sosyal aktivitelerin kısıtlanması,
- Fiziksel ve sağlık problemlerine bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinin engellenmesi,

- Emosyonel sağlık problemlerine bağlı olarak günlük yaşam aktivite-lerinin yapılınasını engellenmesi.

2-Esenlik

- Mental sağlık (emosyonel gerginlik ve eserilik).
- Beden ağrılan.
- Canlılık/zindelik.

3-Genel Sağlık Anlayışı

- Bir bütün olarak sağlığın değerlendirilmesi,
- Geçen yıl süresince sağlıktaki

SF-36 Yaşam Kalitesi leğfrılın ülkemiz koşullarında geçerlik ve güvenirlikleri Pınar (1995) tarafından yapılmıştır. Hasta grupları dikkate alınmaksızın yapılan değerlendirmede alfa değerleri; 0,92 olarak bulunmuştur (Pınar 1995).

ARAşTIRMANIN UYGULANMASI

E. Tıp Fakültesi Nöroloji Polikliniğine kontrol ve muayene için gelen toplam 48 hastaya birebir görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Anket formunun uygulanmasından önce kurumdan yazılı izin ve hastadan sözel onay alınmıştır. Görüşme süresi 15-20 dakika srmştir.

Araştırmanın bağımsız değerşkenlerini, yaş, cinsiyet ,medeni durum, hastalık yılı, ekonomik durum, oturduğu yer ve çalışma durumu bağımlı değerşkeni ise SF-36 yaşam kalitesi leğinden alınan puan oluşturmuştur.

Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzde dağılımları, aritmetik ortalama, varyans analizi ve ileri analiz olarak Duncan testi kullanılmıştır.

BULGULAR VE TARTIşMA

Araştırma kapsamına alınan hastaların; %43.81 kadın, %56.3% erkek, %41.7'sinin 45-64 yaş grubunda %31.3'ünün 65-74 yaş grubunda olduğu, %70.8'inin evli, %56.3'ünün ekonomik durumunun orta düzeyde %79.2'sinin 1-4 arasında ocuk sahibi olduğu, %70.8'int şehirde oturduğu, %79.2'sinin bir işte çalışmadığı, %60.4'ünün inme dışında başka bir hastalığı olduğu (%12.4' kardiovasküler sistem hastalıkları, %10.4'n böbrek hastalıkları, %8.3'n hipertansiyon), %10.4'ünün sigara içme, %4,2'sinin alkol alma alışkanlığı, D/08,3'ünün

çay içme alışkanlığı olduğu saptanmıştır. Hastaların %39,6'sının 1 yıldır, %20,8'inin 2 yıldır, %27,2'sinin 3 ve üzeri yıldır hasta olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların büyük çoğunluğunun (%97.5) yeme, içme, beslenme, hareket, dönme, pozisyon verme, tuvalete çıkma, idrar ve defekasyon yapma, ağız bakımı, banyo yapma, saç ve baş temizliği, ilacını düzenli alma, yürüyebilme konularında kendilerini yeterli olarak hissettikleri saptanmıştır. Hastaların büyük çoğunluğu (%90-95) cinsel yaşamlarında ve sosyal yaşamlarında değişiklik olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo I. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı.

CİNSİYET	FONKSİYONEL ESENLIK DURUM		GENEL SAĞLIK ANLAYIŞI		GLOBAL YAŞAM KALİTESİ			
	N	X	X	N	Y	N		
Kadın	21	33,57	21	39,14	21	18,66	21	91,38
Erkek	27			38,55	27	38,07	27	19,40
		96,03						
F		0,837	0,226		0,431			0,016
P		>0,05	>0,05		>0,05			>0,05

Hastaların yaşam kalitesi puan ortalamaları ile cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde; cinsiyet ile fonksiyonel durum (F: 0,837, p>0,05), esenlik (F: 0,226, p>0,05), genel sağlık anlayışı (F: 0,431, p>0,05) ve global yaşam kalitesi (F: 0,016, p>0,05) puanlarının erkekler ve kadınlar arasında farklılık göstermediği saptanmıştır. Eski ve Feşçi koroner arter hastalığı olan hastalarla yaptıkları çalışmada erkek hastaların fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi puanları= kadın hastalara göre daha yüksek olduğu- nu saptamışlardır (Eski ve Feşçi 2002). Evans ve ark, Wolcott ve ark. Böbrek hastalarının yaşam kalitesi ile ilişkili yaptıkları çalışmada fonksiyonel durumun kadınlarda erkeklere göre daha iyi olduğunu Ching diyaliz hastalarında yaşam kalitesinin kadınlarda erkeklere göre daha kötü olduğunu saptamışlardır (Evans ve ark 1985. Wolcott ve ark 1988, Ching 2001). Pınar ve arklannın yaptığı çalışmada; fonksiyonel durum ve esenlik puanlarının erkeklerde kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (Pınar ve ark 1995). Akyol ve Karadakovan'ın yaptığı çalışmada; hemodiyaliz hastalarının fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi puanlarının erkek ve kadınlar arasında farklılık göstermediği saptanmıştır (Akyol ve Karadakovan 2001). Hackett ve ark. inrneli hastalarda yaptıkları çalışmada; yaşam kalitesi alt ölçekleri ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (I lackett and others 2002). Bugge ve ark, inmesi hastalarda fonksiyonel durumun erkeklerde kadın-

lara göre daha iyi olduğunu belirlemiştir (Bugge and ark.2001). Hackett ve ark.inmell hastalarda SF-36 yaşam kalitesi puan ortalamalarının kadın hastalarda erkeklere göre daha düşük olduğunu saptamışlardır (Hackett and others 2000).

Tablo 2. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Ahlıklan Puanlara Göre Dağılımı,

YAŞ GRUPLARI	FONKSİYONEL DURUM N	X	ESENLİK	GENEL SAĞLIK ANLAYIŞI	GLOBAL YAŞAM KALİTESİ			
25-44	5	35,60	5	40,80	5	19,80	5	96,20
45-64	20	38,90	20	39,40	20	18,85	20	97,15
65-74	15	34,20	15	36,66	15	19,26	15	90,13
75 üzeri	8	34,62	8	38,50	8	18,87	8	92,00
F	1,085		0,965		0,130		2,345	
p	>0,05		>0,05		>0,05		>0,05	

Hastaların yaş gruplarına göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların dağılımı incelendiğinde: genel olarak puan ortalamaları arasında büyük farklılıkların ve yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Bugge ve ark.yaş ilerledikçe fonksiyonel durumun kötü algılandığını, vücut ağırlarının artması nedeniyle fiziksel fonksiyonda azalmaya ve günlük yaşam aktivitelerini yapmada yetersizliğe neden olduğunu saptamıştır (Bugge and ark. 2001). Hackett ve ark. Inmell hastalarda yaşam kalitesi ile yaş grupları arasında ilişki olmadığını belirlemiştir (Hackett and ark.2002). Eski ve Fesel yaş gruplarına göre fonksiyonel durum ve genel sağlık anlayışı alanına ilişkin alınan puanların dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı, esenlik ve global yaşam kalitesine ilişkin puanlar arasında ise anlamsız bir ilişki olduğunu saptamışlardır (Eski ve Fesel 2002). Yıldırım ve Atalay hastaların yaşlarına göre fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alanına ilişkin puanlar arasında farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğunu bulmuşlardır (Yıldırım ve Atalay 2002). Hackett ve ark yaş grupları ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirlemişlerdir (Hackett and ark. 2000). Akyol ve Kardakovan hasta yaşı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır (Akyol ve Kardakovan 2002). Pınar'ın çalışmasında yaşam kalitesinin üç ana bölümü ve global yaşam kalitesi ile yaş arasında yüksek düzeyde anlamlılık olduğu saptanmıştır (Pınar 1995). Christensen ve ark. Wolcott ve ark. Ching yaptıkları çalışmada yaş ilerledikçe yaşam kalitesi alanlarında azalma olduğunu belirlemişlerdir (Christensen and others 1989, Wolcott and others 1988, Ching 2001).

Tablo 3'te hastaların medeni durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Evli olan hastaların fonksiyonel durumunun bekar ve dul olanlara göre daha yüksek olduğu, esenlik puan ortalamaları arasında farklılık olmadığı, genel sağlık anlayışının bekar ve dul olanlara göre düşük ve global yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Medeni durum ile fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilememiştir. Akyol ve Karadakovan hemodiyaliz hastalarında medeni durum ile yaşam kalitesi ve tüm yaşam alanları arasında farklılık olmadığını saptamıştır (Akyol, Karadakovan 2002). Pınar yaptığı çalışmada bekar olanların global yaşam kalitelerinin evli ve dul olanlara göre daha yüksek olduğunu saptamıştır (Pınar 1995). Ching medeni durum ile yaşam kalitesi alanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirlemiştir (Ching 2001).

Tablo 3. Hastaların Medeni Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı.

MEDENİ DURUM	FONKSİYONEL DURUM		ESENLIK		GENEL SAĞLIK ANLAYIŞI		GLOBAL YAŞAM KALİTESİ	
	N	X	N	X	N	X	N	X
Evli	34	37,85	34	38,61	34	18,58	34	95,05
Bekar	3	34,66	3	38,33	3	21,33	3	94,33
Dul	11	32,27	11	38,36	11	20,00	11	90,63
F		2,004		0,01		1,533		1,107
p		>0,05		>0,05		>0,05		>0,05

Tablo 4. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı.

EĞİTİM DURUMU	FONKSİYONEL DURUM		ESENLIK		GENEL SAĞLIK ANLAYIŞI		GLOBAL YAŞAM KALİTESİ	
	N	X	N	X	N	X	N	X
Okur-Yazar Değil	7	30,57	7	39,57	7	19,71	7	89,85
ilkokul	14	36,21	14	39,57	14	18,14	14	93,92
Ortaokul	10	38,30	10	36,00	10	18,80	10	93,10
Lise	9	37,44	9	37,44	9	20,00	9	94,88
Y.Okul/Fakülte	8	38,12	8	40,25	8	19,50	8	97,87
F		1,14		0,940		0,548		0,854
p		>0,05		>0,05		>0,05		>0,05

Hastaların eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların dağılımı incelendiğinde; okur-yazar olmayan hastaların fonksiyonel durum puanları= ilkokul, ortaokul, lise ve y.okul/ fakülte mezunu olanlardan daha düşük olduğu, esenlik puanları=

ortaokul, lise mezunu olanlardan yüksek, genel sağlık anlayışı puanlarının ilkokul, ortaokul ve y.okul/fakülte mezunu olanlardan yüksek global yaşam kalitesi puanlarının ilkokul, ortaokul, lise ve y.okul/ fakülte mezunlarından düşük olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyi yüksek olanlarda global yaşam kalitesi puan ortalamaları yüksek olarak saptanmıştır. Ancak yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı bir ilişki elde edilememiştir. Eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi puanlarının artması beklenen bir sonuç olmakla birlikte çalışmada bu sonucun elde edilememesinde grupların puan ortalaması dağılımlarının bir birine yakın olmasının etken olduğu düşünülmüştür. Eski ve Fesei çalışmalarında: okur-yazar olmayan hastaların global yaşam kalitesi puanlarının ilkokul ve ortaokul mezunu olan hastalara göre daha düşük olduğunu lise mezunu olanların tüm yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların daha yüksek olduğunu saptamışlardır (Eski ve Fesei 2002). Yıldırım ve Atalay'ın yaptığı çalışmada: hastaların eğitim durumu ile fonksiyonel durum, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi arasında anlamsız esenlik ile anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Yıldırım ve Atalay 2002). Akyol ve Karadakovan, hastaların eğitim durumu ile yaşam kalitesinin tüm alanları ve global yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını saptamışlardır (Akyol ve Karadakovan 2002).

Tablo 5. Hastaların Ekonomik Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı.

EKONOMİK DURUM	FONKSİYONEL DURUM		ESENLIK		GENEL SAĞLIK ANLAYIŞI		GLOBAL YAŞAM KALİTESİ	
	N	X	N				N	
İyi	11	41,00	11	36,00	11	19.63	11	96.63
Orta	28	35,14	28	39,60	28	18.78	28	93.53
Kötü	6	36,66	6	39,00	6	19.16	6	94.83
Çok Kötü	3	30,33	3	37,00	3	19.66	3	87.00
F	1,967		1,170		0,200		1,058	
P	>0,05		>0,05		>0,05		>0,05	

Hastaların ekonomik durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanlara göre dağılımı incelendiğinde; ekonomik durumu iyi olanların fonksiyonel durum puanlarının yüksek, esenlik puanlarının düşük, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında yapılan istatistiksel analizde farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır. Hastaların ekonomik durumunun iyi olması; fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi üzerine olumlu etki yaratması yaşam kalitesinin artmasını sağlamaktadır.

Tablo 6. Hastaların Çalışma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı.

ÇALIŞMA DURUMU	FONKSİYONEL DURUM		ESEN LİK		GENEL SAĞLIK ANLAYIŞI		GLOBAL YAŞA M KALİTESİ	
	N	X	N	X	N	X	N	X
	Çalışan	7	41,87	7	39,71	7	18,85	7
Çalışmayan	38	35,81	38	38,63	38	19,10	38	93,55
Part-time	3	30,66	3	34,66	3	19,33	3	84,66
F	2.43		0,85		0.025		4,308	
P	>0,05		>0,05		>0,05		<0,05	

Hastaların çalışma durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanlara göre dağılımı incelendiğinde; çalışan hastaların fonksiyonel durum, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesinin, çalışmayan hastaların ise global yaşam kalitesinin yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların çalışma durumuna göre fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız, global yaşam kalitesi arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Eski ve Fesci çalışan hastaların yaşam kalitesinin daha iyi düzeyde olduğunu ve anlamlı sonuçlar elde edildiğini belirtmişlerdir (Eski ve Fesci 2002).

Tablo 7. Hastaların Oturdukları Yere Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı.

OTURDUKLARI YER	FONKSİYONEL DURUM		ESEN LİK		GENEL SAĞLIK ANLAYIŞI		GLOBAL YAŞA M KALİTESİ	
	N	X	N	X	N	X	N	X
	Köy	5	37,00	5	36,60	5	17,60	5
Kasaba	9	38,77	9	37,11	9	17,55	9	93,44
Şehir	34	35,64	34	39,20	34	19,70	34	94,55
F	0.505		0,809		2.170		0.346	
P	>0,05		>0,05		>0,05		>0,05	

Şehirde yaşayan hastaların köy ve kasabada yaşayan hastalara göre esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi puanları= yüksek, fonksiyonel durumun düşük olduğu saptanmıştır. Yaşanılan yere göre, yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Eski ve rese çalışmalarıda yaşanılan yer ile fonksiyonel durum ve global yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptarmışlardır. Şehirde yaşayanların yaşam koşullarını yükseltici olanaklara ulaşabilmelerinin kolay olması, sağlığı geliştirici konulara ulaşmada kaynak sıkıntısının olmaması ve kültürel değerlerin baslusunun daha az olmasının bu sonuçta etken olduğu düşünülmüştür (Eski ve Fesci 2002).

Tablo 8. Hastaların Hastaneye Yatışı Sayısına Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı.

HASTANEYE YATIŞ SAYISI N	FONKSİYONEL DURUM		ESENLİK		GENEL SA ĞLIK ANLAYIŞI		GLOBALYAŞA M KALİTESİ	
	N	X	N	X	N	X	N	X
Hiç Yatn	8		8		8		8	
ayan	35,82		39,99		19,62		5,50	
Bir kez yatan	28		28		28		28	
iki kez yatan	37,45		41,13		18,35		5,32	
Üç kez yatan	9		9		9		9	
F								

Hastaların hastaneye yatış sayısına göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanlara göre dağılımı incelendiğinde; hastaneye hiç yatmayan hastaların global yaşam kalitelerinin, bir kez yatanların fonksiyonel durumlarının ve esenliğin, üç kez yatanların genel sağlık anlayışının yüksek olduğu ve yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır. Bu durumda; hastanede yatmanın bireylerde gerginlik, endişe ve sinirlilik yaratmanın yanında günlük yaşam aktivitelerini yapabilme ve kaybedilen fiziksel, sosyal ve psikolojik fonksiyonların geri dönüşünü sağlaması nedeniyle hastane-de yatışın olumsuzluklar' yanında olumlu sonuçlarının var olmasının etken olduğu düşünülmüştür. Eski ve Fescinin yaptıkları çalışmada; daha önce hastanede yatmayan hastaların yaşam kalitesi alanları ve global yaşam kalitesinin yüksek olduğu saptanmıştır (Eski ve Fesci 2002). Pınar'ın yaptığı bir başka çalışmada ise; ayaktan tedavi gören hastaların yaşam kalitesinin yatarak tedavi gören hastalardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Pınar 1995).

Tablo 9. Hastaların Hastalık Yılına Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı.

HASTALIK YILI	FONKSİYONEL DURUM		ESENLiK		GENEL. SA ĞLIK ANLAYIŞI		GLOBALYAŞA M KALİTESİ	
	N	X	N	X	N	X	N	X
0-12 ay	6	34,48	6	58,48	6	20,32	6	66,16
1 yıl	19	17,88	19	53,97	153	19,25	19	95,05
2 yıl	10	36,40	10	50,53	10	19,20	10	94,10
3 yıl	3	37,65	3	31,99	3	17,32	3	87,00
4 yıl	10	34,20	10	40,10	10	18,40	10	92,70
F		1,86		0,81		1,46		0,59
P		>0,05		>0,05		>0,05		>0,05

Hastaların hastalık yılı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; hastaların ilk bir yıl içindeki esenlik, genel sağlık anlayışı ve

global yaşam kalitesi puanlarının, hastalığı üç yıldır varolanların ise fonksiyonel durumlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların hastalık yılı ve yaşam kalitesi alanları ile global yaşam kalitesi puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 9). Bu sonuçta; hastaların akut olarak sağlığını tehdit eden ve fonksiyonel yetilerinin (konuşma, yürüme, yemek yeme gibi) bir anda kaybolması ve hastanede müdahale sonrası bir kısmının yada tamamının geri dönmesi bireylerin algılanan yaşam kalitesi alanlarını ve global yaşam kalitesinin yüksek olmasına yol açtığı düşünülmüştür.

Hackett ve ark. inmeli hastalarda yaşam kalitesi puanlarını uzun dönemdeki sonuçlarını incelemişler ve normal popülasyonclaki bireylere göre fiziksel yetersizliklerine rağmen daha uyumlu olduklarını saptamışlardır (Hackett and others 2000). Akyol ve Karadakovan'ın yaptığı çalışmada; hastalık yaşı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (Akyol ve Karada-kovan 2002). Pınar'ın yaptığı çalışmada hastalık süresinin artmasına paralel olarak yaşam kalitesinin her alanında ve global yaşam kalitesi-nin azaldığı ve bu azalmanın her alanda ileri derecede anlamlı olduğunu saptamıştır (Pınar 1995). Pınar ve ark, Christensen ve ark, Wolcott ve ark. hemodiyaliz hastalarının hastalık süresi arttıkça yaşam kalitesinin her alanında anlamlı derecede azalma olduğunu saptamışlardır (Pınar ve ark 1995; Christensen ve ark.1989; Wolcott ve ark.1988).

Hastaların yaşam kalitesi alanlarının alt maddeleri ile global yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; global yaşam kalitesi ile fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon,rol fonksiyonu (fiziksel), rol fonksiyonu (emosyonel) mental sağlık, zinde yorgunluk arasında anlamlı, ağrı, genel bakış açısı ve geçen yıl boyunca sağlıktaki değişiklikler arasında ise anlamsız bir ilişki olduğu saptanmıştır (tablo 10).

İnme sonrası yaşam kalitesini saptamak amacıyla yapılan bir başka çalışmada; hastaların inmeden bir yıl sonraki dönemde fiziksel fonksiyonları ve fiziksel rol sınırlamalarının anlamlı diğer yaşam kalitesi alanlarında ise anlamsız ilişki olduğu saptanmıştır ([http:// hercules.oulu.f./isbn](http://hercules.oulu.f./isbn)), Bugge ve ark. hastaların vücut ağrıları nedeniyle canlılıklarında azalma olduğunu ve bunun rehabilitasyonla ilgili girişimlerin daha fazla yapılmasını gerektirdiğini vurgulamıştır (Bugge ve ark. 2001). Williams ve ark. inmeli hastalarda yaşam kalitesi alanlarında ve global yaşam kalitesi arasında inme sonrası ilk bir ay ile üç ay içinde anlamlı ilişki olduğunu saptamışlardır (Williams ve ark. 2001).

Tablo 10. Hastaların Yaşam Kalitesi Alonlarının Alt Maddeleri ile Global Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin incelenmesi.

FONKSİYONEL DURUM	N	R	P
1-Fiziksel Fonksiyon	48	0.631	<0,05
2-Sosyal Fonksiyon	48	0.431	<0,05
3-Rol Fonksiyonu (fiziksel)	48	0.363	<0,05
4-Rol Fonksiyonu lErnosyonel)	48	0.410	<0,05
ESENlİK			
1-Menüll sağlık	48	0.525	<0,05
2-Zindelik iyorguulluk	48	0.380	<0,05
3-Ağri	48	-0.140	>0,05
GENEL SAĞLIK ANLAYIŞI			
1-Genel bakış açısı	48	0.130	>0,05
2-Geçen yıl boyunca sağlıktaki değışiklik	48	0.106	>0,05

İnrrmeli hastalarda yaşam kalitesini saptamaya yönelik çalışmalarda; hastalığın kendine özgü serriptomlarının olması, bilgi toplama yöntemlerinin yeterli olmaması, hastalığa özgü geliştirilen ölçeklerin sınırlı olması ve hala deneme aşamasında olması gibi pek çok sorun alanı bulunmaktadır (<http://hercules.oulu.fliisbn>). Ancak yaşam kalitesini saptamaya yönelik geliştirilen ölçeklerin SF-36, RAND-36 ve SSQ01., (inmeli hastalarda hastalığa özgü yaşam kalitesi indeksi). kullanımında geçerlik ve güvenilirliği saptanmıştır (<http://hercules.oulu.fliisbn>, [http://w".den.ed.ac.uk](http://w))SF-36'nın inneli hastalarda geçerli ve güvenilir olduğu ve (<http://hercules.ouluiliisbn>). SSC)01, için ise kullanırnda daha hassas bilgilere ve çalışmalara gereksinim olduğu bildirilmektedir (<http: iwww.d en. e d. ac, u k>).

Inmell hastalarda yaşam kalitesi ile ilgili 1985-2000 yılı arasında yapılan çalışmaları inceleyen bir çalışmada; yaşam kalitesi ile ilgili 67 makaleye/çalışmaya ulaşılmıştır. Buradan elde edilen sonuçlara göre: inmell hastalarda maliyet etkinliğinin yaşam kalitesine olan etkisini araştırmaya ve yaşam kalitesi ile ilgili çalışmaların artırılmasına gereksinim olduğu saptanmıştır. Ülkemizde inmeli hastalarda yaşam kalitesine yönelik olarak yapılan çalışmalara ulaşılarıdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; hastaların yaşam kalitesini cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, oturulan yer, hastalık yılı ve hastaneye yatış sayısının etkilemediği, çalışma durumunun global yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Hastaların fonksiyonel durumun ve esenliğin global yaşam kalitesi üzerine etkili olduğu belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre;

- Hemşirelerin inmeli hastalara bakım verme sürecinde ve taburcu olduktan sonra izlem sırasında hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörleri dikkate alarak bakım sunmaları,
- İnmeli hastalara ve yakınlarına risk faktörleri konusunda eğitim ve danışmanlık programlarının düzenlenmesi,
- Uygulanan tedavi ve bakımın hastaların yaşam kalitesine olan etkisinin ölçülmesi ve bu sonuçlara göre değerlendirme yapılması,
- Araştırmanın inmeli hastalarda bir, üç, altı aylık zaman dilimlerini içerek şekilde yeniden yapılması,
- Benzer çalışmanın daha büyük popülasyonda, hastalığa özgü olarak geliştirilen SS901, ölçeği ile tekrarlanması yararlı olacağı düşünülmüş ve önerilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Akyol A, Karadakovan K (2002). Hernodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesi ve öz-Bakım Gücü İle Bunlar Üzerine Etkili Değişkenlerin İncelenmesi. Ege Tıp Dergisi, 41 (2), 97-102.
2. Akyol A (1992). Hernodiyalize Giren Hastalarda Yaşam Kalitesi:11n Belirlenmesi ve Bilgilendirici Hernşirelik Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. E.0 Y.1. Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü İzmir.
3. Alexa S.Seraphine A,Roberts G (2000). An Explanatory Model of Health Promotion and quality of Life in Chronic Disabling Conditions. Nursing Research .49(3), 122-129.
4. Bugge C,Hagen S,Alexandr H (2001). Measuring Stroke Patients'Health Status In The Early PostStroke Phase Using The SF-36.International Journal of Nursing Studies, 38. 310-327.
5. Burton C (2000). A Description of The Nursing Role In Stroke Rehabilitation. Journal of Advanced Nursing, 32 (1). 174-181.
6. Eski S. Fesci H (2000).Myokard İnfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Dergisi, 4 (1), 15-28.
7. Hackett M, Varicial A. Anderson C and Others (2002).Long-Term Outcome in Stroke Patients and caregivers Following Accelerated Hospital Discharge and Home-Based Rehabilitation .Stroke. 33. 643.
8. Hackett M, Duncan Jr Anders C and Others (2000). Health Related Quality of Life Among Long-Term Survivors of Stroke. Stroke. 31. 440. <http://www.stroke.aha.org/journals.org> (erişim tarihi: Kasım 2002).
9. İnce. <http://m.geocities.com> İğnso200 /hastalık.
10. Kumral K. Özdamar N (2002). Nöroloji-Nöroloji. Ege üniversitesi Basımevi, 2. Baskı, 155-170.
11. Pınar R (1995). Diyabetes Mellituslu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Doktora Tezi. İstanbul.

12. Pınar R, Çınar S, İşsever H ve diğerleri (1995). Hemodiyalize Devam Eden ve Transplant Olan Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastaların Yaşam kalitelerinin Karşılaştırılması. Çınar, 1 (3). 1-6.
13. ----- Post-Stroke Quality of Life. <http://hereules.oulti.11> (erişim tarihi: 2002).
14. ----- Quality of Life. <http://hercides.oulu.fi> (erişim tarihi: 2002).
15. ----- Stroke. Prevention and Treatment. <http://www.v.nia.nih.gov/healthil> (erişim tarihi: 2002).
16. ----- Stroke Fact Sheet. <http://www.cdc.gov.tr> (erişim tarihi: 2002).
17. Tengs T, Yu M, Luistro E (2001). Health-Related Quality of Life After Stroke A Comprehensive Review. Stroke, 32: 964,
 18. ----- What is Stroke? <http://www.strokeassociation.org> (erişim tarihi: 2001).
 19. ----- What Is Stroke Awareness. <http://www.bbe.eo.tık> (erişim tarihi: 2001).
 20. ----- What is Stroke ? <http://www.lifeelinie.com> (erişim tarihi: 2002).
21. Williams S, Weinberger M, Harris LE and others (2000). A Stroke Specific Measure of Quality of Life. <http://www.dcn.ed.ac.uk> (erişim tarihi: 2002).
22. Yıldırım N, Atalay M (2002). Koroner Arter By Pass Ameliyatı Olan Hastaların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Hemşirelikte Araştırma Dergisi. 4 (1). 52-64.