T.C.

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

İNMELİ HASTALARDA TRAVMA SONRASI BÜYÜMENİN, RUMİNASYON DÜZEYLERİNİN VE YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sergen YILMAZER

İstanbul

Ocak-2025

T.C.

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

İNMELİ HASTALARDA TRAVMA SONRASI BÜYÜMENİN, RUMİNASYON DÜZEYLERİNİN VE YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sergen YILMAZER

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER

İstanbul

Ocak-2025

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER

Üye Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Üye Doç. Dr. Hatice KARABUĞA YAKAR

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Erhan İÇENER

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım **"İnmeli Hastalarda Travma Sonrası Büyümenin, Ruminasyon Düzeylerinin ve Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi**" adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Sergen YILMAZER

ÖNSÖZ

Bilgi ve deneyimleriyle bize her zaman destek olan Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK'e,

Eğitim süresince değerli katkıları ile yol gösterici olan, tezimi hazırlarken bilgi ve deneyimlerini aktaran sayın danışman hocam Doç. Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER'e,

Yüksek lisans yolcuğumda her daim yanımda olan annem, babam ve kız kardeşime ve de her konuda destekçim olan İlknur YEŞİLBAŞ'a teşekkürlerimi sunarım.

Sergen YILMAZER

İstanbul- 2025

ÖZET

İNMELİ HASTALARDA TRAVMA SONRASI BÜYÜMENİN, RUMİNASYON DÜZEYLERİNİN ve YAŞAM KALİTELERİNİN İNCELENMESİ

Sergen YILMAZER

Yüksek Lisans, İç Hastalıkları Hemşireliği

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER

Ocak, 2025 -98 Sayfa

Bu çalışma, inmeli hastalarda travma sonrası büyümenin, ruminasyon düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tasarlanmıştır. Şubat-Haziran 2024 tarihleri arasında nöroloji ve fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniğine başvuran 200 inme hastası ile düzenlenmiştir. Araştırma verileri Kişisel Bilgi Formu, Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE), Olay İlişkili Ruminasyon Ölçeği (OİRÖ), İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (İÖYKÖ) ile yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır. Hastaların %84'ü protez kullanmamakta, %58,5'i iskemik inme tanısı almış ve %35,5'inde sol bölge inmeden etkilenmiş, yemek yeme işlemlerinde %50 bağımsız, kişisel bakımda %41 kısmi bağımlı bulunmuştur. Hastaların, benlik algısında değişim ortalaması 25,52±11,22, yaşam felsefesinde değişim ortalaması 11,32±5,96, başkalarıyla ilişkilerde değişim ortalaması 14,77±6,3, travma sonrası büyüme ölçek ortalaması 51,61±21,96, istemsiz ruminasyon ortalaması 20,28±7,02, istemli ruminasyon ortalaması 19,46±6,4, aktiviteler ortalaması 2,7±0,96, sosyal aile rolleri ortalaması 2,35±1,07, dil ortalaması 3,29±1,14, vizyon ortalaması 3,22±1,1, enerji ortalaması 2,63±1,01, model ortalaması 2,49±1,08, kişilik ortalaması 2,61±1,06, düşünme ortalaması 2,68±1,02 ve inmeye özgü yaşam kalitesi 1,83±0,57'dir. Bağımsız değişkenlerin İÖYKÖ üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çoklu lineer regresyon analizinde; travma sonrası büyüme gösteren hastaların yaşam kaliteleri yükselirken, istemsiz ruminasyon gösteren hastalarda yaşam kalitesi düşmektedir. Sonuç olarak hastaların travma sonrası büyümesi yüksek, ruminasyon düzeyleri orta ve yaşam kalitesi düzeyleri düşük düzeyde bulunmuştur. Travma sonrası büyüme arttıkça inmeye özgü yaşam kalitesinin

arttığı, ancak istemsiz ruminasyon arttıkça inmeye özgü yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: İnme, Travma Sonrası Büyüme, Ruminasyon, Yaşam Kalitesi, Hemşirelik

ABSTRACT

EXAMİNATİON OF POST-TRAUMATIC GROWTH, RUMINATION LEVELS AND QUALITY OF LIFE IN STROKE PATIENTS

Sergen YILMAZER

MSc, Medical Nursing

Thesis Advisor: Assoc. Prof. Dr. Zülfünaz ÖZER

January, 2025 – 98 Pages

This study was designed to investigate post-traumatic growth, rumination levels and quality of life in stroke patients. This descriptive and correlational study was conducted with 200 stroke patients who applied to the neurology and physical therapy and rehabilitation outpatient clinic between February and June 2024. The research data were collected through Personal Information Form, Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI), Event-Related Rumination Scale (ERRS), Stroke-Specific Quality of Life Scale (SSQL) and face-to-face interviews. Of the patients, 84% did not use a prosthesis, 58.5% were diagnosed with ischemic stroke, 35.5% had a stroke on the left side, 50% were independent in eating, and 41% were partially dependent on personal care. The mean change in patients' self-perception were 25.52±11.22, the mean change in philosophy of life was 11.32±5.96, and the mean change in relationships with others was 14.77±6.3, post-traumatic growth scale mean 51.61±21.96, involuntary rumination mean 20.28±7.02, voluntary rumination mean 19.46±6.4, activities mean 2.7±0.96, the mean of social family roles was 2.35±1.07, the mean of language was 3.29±1.14, the mean of vision was 3.22±1.1, the mean of energy was 2.63±1.01, the mean of model was 2.49±1.08, the mean of personality was 2.61±1.06, the mean of thinking was 2.68±1.02 and the mean of stroke-specific quality of life was 1.83±0.57. In the multiple linear regression analysis performed to determine the effect of independent variables on the SSQL, the quality of life of patients who showed post-traumatic growth increased, while the quality of life of patients who showed involuntary rumination decreased. As a result, the patients' post-traumatic growth was

found to be high, rumination levels were moderate and quality of life levels were low. It has been determined that stroke-specific quality of life increases as post-traumatic growth increases, but stroke-specific quality of life decreases as involuntary rumination increases.

Key Words: Stroke, Post-Traumatic Growth, Rumination, Quality of Life

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... **i**
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ ..... **ii**
ÖNSÖZ ..... **iii**
ÖZET ..... **iv**
ABSTRACT ..... **vi**
İÇİNDEKİLER ..... **viii**
TABLOLAR LİSTESİ ..... **x**
KISALTMALAR LİSTESİ ..... **xii**
BİRİNCİ BÖLÜM **1**
GİRİŞ **1**

İKİNCİ BÖLÜM **4**
GENEL BİLGİLER **4**
2.1. İnme Tanımı 4
2.2. İnme Epidemiyolojisi 4
2.3. İnme Etyolojisi 5
2.4. İnme Patofizyolojisi 5
2.5. İnme Risk Faktörleri 6
2.6. İnme Belirti ve Bulguları 8
2.7. İnme Tedavisi 10
2.8. İnmede Hemşirelik Yönetimi 11
2.9. Travma Sonrası Büyüme ve İnme 13
2.10. Ruminasyon ve İnme 15
2.11. Yaşam Kalitesi ve İnme 16

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM **18**
GEREÇ VE YÖNTEM **18**
3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı 18
3.2. Araştırmanın Soruları 18
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 18
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 18

3.5. Veri Toplama Araçları 19
3.5.1 Kişisel Bilgi Formu 19
3.5.2 Travma Sonrası Büyüme Envanteri.....19
3.5.3 Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri 19
3.5.4 İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği 20
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....21
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu 21

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM 22
BULGULAR 22

BEŞİNCİ BÖLÜM.....56
TARTIŞMA.....56
ALTINCI BÖLÜM 62
SONUÇ ve ÖNERİLER.....62
KAYNAKÇA.....63
EKLER.....74

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1: Hastane Öncesi İnme Skalası (Fast) 8

Tablo 2.2: Cincinatti Hastane Öncesi İnme Skalası (CPSS)..... 9

Tablo 2.3: Los Angelos Hastane Öncesi İnme Skalası (LAPSS) 9

Tablo 4.1: Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri 22

Tablo 4.2: Bireylerin Hastalığa İlişkin Özellikleri 23

Tablo 4.3: Bağımsızlık Düzeylerinin Değerlendirilmesi 24

Tablo 4.4: Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Değerlendirmeleri 25

Tablo 4.5: Cinsiyete Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması 26

Tablo 4.6: Eğitim Durumuna Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması 27

Tablo 4. 7: Medeni Durumuna Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması 29

Tablo 4. 8: Çalışma Durumuna Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması 30

Tablo 4. 9: Gelir Durumuna Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması 32

Tablo 4. 10: Beraber Yaşanan Kişiye Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması 35

Tablo 4. 11: Sigara Kullanım Durumuna Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması.....38

Tablo 4. 12: Alkol Kullanma Durumuna Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması.....39

Tablo 4. 13: Egzersiz Yapabilmesine Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması 40

Tablo 4. 14: Kronik Hastalık Durumuna Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması.....42

Tablo 4. 15: Protez Kullanma Durumuna Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması.....43

Tablo 4. 16: Tanı Durumuna Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması 44

Tablo 4. 17: İnme Nedeniyle Etkilenen Bölgeye Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması.....47

Tablo 4. 18: Yaş, İnme Tanı Alma Zamanı İle Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Korelasyon Analizi 50

Tablo 4. 19: Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Korelasyon Analizi.....52

Tablo 4. 20: Bağımsız Değişkenler İle Ssqol Anlaşılması İçin Çoklu Lineer Regresyon Analizi Bulguları 55

KISALTMALAR LİSTESİ

ATP: Adenozin Tri Fosfat

CDC: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi

CPSS: Cincinatti Hastane Öncesi İnme Skalası

DALY: Engelliliğe Göre Ayarlanmış Yaşam Yılları

EVT: Endovasküler Tedavi

FAST: Hastane Öncesi İnme Skalası

İÖYKÖ: İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği

LAPSS: Los Angeles Hastane Öncesi İnme Skalsı

LVO: Büyük Damar Tıkanıklığı

OİRE: Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri

SPSS: Statistical Package Social Sciences

SSQOL: İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği

TOAST: Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment

TSB: Travma Sonrası Büyüme

TSBE: Travma Sonrası Büyüme Envanteri

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: World Healt Organzation

WHOQOL: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubu

BİRİNCİ BÖLÜM
GİRİŞ

Serebrovasküler hastalıklar, beynin bir bölgesinin iskemik (kan akışının azalması) veya hemorajik (kanama) nedenlerle geçici ya da kalıcı olarak etkilenmesi veya beyni besleyen damarların patolojik tutulumuyla karakterize olan tüm hastalıkları ifade eder. İnme, beyin kan akışının bozulması sonucu, vasküler bir nedenden bağımsız olarak ani bir şekilde gelişen, 24 saatten uzun sürebilen veya ölümle sonuçlanabilen, fokal ya da yaygın nörolojik defisitlerle kendini gösteren bir durum olarak tanımlanabilir (Yetişgin ve Satış, 2019). İnme; komplikasyon ve yetersizliklere yol açabilen, yüksek bakım ve tedavi maliyeti olan klinik bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (Civelek ve Afşar, 2017). İlk 10 ölüm nedenleri arasında inme ikinci sırada yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) oluşturduğu istatistiksel verilere bakıldığında, WHO'ya göre her yıl 12 milyon insanın inme geçirdiği ve 6,6 milyar insanın inme nedeni ile hayatını kaybettiğini belirtmektedir (WHO, 2024). Türkiye İstatistik Kurumu 2020 verileri baz alındığında, ülkemizde dolaşım sistemi hastalıkları ölüm sebepleri arasında ilk sırada yer almaktadır ve dolaşım sistemi hastalıkları kaynaklı ölümlerin ise %19,2 serebrovasküler hastalıklar oluşturmaktadır (TÜİK, 2023).

İnme ani gelişmesi, kontrol edilemez oluşu ve olağan rutini bozduğundan başlı başına bir travmatik olaydır (Peng ve Wan, 2018). Travma, ölüm veya ölüm tehdidinin bulunduğu, bireyin fiziksel veya yaşamsal bütünlüğe yönelik bir tehdidin ortaya çıkması gibi beklenmedik, kişinin uyum sağlayıcı baş etme yollarını felç eden olaylar olarak tanımlanmaktadır. Oldukça stresli olaylar ya da büyük yaşam olayları (ciddi hastalık, trafik kazası, bir yakının ya da sevilen birinin ölümü, işsizlik, boşanma vb.) yıkıcı durumlara ve çeşitli davranışsal, psikolojik ve duygusal olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir (Duman, 2019). Travma sonrası büyüme (TSB), travmatik olay yaşandıktan sonra, olumsuz reaksiyonların geliştirilmesi yerine, daha olumlu bir büyüme ya da gelişmeyi ifade etmektedir (Erten ve Kocakaya, 2020). TSB, hastalarda stres yaratan olayları fark etme sürecini kolaylaştırabilmekte, hasta ve yakınlarında olumlu bir bakış açısı oluşturabilmekte ve yaşam biçimlerini değiştirebilmektedir. Bu kavram, bireylerin duygusal ve bilişsel yaşamlarında davranış ve işlevlerini olumlu yönde etkileyen anlamlı değişiklikler yaratmaktadır (Rahimi vd., 2016; Weiss ve Berger, 2010). İnme gibi beklenmedik zamanda gerçekleşen durumlar hastada travma yaratmakta ve bu travmalara hastalar farklı şekillerde cevap verebilmektedir (Öztürk

ve Uluşahin, 2020). Travma sonrası büyüme, genel olarak yaşam için artan bir takdir, daha anlamlı kişiler arası ilişkiler, artan kişisel güç duygusu, değişen öncelikler ve daha zengin varoluşsal ve manevi bir yaşam yaratabilir (Kelly vd., 2018).

Bireylerin hayatında meydana gelen travmatik olaylar ruminatif düşüncelere yol açar. Başlangıçta bu düşünceler girici/istemsiz nitelikte iken, zamanla kişinin olayı anlamlandırmasını sağlayan amaçlı/istemli düşüncelere dönüşebilmektedir. Girici/istemsiz ruminasyon, *"birey aklına getirmek istemediği halde zihnini meşgul eden, tekrarlayıcı ve zorlayıcı düşünceler"*; amaçlı/istemli ruminasyon ise "*kişinin kendi isteğiyle olay hakkında düşünerek olayı ve sonuçlarını anlamlandırmaya çalıştığı bilişsel süreç"* şeklinde tanımlanmaktadır (Cann vd., 2011). İnme ani gelişmesi, kontrol edilemez oluşu ve olağan rutini bozduğundan başlı başına bir travmatik olaydır. İnmeli hastalarda yaşadıkları zihinsel problemlerden dolayı, derin düşünme düşüncelere dalma ya da bir şeyler üzerine kafa yordukları için ruminasyon üzerinde durulması gereken bir noktadır (Peng ve Wan, 2018). Ruminatif düşünceler, bazen bireyin isteğiyle, bazen de istemsiz bir şekilde ortaya çıkabilir ve bu durum, kişilerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir (Öcalan vd., 2020).

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini, bireyin hem içinde bulunduğu kültürel yapı ve değerler çerçevesinde, hem de kendi hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygıları doğrultusunda, yaşamındaki durum hakkında sahip olduğu kişisel algı olarak tanımlamaktadır (WHO, 2012). İnme ve beraberinde gelen sakatlık, günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Alisawi vd., 2024). İnmenin sebep olduğu ciddi bilişsel, fiziksel ve psikolojik (yemek yeme, öz bakım, giyinme gibi faaliyetlerinde; uyku, kas gücü, enerji ve hafıza gibi faaliyetlerinde azalma, psikolojik olarak anksiyete ve depresyon gibi) komplikasyonları vardır. Bu sekeller bireyin daha önceki hayatında yaptığı sosyal aktiviteleri, aile içi aktivitelerini ve üzerine düşen rolleri yerine getirilmemesine sebep olur. Bu rutinin bozulması inmeli hastalarda yaşam kalitesini düşürmektedir (Bal ve Koç, 2020; Ceyhan vd., 2022).

Yaşam kalitesi hastanın sağlığının değerlendirilmesi için üzerinde durulması gereken bir kavramdır (Mustafaoğlu vd., 2021). İnmeli bireylerin güçlendirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması hemşirelik bakımının önemli hedefleri arasındadır (Bal ve Koç, 2020). Hemşireler, hastaların günlük yaşamlarını yeniden düzenlemelerine ve baş etme süreçlerini yeniden yapılandırmalarına yardımcı olmanın yanı sıra, duygusal destek, cesaretlendirme ve rahatlatma gibi konularda önemli bir rol oynamaktadır (Hodler vd.,

2020). Bu bilgiler ışığında çalışma inmeli hastalarda travma sonrası büyümenin, ruminasyon düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

İKİNCİ BÖLÜM
GENEL BİLGİLER

2.1. İnme Tanımı

Serebrovasküler hastalıklar, beynin bir bölgesinin iskemik (kan akışının azalması) veya hemorajik (kanama) nedenlerle geçici ya da kalıcı olarak etkilenmesi veya beyni besleyen damarların patolojik tutulumuyla karakterize olan tüm hastalıkları ifade eder. İnme, beyin kan akışının bozulması sonucu, vasküler bir nedenden bağımsız olarak ani bir şekilde gelişen, 24 saatten uzun sürebilen veya ölümle sonuçlanabilen, fokal ya da yaygın nörolojik defisitlerle kendini gösteren bir durum olarak tanımlanabilir (Yetişgin ve Satış, 2019). İnme, beyni besleyen damarlardaki kan akışının bozulması ya da durmasına bağlı gelişen klinik bir sendromdur (Ağbulut ve Yıldırım, 2024). İnme ve beraberinde gelen sakatlık, günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Alisawi vd., 2024). İnmeli hastalarda geçirilen inme sonrasında beslenme, giyinme, hareket etme ve özbakım gibi günlük rutinlerinde geçici ya da kalıcı yetersizlikler görülebilmektedir (Topçuoğlu vd., 2020).

2.2. İnme Epidemiyolojisi

İnme dünya genelinde ölüm nedenleri arasında 2. Sırada bulunmaktadır ve hastalarda oluşan sakatlığın başlıca sebeplerindendir (WHO, 2023). İnmenin maliyeti tahmini küresel oranda 891 milyar Amerikan doları üzerindedir. Son 17 yıl baz alındığında inme geçirme riskinin tahminen %50 arttığı, dünya üzerindeki her 4 kişiden birinin ise inme geçireceği öngörülmektedir (WSO,2023). Düşük ve orta düşük gelirli ülkelerde yaşayan bireyler için yetersiz kaynak büyük bir sorun haline gelmektedir (WHO, 2022). 1990'dan 2019'a kadar, inmenin yükü (vaka sayısı açısından) yüksek oranda artış gösterdi (inme vakalarında %70, inme kaynaklı ölümlerde %43, yaygın inmelerde %102 ve DALY'lerde %143) (WHO,2022). WHO'ya göre her yıl 12 milyon insanın inme geçirdiği ve 6,6 milyar insanın inme nedeni ile hayatını kaybettiğini belirtmektedir (WHO, 2024). Türkiye İstatistik Kurumu 2020 verileri baz alındığında, ülkemizde dolaşım sistemi hastalıkları ölüm sebepleri arasında ilk sırada yer almaktadır ve dolaşım sistemi hastalıkları kaynaklı ölümlerin ise %19,2 serebrovasküler hastalıklar oluşturmaktadır (TÜİK, 2023).

2.3. İnme Etyolojisi

İnmeyi iki temel sınıfa ayırabiliriz. Bunlardan biri damar tıkanması yani beynin kanlanmaması ile sonuçlanan iskemik inme, bir diğeri ise beyinde kan göllenmesi yani damar yırtığı sebebi ile oluşan hemorajik inmedir (Lee vd., 2022). Bilinen inme türlerinin %80'i iskemik inme ve geriye kalan %20'lik kısmı hemorajik inmeden oluşmaktadır (Yetiş vd., 2024, Montaño vd., 2021).

İskemik inme beynin belirli bir bölgesine kan akışının durması ya da kaybı sonucu nöral fonksiyon kaybı olarak tanımlanır. Bu kanlanamamanın genel sebebi beyni besleyen damarların emboli ya da trombozdur (Phipps ve Cronin, 2020). Trombüs ve emboliye bağlı oluşan iskemik inme arteriyel oklüzyon ile karakterizededir (Gül ve Varlıbaş, 2021).

Beyne giden kan akımı oranı %50 ise asemptomatiktir ve hasta kalıcı değildir ancak %50'nin altına indi ise hasta kalıcı sekeller kalabilir ya da ölümcül olabilir (Feske, 2021). TOAST sınıflandırma sistemine göre iskemik inmenin 5 alt tipi mevcuttur. Bunlar; büyük arter aterosklerozu, kardiyoembolizm, küçük damar hastalığı, etyolojisi bilinmeyen inme, diğer belirlenmiş etyolojinin incelenmesi (Miceli vd., 2023).

Hemorajik inme ise beyinde bulunan bir kan damarının yırtılması ile meydana gelir. İntraserebral hemoraji ve subaraknoid hemoraji ya da kanama olarak alt türleri ile bilinir (Unnithan ve Metha, 2020). Hemorajik inme beyindeki bir kan damarının travma ya da anevrizma sonucunda oluşur. Beyindeki kanama beynin kan akımının azalması ve kan göllenmesiyle sonuçlanır. Oluşan hematom nedeniyle beyin dokusu sıkışır ve kafa içi basınç artışı olur (Unnithan ve Mehta,2020).

2.4. İnme Patofizyolojisi

Beyin kan akışı toplamda 4 damar yapısı ile sağlanır. Önde 2 karotis arter ve arkada 2 vertebral arterlerden oluşur. İskemik inme yetersiz kan akımı ve yetersiz oksijenlenme ile, hemorajik inme ise kanama ya da sızdıran kan damarları nedeni ile oluşur. İskemik inmede beyindeki oklüzyon trombotik ve embolik durumlara neden olur. Ateroskleroza bağlı damarların daralması ve plak oluşumuyla trombotik inme, beyne giden kan akımının azalmasıyla birlikte nekroz ve stres artışıyla embolik inme oluşur ve oluşan nekroz hücre içinin dışarı taşınması ve organellerin şişmesiyle nöronal işlev kaybına sürükler (Kuriakose ve Xiao, 2020).

Normal şartlarda beynin işlevlerinin tam anlamıyla yerine getirebilmesi için kan akım hızının 50-60 ml/100g/dk olması gerekmektedir. Bu akımın korunabilmesi için beynini iki ayrı mekanizması vardır. Bunlar otoregülasyon ve kemoregülasyon sistemlerdir. Bu koruyucu sistemlerin sağlıklı çalışması için beyin damar yapısının herhangi bir tıkanıklık ve zarara uğramaması gerekmektedir. Tıkanıklık oluşması sonucu beyin hücreleri gerekli ATP için glukoza ulaşamamakta ve beyinde laktik asit brikimi artmaktadır. Sonuç olarak sistem asidoza kaymaktadır. Bu yaşanılan olaylar zincirinde beynin kanlanma miktarı ve süresi hayati bir belirteç olur. Eğer kan akımı 20ml/100gr/dk'nın altına inerse asidoz tablosu oluşur. 15ml/100gr/dk altına düşerse hayati hücre membranı geçiş eşiği altına düştüğünden geri dönüşümsüz hücre hasarı meydana gelmektedir (Akdemir, 2021). Bu akışın sağlanamadığı durumlarda yani 10mL/100gr/dk ve altındaki değerlerde beynin geri dönüşümsüz hasar almasına ve serebral metabolizma sorunları yaşamasına sebep olur. Perfüzyonun azalması halinde ve uzun süre müdahale edilemediği takdirde penumbrada iskemik hasar oluşur (Papanagiotou ve White, 2016).

Hemorajik inme ise beyindeki stres ve iç yaralanma yani kan damarlarının rüptürü ile beyinde kan göllenmesi ile meydana gelir. Oluşan kan birikimi hastayı enfarktüse götürebilir. Hemorajik inme oluştuğu alana göre intraserebral ve subaraknoid olarak ikiye ayrılır. İntraserebral kanamanın başlıca sebeplerinde hipertansiyon, uygun olmayan miktarlarda antikoagülan ve antitrombolitik ajan kullanımı vardır. Subaraknoid kanamada ise serebral anevrizma ya da kafa travması ardından subaraknoid boşluğa kan birikmesidir (Kuriakose ve Xiao, 2020).

2.5. İnme Risk Faktörleri

İnme için risk faktörleri 2 ana başlıkta toplanmaktadır. Bu faktörler değiştirilebilir ve değiştirilemez olarak 2 ye ayırılır (Fırat vd.,2021).

Değiştirilebilen risk faktörleri zamanında müdahale ile önlenebilir hale geldiğinden çok önemlidir. Başlıca faktörlerin arasında hipertansiyon, diyabetes mellitus, obezite, sigara, sedanter yaşam, alkol ve uyuşturucu tüketimi, diyet ve beslenme alışkanlığı ve kolesteroldür (Kuriakose ve Xiao, 2020).

Hipertansiyon inmenin başlıca nedenlerindendir. Çalışmalar 160/90 mmHg ve hipertansiyon öyküsüne sahip bireylerin eşit oranda risk altında olduğunu söylemektedir. Kan basıncındaki 5- 6 mmHg'lik bir değişimin bile inme riskini %42 oranında azalttığını işaret eder. Tansiyon kaynaklı inme riskinin azaltılması adına antihipertansif ajanların kullanılması elzemdir (Zhang vd., 2019).

Diyabetes mellitus inmede %20 daha yüksek ölüm oranına sahiptir ve inme riskini 2 katına çıkaran bir risk faktörüdür. Bununla birlikte inme sonrası tedavi ve rehabilitasyon sürecini yavaşlatıp hastalık sonrası sekel oranını da artırmaktadır. Antidiyabetik ajanlar ve yaşam örüntüsü değişiklikleri inme şiddetini azaltıcı rol oynar (Kuriakose ve Xiao, 2020).

Obezite inme için bilinen bir risk faktörüdür. Vücuttaki damar yapısını ileri lipidemi ile değiştirdiğinden damar hastalıklarına zemin oluşturur. Ancak yapılan çalışmalarda obez insanların inme sonrasında normal vücut kitle indeksine sahip insanlara nazaran daha az etkilendiklerini bu da obezite paradoksunu ortaya atmaktadır (Forlivesi vd., 2021; Quiñones-Ossa vd., 2021).

Sedanter yaşam ve diyet/beslenme alışkanlığı ise tetikleyici rol oynamaktadır. Yetersiz fiziksel aktive beraberinde hipertansiyon ve obeziteyi de getirir ve doğal olarak inme riski artmış olur. Diyet – beslenme alışkanlığı ise yüksek kolesterol ve diyabet gibi hastalıklarla riski artırır. Sigara içmek doğrudan inme riskini 2 kat artırmaktadır. Sigara bırakmak inme riskini azaltırken, pasif içicilik inme riskini %3 artırmaktadır. Alkol tüketiminde risk kullanılan miktarla ilgilidir. Erkekler için 2, kadınlar için 1 bardak standart içki inmeye karşı koruyucu olurken miktar artırıldığında riski artırmaktadır. Ancak miktar fark etmeksizin alkol tüketimi hemorajik inme riskini artırmaktadır. Her türlü uyuşturucu madde inme riskini artırmaktadır (Kuriakose ve Xiao, 2020).

Değiştirilemeyen risk faktörleri yaş, cinsiyet, etnik köken, genetik ve düşük doğum ağırlığıdır (Fırat vd., 2021). İlerleyen yaşın inme riskini artırdığını ortaya koymaktadır. Erkek cinsiyetin kadın cinsiyete oranla %30 daha fazla riske sahip olduğu, etnik kökenin inme riskini artırdığını, genetik öyküsünde inme olmasa bile diyabet ve hipertansiyon varlığının inme riskini artırdığı bilinmektedir (Cui, 2019).

2.6. İnme Belirti ve Bulguları

İnme ani gelişmesiyle bilinen ve semptomlarla karakterize nörolojik bir bozukluktur. Hastalarda serebral perfüzyonun bozulmasıyla birlikte sözel, bilişsel, fiziksel ve iletişimsel değişimlere yol açmaktadır (CDC, 2023). İnmede görülen başlıca belirti ve bulgular dizartri, disfaji, bilinç bulanıklığı, ekstremitelerde güçsüzlük ve hareket bozulması, baş dönmesi, sersemlik, bulanık görme, soluk alıp vermede güçsüzlük, diplopi, nöbet, göz önünde uçuşan cisimler görme, koopere olamama olarak tanımlanabilir (Akkoca, 2022; Gürbüz ve Akın, 2020).

İnmenin sağlık çalışanları tarafından doğru ve hızlı bir şekilde tespiti, uygun tedavinin hızla başlatılması çok önemlidir. Bu nedenle ilk triyajda kullanılmak amacıyla çeşitli skalalar geliştirilmiştir. Bunlar: Hastane Öncesi İnme Skalası (FAST), Cincinatti Hastane Öncesi İnme Skalası (CPSS) ve Los Angelos Hastane Öncesi İnme Skalası (LAPSS)'dır (Akkoca, 2022; Hasan vd., 2018).

Tablo 2.1: Hastane Öncesi İnme Skalası (FAST)

Yüzde sarkma-düşme, Normal: Hasta gülümserken yüzünün bir tarafına düşme ya da sarkma mevcut değildir. Hasta yüzünün bir tarafında uyuşukluk olduğunu dile getirmez. Anormal: Konuşurken, gülerken, dişlerini gösterirken yüzün bir tarafı hiç hareket etmez.
Kolda güçsüzlük; güçsüz olan kolda yukarı kaldırıldığında 10 saniye içinde düşme olup olmaması Normal: Her iki kol eşit şekilde hareket eder. Anormal: Bir kol diğerine göre erken düşer.
Konuşma/Lisan, Normal: Hasta doğru kelimeler kullanır, dili sürçmez. Anormal: Hastanın dili sürçer ve/veya yanlış kelime seçimi vardır ve/veya hiç konuşmaz.
Eğer bu bulgulardan biri mevcutsa inme olma olasılığı yüksektir.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2020

Tablo 2.2: Cincinatti Hastane Öncesi İnme Skalası (CPSS)

Yüzde sarkma-düşme, Normal: Konuşurken, gülerken, dişlerini gösterirken yüzün sağ ve sol tarafı eşit hareket eder. Anormal: Konuşurken, gülerken, dişlerini gösterirken yüzün bir tarafı hiç hareket etmez
Kolda güçsüzlük: Her iki kol aynı seviyede kaldırılır. On saniye bekletilir; pronasyon ve supinasyon yaptırılır. Normal: Her iki kol eşit şekilde hareket eder. Anormal: Bir kol diğer kol ile karşılaştırıldığında hareketleri daha kısıtlıdır.
Konuşma: Hastaya standart bir konuşma cümlesi söylenir. Normal: Hasta doğru kelimeler kullanır, dil sürçmesi olmaz. Anormal: Hasta kelimeleri doğru telaffuz edemez, anlaşılması zor cümleler kurar ya da hiç konuşamaz.
Yorum: Bulgulardan biri mevcutsa inme olasılığının %72 civarında olduğu kabul edilir.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2020

Tablo 2.3: Los Angelos Hastane Öncesi İnme Skalası (LAPSS)

<table>
<tr><td>Tarama Kriterleri</td><td>Evet</td><td colspan="2">Hayır</td></tr>
<tr><td>1. 45 yaş üstü</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>2. Nöbet öyküsü</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>3. Son 24 saatte gelişen nörolojik bulgular</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>4. Olay öncesinde hasta hareketli mi?</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>5. Kan şekeri 60-400 mg/dL</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="4">Muayene:</td></tr>
<tr><td></td><td>Normal</td><td>Sağ</td><td>Sol</td></tr>
<tr><td>Gülümseme/Dişleri gösterme</td><td>0</td><td>Düşme, sarkma (1)</td><td>Düşme, sarkma (1)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">El sıkma</td><td rowspan="2">0</td><td>Güçsüz sıkar (1)</td><td>Güçsüz sıkar (1)</td></tr>
<tr><td>Hiç sıkamaz (2)</td><td>Hiç sıkamaz (2)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Kolda güçsüzlük (Kollar yukarıya kaldırılır)</td><td rowspan="2">0</td><td>Kol yavaşça düşer (1)</td><td>Kol yavaşça düşer (1)</td></tr>
<tr><td>Kolunu kaldıramaz ya da kol hızlıca düşer (2)</td><td>Kol hızlıca düşer (2) Kolunu kaldıramaz ya da kol hızlıca düşer (2)</td></tr>
<tr><td colspan="4">El sıkma ve kol fonksiyonları 1 veya 2 gülümseme /dişleri gösterme 1 puanla skorlanır. 4 ve üzerinde puan alanlarda büyük damar oklüzyonuyla karşılaşma oranı 7 kat artış gösterir.</td></tr>
</table>

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2020

2.7. İnme Tedavisi

İnmede zaman kavramı çok önemli olduğundan dolayı hastaları değerlendirmekte bilgili olmalıyız. Ülkemizde inme semptomlarının değerlendirilmesinde bilgi eksikliğinden dolayı hastalar uygun tedaviyi alamamakta ve mortalite oranını yükseltmektedir (Kocatürk ve Kocatürk, 2021).

İntravenöz trombolide inme başlangıcından itibaren ilk 4 buçuk saatte uygulanması gerekmektedir. Hastada pıhtı lizizini teşvik eder. Önerilen doz 0,9 mg/kg olarak hesaplanır ve maksimum doz 90 kg ile sınırlıdır. Uygulamada toplam dozun %10'u bir dakikada bollus, geri kalan doz ise 60 dakika boyunca infüzyon olarak verilir. Bu tedavinin en ciddi komplikasyonu intrakranial kanamadır. İntravenöz trombolitik sonrasında kanaması olan hastalara ters tedavi başlanır ve kriyopresipitat tedavi uygulanır (Dölek vd., 2023).

Endovasküler trombektomi ise tedavi vaka başlangıcından sonra ilk 6 saat içinde yapılmalıdır. Her hastaya intravenöz trombolitik tedavi başlanır ancak her hasta endovasküler trombektomi için uygun değildir (Morotti vd., 2019).

Mekanik trombektomi iskemik inmeli hastalarda büyük arter tıkanmasına bağlı olarak gelişen vakalarda kullanılır ve ilk 24 saat içinde başlanmalıdır. Bu işlemde geri çekilebilen stentler kullanılır ve anjiyografi laboratuvarında damarı tıkayan trombüsün mekanik yollarla dışarıya çıkarılmasından oluşur (Kocatürk ve Kocatürk,2021).

Antiplatelet tedavi ise aspirin, klopidogrel ve ticagrelor gibi ajanlarla yapılan ve atağın ilk günlerinde en çok kullanılan tedavidir. Bu tedavi iskemik inme tedavisinde ve insidansın önlenmesinde kullanılır (Kuriakose ve Xiao, 2020)

Hemorajik inmede ise kan basıncı yönetimi önemlidir. Hızlı bir şekilde sistolik kan basıncının 140 mm/Hg civarına indirilmesi gerekmektedir. Eğer 140 mm/Hg altına inerse beyindeki hemorajik alanın genişleme ihtimalinden dolayı tansiyon 140 mm/Hg'ye sabitlenmesi gerekir. Bunun için nikordipin ve urodipil gibi ajanlar kullanılır. Artmış kafa içi basıncın tedavisi için hastanın başı 30 derece yükseltilecek şekilde pozisyonlanır ve mannitol gibi ürünlerle hiperozmolar tedavi başlanır (Morotti vd., 2019).

2.8. İnmede Hemşirelik Yönetimi

İnme, merkezi sinir sisteminin duyusal, emosyonel ve motor fonksiyonlarında bozulma ile kendini gösteren bunun yanında konuşma bozukluğu, denge bozukluğu gibi fonksiyonlarda da bozulma yapabilen bir nörolojik sendromdur. İnme sonrasında hastalarda yemek yeme, öz bakım, giyinme gibi faaliyetlerinde; uyku, kas gücü, enerji ve hafıza gibi faaliyetlerinde azalma, psikolojik olarak anksiyete ve depresyon gibi problemler oluşturabilir (Bal ve Koç, 2020). Tüm akut inme hastaları, uzmanlar tarafından yönetilen bir inme ünitesinde multidisipliner bir yaklaşımla tedavi edilmelidir; bazı vakalar ise ek teknolojik müdahaleler gerektirebilir. Literatürde, inme üniteleri ve inme merkezleri bu amaçla tanımlanmakta olup, bu merkezler inme hastalarına müdahale edebilecek yeterli personel, altyapı, deneyim ve süreçlere sahip kuruluşlar olarak öne çıkmaktadır. İnme ünitelerinde tedavi gören hastalarının daha iyi klinik sonuçlar elde ettikleri görülmektedir (Topçuoğlu vd., 2020). Uzmanlaşmış inme bakımının 20 yılı aşkın bir süredir, yaşam kurtarıcı etkilerinin yanı sıra sakatlıkları azalttığı, hastanede kalış sürelerini kısalttığı ve genel olarak daha olumlu hasta sonuçlarıyla ilişkilendirildiği kanıtlanmıştır. Etkili bir inme bakımı için doktorlar, hemşireler, fizyoterapistler, mesleki terapistler, konuşma terapistleri ve psikologlardan oluşan multidisipliner bir ekip gereklidir. Bu sağlık profesyonelleri, inme hastalarına sunulan bakımda ortak sorumluluğa sahiptir; ancak bazen sağlık çalışanları arasındaki rol ayrımları net olmayabilir. Bu durum, hangi sağlık çalışanının hangi bakım sorumluluğuna sahip olduğu konusunda kafa karışıklığına yol açabilir. Hemşireler, bu tür ekiplerde kritik bir rol oynar, çünkü ekip üyeleri arasındaki iletişimi sağlamak ve hastanın ekiple olan etkileşimini yönlendirmek konusunda en etkili kişilerden biridir (Orman vd., 2022, Poomalai vd., 2023). Hemşireliğin temel amaçları; sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesidir. Bu süreçlerde hemşire, bireylere rehberlik yapan önemli bir rol üstlenir (Alkan vd., 2017). İnme sonrası pek çok birey ve ailesi, fiziksel engellilik, bilişsel bozulma, yorgunluk, depresyon, anksiyete gibi psikolojik sorunlarla ve bu sorunların uzun vadeli etkileriyle değişen bir yaşam süreci yaşar (Crichton vd., 2016). Özellikle ağır inme vakalarında, bireylerin engel düzeyine göre beden imgesinde bozulmalar ve emosyonel bozukluklar görülebilir (Alankaya, 2019).

İnmeli bireylerin güçlendirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması hemşirelik bakımının önemli hedefleri arasındadır. Bu konuda yapılan çalışmalar inmeli hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesinde hemşirelerin bakım ve uygulamalarının değişimi yüksek oranda artırdığını kanıtlar niteliktedir (Bal ve Koç, 2020). Bu bağlamda hasta yakını ya da bakım vericilerle birlikte hastanın bakım sürecinin belirlenmesi, hastanın tedavi ve rehabilitasyon sürecini daha etkin verimli kılacaktır (Ağbulut ve Yıldırım, 2024).

Reperfüzyon tedavisi alan hastaların yaşam bulguları sık takip edilmelidir. Özellikle tedaviden sonraki ilk iki saat 15 dakikada bir, sonraki 6 saat boyunca 30 dk bir ve takip eden 24 saat boyunca ya da hastaya bilgisayarlı tomografi çekilene kadar saat başı kan basıncı ve nörolojik muayene yapılmalıdır (Sanjuan, 2023).

İnme sonrası ilk 24 saatte yüksek ateş görülmesi sık karşılaşılan bir komplikasyondur. Bunun gibi durumlar için ateş düşürücü ilaçlar kullanılmalı, olası hastane enfeksiyonları için hemşirelerin kateter kullanımı, tıbbi cihaz temizliği ve disfaji yönetiminde daha dikkatli olması beklenir. Düzenli glisemik kontrol çok önemlidir çünkü hipoglisemi inmeye benzer bir tablo oluşturabilir ya da hiperglisemi var olan hastalık tablosunu kötüye sürükleyebilir (Sanjuan, 2023).

Endovasküler reperfüzyon tedavisinde, genellikle femoral arter yoluyla mekanik trombektomi yapılmasına ilişkin bir tedavidir. En çok korkulan komplikasyonları kanama ve alerjik reaksiyonlardır. Bu sebeplerden dolayı hasta ileri ve özellikli yaşam ünitelerinde takip edilmelidir (Sanjuan, 2023).

Hemorajik inmede ise dikkat edilmesi gereken 2 ana husus vardır bunlardan ilki kanamanın nedeni saptamak ve ikincisi nörolojik sekel boyutunun artmaması için kanamanın sınırlandırılmasını ya da durdurulmasını sağlamaktır (Küçük ve Kapucu., 2023).

Hastalığın ilerleyen dönemlerinde, bireyler hastalıkla ilgili sorunlar ve fonksiyonel kayıplarla yaşamlarına devam etmek zorunda kalmaktadır. Yeti kaybı yaşayan bireyler, rehabilitasyon süreci ve bağımsızlıklarını kazanma aşamasında hemşirenin önemli desteğine ihtiyaç duyarlar (Alankaya, 2019; Bal ve Koç, 2020). İnme geçiren bir bireye bakım verilmesi, öz bakım becerilerinin geliştirilmesinde önemli bir rol oynar. Hemşirelerin, bireyi fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan destekleyerek eğitim vermesi

ve yönlendirme yapması, sağlık profesyonellerinin kritik görevlerindendir (Bal ve Koç, 2020; Tavşanlı ve Eş, 2019).

İnme geçiren bireyin günlük yaşam aktivitelerine katılımını artırmak, değişikliklere uyum sağlamalarına yardımcı olmak, sosyal destek ve ailelerin tedavi sürecine dahil edilmesi ve bireyin yaşam kalitesinin artırılması, hemşirenin sorumlulukları arasında yer alır (Alankaya, 2019). Bakım sürecinde, bireye yönelik ortak bir dil kullanılması, holistik ve insancıl bir yaklaşım benimsenmesi, uygulamaların kanıta dayandırılması ve sistematik bir biçimde sunulması, bakımın kalitesini ve güvenliğini sağlamada büyük önem taşır (Bal ve Koç, 2020).

Hemşireler inmeli hastalarda değerlendirme, tedavi ve yönetmede multidisipliner ekibin ayrılmaz bir parçasıdır. Hastaların bilişsel, psikolojik ve fiziksel öz saygısını kazanmada ve günlük yaşam kalitesini artırmada kilit rol oynamaktadır. Hastalarda gelişebilecek derin ven trombozu, serebral ödem, basınç yarası, malnütrisyon, pnömoni, anksiyete ve depresyonu doğru ve kanıta dayalı bakım prosedürleri ile engelleyebilirler (Ağbulut ve Yıldırım, 2024). Hemşirelerin, inme tedavisi sunan sağlık kurumlarında 7/24 görev yapmaları, inmeli hastalarla sürekli bir etkileşim içinde olmaları ve hastaların taburcu olduktan sonra da onlarla ilgilenmeleri, onları psikososyal iyileşmeyi desteklemek için ideal bir konumda kılmaktadır. Ayrıca, hemşireler, hastaların günlük yaşamlarını yeniden düzenlemelerine ve baş etme süreçlerini yeniden yapılandırmalarına yardımcı olmanın yanı sıra, duygusal destek, cesaretlendirme ve rahatlatma gibi konularda da önemli bir rol oynamaktadır (Hodler vd., 2020).

2.9. Travma Sonrası Büyüme ve İnme

Travma; tecavüz, kaza, doğal afet gibi etkisi büyük olaylara verilen tepkidir (Erten ve Kocakaya, 2020). Travma, ölüm ya da ölümle sonuçlanabilecek, kişinin fiziksel ve yaşamsal bütünlüğünü bölebilecek bir tehdidin oluşması gibi kişinin günlük rutinini ve baş etme yollarını ortadan kaldıracak olaylar olarak da tanımlanabilir. Kişinin hayatında büyük bir stresör sayılabilecek yaşam olayları (sekel bırakacak hastalıklar, işsizlik, aile fertlerinden ya da yakın çevreden bir yakının vefatı vb.) bireyde psikolojik duygusal ve iletişimsel olumsuzluklara yol açabilir (Duman, 2019). Bireylerin hayatlarında yıkıcı unsurlar oluşturan ve örseleyen travma, jeopolitik konum gereği ülkemizde de sık karşılaştığımız bir olgudur (Karaman ve Tarım, 2018).

Olağan dışı yani travmatik olayların olumsuz yönde hem fiziksel olarak hem de çeşitli psikolojik sonuçları bulunmaktadır. Bu psikolojik sonuçlar arasında anksiyete, depresyon, alkol ve madde bağımlılığı, intihar ve travma sonrası stres bozukluğu gibi çeşitli sonuçları vardır. Kişiler yaşadıkları travma karşısında güçsüzlükleri ve baş edememeleri ile karşı karşıya kalırlar. Bu karşılaşma sonrasında yaşadıkları olayları anlamlandırmada ve baş edebilme mekanizmalarında olumsuz yönde etkilenmektedir. Ancak her travmatik olay kişide olumsuz etki yaratmak zorunda değildir. Travmanın bazı kişiler üzerinde olumlu etkileri de vardır. Bu karşılaşılan duruma travma sonrası büyüme olgusu olarak adlandırabiliriz (Akcan, 2018).

Travma sonrası büyüme yaşanılan travmanın ardından bireyin hayatına kattığı olumlu değişimleri yani bireyin ailenin ve toplumun güçlendirilmesini, daha önce farkına varılmamış yetenek ve becerilerin keşfedilmesini, dayanışmanın ve iletişimde daha fazla ilerleyebilmesi içerir. Kişilerde travma sonrası büyüme karşılaşılan travmanın ardından yaşanabilecek olumsuz psikolojik problemlerle baş edebilme çabalarıyla ortaya çıkar. Hayatlarının var olan rutinini bozan bu sorunlarla karşılaşan bireyler süreci tamamladıktan sonra kendilerine daha güçlü ve bağımsız hissederler. Travma öncesine nazaran daha güçlü, daha aktif, daha girişken ve geleceğe dönük planlarla hayatını yeniden şekillendirir. Bu kişilerin iletişimdeki becerileri de travma öncesindeki becerilerine nazaran daha gelişmiş olup ortak travma öyküsü olan bireylerle çok daha iyi iletişim kurabildikleri ve güçlenebildikleri gözlemlenmiştir (Erten ve Kocakaya, 2020).

Travma sonrası büyüme, öz dayanıklılık, uyum, iyimserlik, dayanıklılık gibi kavramların aksine bir dönüşüm mekanizmasına yani işlemdeki özellik değişimine karşılık gelmektedir. Yani öz dayanıklılık olumsuz koşullarda etkili bir adaptasyonu anlatırken travma sonrası büyüme olumsuz koşulların ardından gelen güçlenmeyi anlatmaktadır. Genel olarak yaşam için artan bir takdir, daha anlamlı kişiler arası ilişkiler, artan kişisel güç duygusu, değişen öncelikler ve daha zengin varoluşsal ve manevi bir yaşam yaratabilir (Kelly vd., 2018).

İnme oluşumu gerçek veya potansiyel olarak yaşamı tehdit eden deneyimlere, kalıcı fonksiyonel bozulmaya, konuşma bozukluğuna, duyusal bozukluğa ve bilişsel bozukluk gibi komplikasyonlara neden olarak hastanın fiziksel sağlığını tehdit eden bir olaydır. Travmatik bir olay olarak inme, mağdurun tanı anında korkmasının yanı sıra tedavi ve iyileşme sürecinde travma sonrası strese neden olmaktadır. Nörolojik

bozukluk nedeniyle değişmiş bir yaşam sürdükleri için ağrı, çaresizlik ve depresyon gibi olumsuz psikolojik belirtilere neden olmaktadır. Bununla birlikte inme hastalarının yaşadığı travmatik deneyim sadece olumsuz olmakla kalmaz aynı zamanda üstesinden gelme süreci boyunca büyüme için bir fırsat sağlar. Bu şekilde inme oluşumu gibi travmatik bir deneyimden sonra değişen durumu analiz etmek ve yeni anlamlar keşfetmek gibi olumlu değişiklikler ve içsel büyüme, travma sonrası büyüme olarak adlandırılır. Hastaların mümkün olan en kısa sürede fonksiyonlarını geri kazanmaları için rehabilitasyon tedavisi çok önemlidir ve tedavi etme ve rehabilite etme iradesini geliştirmelerine yardımcı olmak gerekir. Yapılan çalışmalara bakıldığında inme hastalarında travma sonrası büyümenin başlangıçtan 3 ay gibi kısa bir sürede meydana geldiği bildirilmiştir. Bu olumlu değişiklikleri yaşayan insan sıralarının ya hastalığın üstesinden gelmek için iyi bir yaşam tarzını sürdürerek ya da varlığının değerini bulmak için zorlu rehabilitasyon sürecine katlanarak fonksiyonel durumlarını geri kazanmak için tedavi ve rehabilitasyona aktif olarak katıldıkları gösterilmiştir (Jeong vd., 2019).

2.10. Ruminasyon ve İnme

Ruminasyon kelimesi, Latince kökenli olup hayvanların geviş getirmek için kullandığı mide bölümü olan Rumen kelimesinden gelir. Anlam bakımından düşüncelerin sürekli devam etmesi, zihnin her zaman yorgun olması gibi durumları zihinsel geviş getirme olarak tanımlar (Can ve Aydın, 2022). Bireylerin başına gelen olumsuz bir olay, hastalık ya da tercihi sonunda yaşadığı sonuçları tekrar tekrar düşürmesiyle ruminasyon kavramından bahsedilir (Yılmaz, 2023).

Ruminasyon tanımından yola çıkarsak, ruminatif düşüncelerin kişinin öz benliğine saygısını azalttığını, karamsar düşüncelerle ilgili olduğundan bireyleri çözümlere değil yaşadıkları olaylardaki kötü deneyimleri düşünmeye yönlendirdiğini söyleyebiliriz (Yılmaz, 2023). Bu düşünce tarzı, başlangıçta bireyin kendini koruma amacıyla geliştirdiği düşüncelerin, zamanla işlevsiz ve kontrol edilemez hale gelerek anksiyete bozukluğuna yol açan bir süreçtir. Birey, bu düşünceleri sürekli olarak aklında tutar ve bunları durdurmakta zorluk çeker (Laçin, 2018). Düşünceler, bazen bireyin isteğiyle, bazen de istemsiz bir şekilde ortaya çıkabilir ve bu durum, kişilerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir (Öcalan vd., 2020). Bu düşünce biçimi bilişsel, duyusal ve davranışsal olarak bireyleri etkilemektedir. Ruminasyonlar, bireyde var olan olumsuz düşünceleri destekleyip desteklemesine ve kişinin sorunlar karşısındaki

anlam verme ve çözüm üretebilme yeteneğine bağlı olarak müdahaleci ya da kasıtlı ruminasyon olarak adlandırılır (Öcalan ve Özçetin, 2020). Müdahaleci ruminasyon, acı veren olayı odaklanırken, kasıtlı ruminasyon kazanılan olumlu değişikliklere odaklanır (Lin vd., 2024). İnme gibi beklenmedik bir olay olduğundan kişinin hastalığı hemen kabullenmesi kolay olmamakla birlikte kişi için bir kriz anı olarak değerlendirilmektedir (Er ve Yıldırım, 2019).

İnme ani gelişmesi, kontrol edilemez oluşu ve olağan rutini bozduğundan başlı başına bir travmatik olaydır. Hastalarda sadece fiziksel engellilik ya da sekel bırakmayıp bireyin zihinsel problemlerine de sebep olur. İnmeli hastalarda yaşadıkları zihinsel problemlerden dolayı, derin düşünme düşüncelere dalma ya da bir şeyler üzerine kafa yorma anlamına gelen ruminasyon fenomeni üzerinde durulması gereken bir noktadır (Peng ve Wan, 2018). Bu nedenle, ruminasyon genellikle anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunların bir belirtisi ya da tetikleyicisi olarak kabul edilmektedir. Travmatik deneyimlerin ardından gelişen ruminasyon, depresyon belirtilerine odaklanabilir, bu da sürekli tekrarlayan endişe, yoğun negatif duygusal etkiler ve fizyolojik uyarılmaların yaşanmasına yol açabilir (Laçin,2018).

2.11. Yaşam Kalitesi ve İnme

Yaşam kalitesi bireyin sağlığı, psikolojik durumunu, sosyal ilişkileri, bağımsızlık düzeyi ve çevresiyle olan her türlü etkileşimini kapsayan bir kavramdır (Kes, 2020). WHO, yaşam kalitesini bireylerin yaşadıkları ortamdaki kültürel ve değer yargıları, hedefleri, beklentileri, yaşam standartları ve kendi durumlarını algılama biçimleri olarak tanımlar (WHO, 2012). Yaşam kalitesi hastanın sağlığının değerlendirilmesi için üzerinde durulması gereken bir kavramdır (Mustafaoğlu vd., 2021). Yaşam kalitesi, birçok faktörü içinde barındıran bir kavram olmasına rağmen, en önemli belirleyicilerinden biri sağlık durumudur. Tıpta, yaşam kalitesi genellikle hastalık ve tedavi sürecinin bir sonucu olarak değerlendirilir (Akbolat vd., 2021; Toper ve Özpolat, 2023). Dünya genelinde yaşam süresinin uzaması, yaşam kalitesi kavramını daha da önemli hale getirmiştir. Artan yaşam süresi, kronik hastalıkların görülme sıklığının da artmasına yol açmaktadır. Düzenli ilaç kullanımı, fiziksel kısıtlamalar, iletişim sorunları nedeniyle sosyal izolasyon ve ekonomik bağımlılık gibi durumlar, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Bartholomé ve Winter, 2020; Bilgiç ve Pehlivan, 2023).

İnmenin sebep olduğu ciddi bilişsel, fiziksel ve psikolojik komplikasyonları vardır. Bu sekeller bireyin daha önceki hayatında yaptığı sosyal aktiviteleri, aile içi aktivitelerini ve üzerine düşen rolleri yerine getirilmemesine sebep olur. Bu rutinin bozulması inmeli hastalarda yaşam kalitesini düşürmektedir (Ceyhan vd., 2022). Toplum ve ailede sosyal ve ekonomik yoksunluklar görülür (Yalvaç, 2020). Hastalığın mali yükü yüksektir. İnmede hastaların %50'si normal hayatına dönebilir iken %50'si sekellerle hayatına devam etmekte ve mali yükü büyük rehabilitasyon süreçlerine başvurmaktadır. Bu maliye yük beraberinde yaşam kalitesinde düşüklüğe sebep olur (Bártlová vd., 2022).

İnme beraberinde getirdiği fiziksel bağımlılık, demansa yatkınlık, depresyon, anksiyete, duyu ve his kaybı gibi sakatlıklar yaşam kalitesini doğrudan düşürür (Hyun vd., 2021; Oktar vd., 2021). Bununla beraber hastalara yatış süresi boyunca hemşire tarafından verilen destek ve rehabilitasyon, hastanın taburculuğu ile son bulur. Ancak hastaların taburculuk sonrası gündelik hayata adaptasyonları ve psikolojik kavrayışları oldukça zor olduğundan bu süreçte rehabilitasyon yaşam kalitesini artırmak için mutlak suretle devam ettirilmelidir (Şahiner vd., 2021).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipteki bu çalışma, inmeli hastalarda travma sonrası büyümenin, ruminasyon düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Soruları

1. İnmeli hastalarda travma sonrası büyüme ne düzeydir?
2. İnmeli hastalarda ruminasyon düzeyleri nasıldır?
3. İnmeli hastaların yaşam kalitesi ne düzeydedir?
4. Hastaların sosyodemografik ve hastalık özellikleri travma sonrası büyüme, ruminasyon düzeyleri ve yaşam kalitelerini nasıl etkilemektedir?
5. İnmeli hastalarda travma sonrası büyüme, ruminasyon düzeyleri ve yaşam kalitelerini arasında ilişki var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma, İstanbul'da faaliyet gösteren bir Şehir Hastanesinde, Şubat-Haziran 2024 tarihleri arasında nöroloji ile fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniklerine başvuran inme tanısı almış hastalar ile yürütülmüştür.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, çalışmanın yapıldığı dönemde hastanenin nöroloji ile fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniklerine başvuran inme hastaları oluşturmuştur. Çalışmanın örneklemi ise G-power 3.1 programı kullanılarak %98 güç, 0,05 hata payı ve 0,3 etki büyüklüğünde 190 hasta olarak hesaplanmıştır. Araştırma dahil edilme kriterlerini karşılayan 200 hasta ile tamamlanmıştır.

Dahil Edilme Kriterleri

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
- 18 yaşını doldurmuş olmak,
- En az 6 aylık inme öyküsü olmak,
- Soruları yanıtlayabilecek bilişsel yeterlikte olmak,
- İletişim sorunu bulunmamak,

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, Kişisel Bilgi Formu (Ek 1), Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE) (Ek 2), Olay İlişkili Ruminasyon Ölçeği (OİRÖ) (Ek 3), İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (İÖYKÖ) (Ek 4) ile yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır.

3.5.1 Kişisel Bilgi Formu

Araştırmaya katılan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, inme türü, tanı konma tarihi, birlikte yaşadıkları kişiler, bakımına yardımcı olan bireyler ve tanı konmuş kronik hastalıklar gibi bilgileri içeren toplamda 17 sorudan oluşan bir form kullanılmıştır.

3.5.2 Travma Sonrası Büyüme Envanteri

Travmatik olaylar yaşamış kişilerin bildirdiği olumlu sonuçları belirlemek için Tedeschi ve Calhoun 1996 yılında geliştirmişlerdir. Envanterin Türkçe versiyonunun psikometrik özellikleri Kağan ve arkadaşları (2012) tarafından incelenmiş ve güvenirlik katsayısı 0,92 olarak belirlenmiştir. TSBE, 6'lı likert tipi 21 maddeden oluşmakta olup, her madde 0 ("*Hastalığımdan dolayı böyle bir değişiklik yaşamadım"*) ile 5 *("Hastalığımdan dolayı bu değişikliği aşırı derecede yaşadım"*) arasında puanlanmaktadır. Envanterin Benlik Algısında Değişim (5, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18 ve 19. maddeler), Başkalarıyla İlişkilerde Değişim (6, 8, 9, 20 ve 21. maddeler) ve Yaşam Felsefesinde Değişim (1, 2, 3, 4, 7 ve 14. maddeler) olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. TSBE'den alınabilecek toplam puan 0 ile 105 arasında değişmektedir. Alınan puanın yüksekliği, travmatik yaşantı sonrasında kişinin yüksek düzeyde travma sonrası büyüme gösterdiği anlamına gelmektedir (Kağan ve ark. 2012; Tedeschi ve Calhoun, 1996). Bu çalışmada güvenirlik katsayısı 0,94 olarak belirlenmiştir.

3.5.3 Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri

Stres yaratan bir olaya ilişkin tekrarlı düşüncelerin varlığını (ruminatif düşünme eğilimlerini) değerlendirmek amacıyla Cann ve arkadaşları (2011) tarafından geliştirilmiştir. Envanterin Türkçeye uyarlama çalışması Haselden (2014) tarafından yapılmıştır. Envanterin "Girici/İstemsiz (1-10. maddeler)" ve "Amaçlı/İstemli (11- 20. maddeler)" şeklinde iki alt boyutu bulunmaktadır. OİRE, 4'lü likert tipi yanıtlanan ("0: hiç-3: sıklıkla") 20 maddeden oluşmaktadır. Envanterin alt boyutlarından alınabilecek

puan aralığı 0-30 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar söz konusu boyuta yönelik ruminatif düşünce eğilimini göstermektedir. Güvenirlik katsayısı Girici/İstemsiz Ruminasyon alt boyutu için 0,96, Amaçlı/İstemli Ruminasyon alt boyutu için 0.91, tüm envanter için ise 0,96 olarak bulunmuştur (Cann ve ark., 2011; Haselden, 2014). Bu çalışmada güvenirlik katsayısı Girici/İstemsiz Ruminasyon alt boyutu için 0,93, Amaçlı/İstemli Ruminasyon alt boyutu için 0.91, tüm envanter için ise 0,92 olarak bulunmuştur

3.5.4 İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği

Williams ve ark. tarafından 1999 yılında inme geçiren bireylerde kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Ölçeğinin Türkçeleştirilmiş versiyonu 2009 yılında Hakverdioğlu Yönt tarafından yapılmıştır. Ölçek inme tanısı alan bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur. SSQOL Aktiviteler, Sosyal ve Aile Rolleri, Dil, Vizyon, Enerji, Mood, Kişilik ve Düşünme olmak üzere 8 alt bölümden ve toplam 48 sorudan oluşmaktadır. 1'den 5'e kadar değişen Likert tipi puanlama ile derecelendirilmektedir. Değerlendirme sonrası toplam puanının yüksek olması, yaşam kalitesi seviyesinin yüksek olduğunu işaret eder (Yönt veKhorshid, 2012). Çalışmada güvenirlik katsayısı 0,97 olarak belirlenmiştir.

Alanların İçeriği:

1- Aktiviteler: Bireyin hareket etme (yürüyüş, eğilip bir şey almak, merdiven çıkmak, giyinme, yazma), giyinme, yemek yeme, kişisel hijyen gibi konularda yaşadığı zorluğu sorgular. 19 maddeden oluşmaktadır.
2- Sosyal ve Aile Rolleri: Sevdiği aktivitelere katılma, arkadaşları ile görüşme sıklığı ve cinsel ilişkide yaşadığı zorluğu; aile ile vakit geçirmesini ve inme sonrası durumunun ailesi üzerindeki etkilerini sorgular. 7 maddeden oluşmaktadır.
3- Dil: İnsanlarla konuşurken yaşanılan zorlanmayı, kullanmak istediği kelimeyi bulmakta yaşadığı zorlanmayı sorgular. 5 maddeden oluşmaktadır.
4- Vizyon: Televizyon izlerken ve etkilenen taraftaki nesneleri görmede yaşanılan zorluğu sorgular. 3 maddeden oluşmaktadır.
5- Enerji: Bireyin enerji düzeyi ilgili düşüncelerini sorgular. 4 maddeden oluşmaktadır.
6- Mizaç: Bireyin diğer insanlarla ilişkisini, kendisine ve geleceğe karşı düşüncelerini sorgular. 4 maddeden oluşmaktadır.

7- Kişilik: Asabiyet ve sabırsızlık gibi kişilik özelliklerini sorgular. 3 maddeden oluşmaktadır.
8- Düşünme: Hafızası ve bir konu hakkında yoğunlaşmasını sorgular. 2 maddeden oluşmaktadır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için SPSS 25.0 yazılımı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken, tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran) ile birlikte, test edilen yanıtların normal dağılıma uygun olup olmadıkları Kolmogorov-Smirnov testi ile analiz edilmiştir. İkili bağımsız değişkenlere göre analiz için dağılım normal olur ise Independent Sample T test, normal olmaz ise Mann-Whitney U test uygulanmıştır. İkiden fazla bağımsız değişken grupta normal dağılım için Anova, normal olmayan dağılım için Kruskal Wallis testi ve regresyon analizleri uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar, %95 güven aralığında ve %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan (25.03.2024 tarih ve 2024/02 sayı) ve araştırmanın yapılacağı kurumdan çalışmanın yapılabilmesi adına (13.09.2024 tarih ve 2024/14 sayı) gerekli izinler alınmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan kişiler çalışma öncesinde bilgilendirilerek ve bilgilendirilmiş rıza belgesi ile yazılı olarak izin alınmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
BULGULAR

Katılımcıların, yaşlarının ortalama değeri 60,1±13,78, inme tanısı alma zamanı değeri ortalama 10,19±7,11 iken %61'i erkek, %31,5'i ilköğretim mezunu, %75,5'i evli, %72,5'i çalışmıyor, %66'sı gelirinin giderine denk olduğunu belirtmiş, %43,5'i eşi ve çocuklarıyla yaşamakta, %56'sı sigara kullanmamakta, %83'ü alkol kullanmamakta, %78,5'i egzersiz yapmamaktadır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

		Ort±Ss	Min-Max (Median)
Yaş		60.1±13.78	26-93 (60)
İnme Tanısı Alma Zamanı		10.19±7.11	2-48 (8)
		n	%
Cinsiyet	**Kadın**	78	39.0
	Erkek	122	61.0
Eğitim Durumu	**Okuryazar**	55	27.5
	İlköğretim	63	31.5
	Lise	52	26.0
	Üniversite üzeri	30	15.0
Medeni Durum	**Evli**	151	75.5
	Bekar	49	24.5
Çalışma Durumu	**Evet**	55	27.5
	Hayır	145	72.5
Gelir Gider Durumu	**Gelir giderden düşük**	45	22.5
	Gelir gidere denk	132	66.0
	Gelir giderden yüksek	23	11.5
Beraber Yaşanan Kişi	**Eşi**	64	32.0
	Eşi ve Çocuklar	87	43.5
	Yalnız	31	15.5
	Diğer	18	9.0
Sigara Kullanım Durumu	**Evet**	88	44.0
	Hayır	112	56.0
Alkol Kullanım Durumu	**Evet**	34	17.0
	Hayır	166	83.0
Egzersiz Yapma Durumu	**Evet**	43	21.5
	Hayır	157	78.5

Katılımcıların, %58,5'i kronik hastalığa sahip (en yaygın hastalık %44,7 ile hipertansiyon), %84'ü protez kullanmamakta, %58,5'i iskemik inme tanısı almış ve %35,5'inde sol bölge inmeden etkilenmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2: Bireylerin Hastalığa İlişkin Özellikleri

		n	%
Kronik Hastalık Durumu	**Evet**	117	58.5
	Hayır	83	41.5
Kronik Hastalıklar*	**Hipertansiyon**	67	44.7
	Diyabet	50	33.3
	Kronik Böbrek Hastalığı	15	10.0
	Diğer	10	6.7
Protez Kullanma Durumu	**Evet**	32	16.0
	Hayır	168	84.0
Tanı Durumu	**İskemik inme**	117	58.5
	Hemorajik inme	83	41.5
İnme Nedeniyle Etkilenen Bölge	**Sağ**	59	29.5
	Sol	71	35.5
	Her iki taraf	33	16.5
	Yok	37	18.5

**** Birden Fazla Seçenek İşaretlenmiştir***

Katılımcıların, yemek yeme işlemlerinde %50 bağımsız, kişisel bakımda %41 kısmi bağımlı, yıkanmada %45 kısmi bağımlı, üst taraf giyiminde %39,5 bağımsız, alt taraf giyiminde %42,5 kısmi bağımlı, tuvalet temizliğinde %46 kısmi bağımlı, mesane bakımında %39 kısmi bağımlı, bağırsak bakımında %40 kısmi bağımlı, yatak ve sandalye kullanımında %46 kısmi bağımlı, tuvalet kullanımında %44 kısmi bağımlı, banyoda %45 kısmi bağımlı, yürümede %43,5 kısmi bağımlı, merdiven kullanımında %41,5 kısmi bağımlı, işitsel ve görsel anlamada %77,5 bağımsız, ifadede %74 bağımsız, sosyal algıda %71 bağımsız, problem çözmede %69 bağımsız ve hafızada %73,5 bağımsız bulunmuştur (Tablo 4.3).

Tablo 4.3: Bağımsızlık Düzeylerinin Değerlendirilmesi

		Bağımsız n (%)	Kısmi Bağımlı n (%)	Tam Bağımlı n (%)
Kendine Bakım	**Yemek Yeme**	100 (%50)	67 (%33.5)	33 (%16.5)
	Kendine Bakım	77 (%38.5)	82 (%41)	41 (%20.5)
	Yıkanma	63 (%31.5)	90 (%45)	47 (%23.5)
	Üst Taraf Giyimi	79 (%39.5)	75 (%37.5)	46 (%23)
	Alt Taraf Giyimi	65 (%32.5)	85 (%42.5)	50 (%25)
	Tuvalet Kullanımı-Temizliği	61 (%30.5)	92 (%46)	47 (%23.5)
Sfinkter Kontrolü	**Mesane Bakımı**	73 (%36.5)	78 (%39)	49 (%24.5)
	Bağırsak Bakımı	72 (%36)	80 (%40)	48 (%24)
Mobilite	**Yatak, Sandalye, Tekerlekli Sandalye**	64 (%32)	92 (%46)	44 (%22)
	Tuvalet	66 (%33)	88 (%44)	46 (%23)
	Banyo, duş	58 (%29)	90 (%45)	52 (%26)
Yer Değiştirme	**Yütüme/ Tekerlekli Sandalye**	62 (%31)	87 (%43.5)	51 (%25.5)
	Merdiven	45 (%22.5)	83 (%41.5)	72 (%36)
İletişim	**Anlama (işitsel veya görsel)**	155 (%77.5)	30 (%15)	15 (%7.5)
	İfade edebilme (sözel veya değil)	148 (%74)	38 (%19)	14 (%7)
Sosyal Algılama	**Sosyal Kalıtım**	142 (%71)	34 (%17)	24 (%12)
	Problem çözme	138 (%69)	38 (%19)	24 (%12)
	Hafıza	147 (%73.5)	35 (%17.5)	18 (%9)

Hastaların, Benlik Algısında Değişim ortalaması 25,52±11,22, Yaşam Felsefesinde Değişim ortalaması 11,32±5,96, Başkalarıyla İlişkilerde Değişim ortalaması 14,77±6,3, TSBE ortalaması 51,61±21,96, İstemsiz Ruminasyon ortalaması 20,28±7,02, İstemli Ruminasyon ortalaması 19,46±6,4, Aktiviteler ortalaması 2,7±0,96, Sosyal ve Aile Rolleri ortalaması 2,35±1,07, Dil ortalaması 3,29±1,14, Vizyon ortalaması 3,22±1,1, Enerji ortalaması 2,63±1,01, Mood ortalaması 2,49±1,08, Kişilik ortalaması 2,61±1,06, Düşünme ortalaması 2,68±1,02 ve İÖYKÖ 1,83±0,57'dir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4: Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Değerlendirmeleri

		Ort±Ss	Min-Max (Median)
Travma Sonrası Büyüme Envanteri Alt Boyutları	**Benlik Algısında Değişim**	25.52±11.22	0-66 (27)
	Yaşam Felsefesinde Değişim	11.32±5.96	0-25 (12)
	Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	14.77±6.3	0-30 (15)
Travma Sonrası Büyüme Envanteri		51.61±21.96	6-105 (53)
Olay İlişki Ruminasyon Envanteri	**İstemsiz Ruminasyon**	20.28±7.02	0-30 (21)
	İstemli Ruminasyon	19.46±6.4	0-30 (21)
İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	**Aktiviteler**	2.7±0.96	1-5 (2.78)
	Sosyal ve Aile Rolleri	2.35±1.07	1-4,75 (2.25)
	Dil	3.29±1.14	1-5 (3.2)
	Vizyon	3.22±1.1	1-5 (3)
	Enerji	2.63±1.01	1-5 (2.75)
	Mood	2.49±1.08	1-5 (2.5)
	Kişilik	2.61±1.06	1-5 (2.67)
	Düşünme	2.68±1.02	1-5 (2.75)
İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği		1.83±0.57	0.67-3.06 (1.89)

Cinsiyete göre TSBE ve alt boyutları, OİRE ölçeği alt boyutları ve İÖYKÖ ve alt boyutlar değeri istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5: Cinsiyete Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Benlik Algısında Değişim	**Kadın**	25.09±11.4	0-49 (26)	0.699
	Erkek	25.8±11.14	5-66 (27)	
Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	**Kadın**	10.96±6.06	0-25 (11)	0.435
	Erkek	11.54±5.92	0-25 (12)	
Yaşam Felsefesinde Değişim	**Kadın**	14.6±6.06	0-30 (15)	0.567
	Erkek	14.88±6.48	0-28 (16)	
Travma Sonrası Büyüme Envanteri	**Kadın**	50.65±21.88	6-97 (51.5)	0.535
	Erkek	52.21±22.09	6-105 (54)	
İstemsiz Ruminasyon	**Kadın**	20.26±7.65	0-30 (22)	0.633
	Erkek	20.3±6.62	0-30 (20)	
İstemli Ruminasyon	**Kadın**	19.05±7.39	0-30 (21)	0.892
	Erkek	19.71±5.7	0-30 (20)	
Aktiviteler	**Kadın**	2.68±0.98	1-4.84	0.750
	Erkek	2.71±0.96	1-5 (2.79)	
Sosyal Aile Rolleri	**Kadın**	2.33±1.13	1-4.5 (2.19)	0.690
	Erkek	2.36±1.03	1-4.75	
Dil	**Kadın**	3.21±1.08	1-5 (3.3)	0.418
	Erkek	3.34±1.19	1-5 (3.2)	
Vizyon	**Kadın**	3.07±1.14	1-5 (3)	0.172
	Erkek	3.31±1.07	1-5 (3.33)	
Enerji	**Kadın**	2.53±1.09	1-4.5 (2.63)	0.352
	Erkek	2.69±0.96	1-5 (2.75)	
Model	**Kadın**	2.42±1.11	1-5 (2.25)	0.418
	Erkek	2.53±1.07	1-4.5 (2.5)	
Kişilik	**Kadın**	2.49±1.1	1-5 (2.33)	0.152
	Erkek	2.69±1.03	1-4.67	
Düşünme	**Kadın**	2.53±0.95	1-4.5 (2.5)	0.104
	Erkek	2.77±1.05	1-5 (3)	
İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği	**Kadın**	1.77±0.59	0.78-3.02	0.240
	Erkek	1.87±0.56	0,67-3.06	

Mann Whitney U Testi *p<0,05

Eğitim durumu dikkate alındığında Benlik Algısındaki Değişim değeri üniversite üstü olanların diğer eğitim durumlarına nazaran daha yüksek olması istatistiki açıdan anlamlı bulunmuştur. (p=0,001; p<0,05). Eğitim durumuna bakıldığında Başkalarıyla Olan İlişkilerde, Yaşam Felsefesindeki Değişim, TSBE, Aktiviteler değeri, Enerji

değeri, Mood değeri ve İÖYKÖ diğer gruplara göre daha yüksek olması istatistiki açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0,001; p<0,05). (Tablo 4.6)

Tablo 4.6: Eğitim Durumuna Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması

		Ort±Ss	p	Post-H0c
Benlik Algısında Değişim	**Okuryazar[a]**	25.76±12.46	0.023*	a<d b<d c<d
	İlköğretim[b]	23.41±10.69		
	Lise[c]	24.83±10.03		
	Üniversite üzeri[d]	30.7±10.71		
Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	**Okuryazar[a]**	11.13±6.35	0.045*	a<d b<d c<d
	İlköğretim[b]	10.59±5.89		
	Lise[c]	10.83±5.32		
	Üniversite üzeri[d]	14.03±5.98		
Yaşam Felsefesinde Değişim	**Okuryazar[a]**	14.87±6.86	0.009**	a<d b<d c<d
	İlköğretim[b]	13.22±5.97		
	Lise[c]	14.6±5.56		
	Üniversite üzeri[d]	18.13±6.11		
Travma Sonrası Büyüme Envanteri	**Okuryazar[a]**	51.76±23.82	0.009**	a<d b<d c<d
	İlköğretim[b]	47.22±21.27		
	Lise[c]	50.25±19.72		
	Üniversite üzeri[d]	62.87±20,65		
İstemsiz Ruminasyon	**Okuryazar[a]**	20.96±7.35	0.384	-
	İlköğretim[b]	20.03±7.03		
	Lise[c]	19.85±5.65		
	Üniversite üzeri[d]	20.3±8.6		
İstemli Ruminasyon	**Okuryazar[a]**	20.13±6.77	0.205	-
	İlköğretim[b]	18.68±6.56		
	Lise[c]	19.48±4.9		
	Üniversite üzeri[d]	19.8±7.71		
Aktiviteler	**Okuryazar[a]**	2.48±1.04	0.001**	a<d b<d c<d
	İlköğretim[b]	2.58±0.9		
	Lise[c]	2.68±0.84		
	Üniversite üzeri[d]	3.37±0.9		

Kruskall Wallis testi *p<0,05 **p<0,01

Tablo 4.6: Eğitim Durumuna Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması-Devamı

		Ort±Ss	p	Post-H0c
Sosyal Aile Rolleri	**Okuryazar[a]**	2.3±1.19	0.023* 0.120	a<d b<d c<d -
	İlköğretim[b]	2.27±1.05		
	Lise[c]	2.24±0.94		
	Üniversite üzeri[d]	2.78±1.04		
Dil	**Okuryazar[a]**	3.05±1.22	0.045* 0.129	a<d b<d c<d -
	İlköğretim[b]	3.24±1.09		
	Lise[c]	3.33±1.1		
	Üniversite üzeri[d]	3.73±1.12		
Vizyon	**Okuryazar[a]**	3.1±1.11	0.009** 0.140	a<d b<d c<d -
	İlköğretim[b]	3.17±1.11		
	Lise[c]	3.13±1.02		
	Üniversite üzeri[d]	3.69±1.15		
Enerji	**Okuryazar[a]**	2.51±1.11	0.009** 0.011*	a<d b<d c<d a<d b<d
	İlköğretim[b]	2.39±0.98		
	Lise[c]	2.73±0.86		
	Üniversite üzeri[d]	3.18±0.96		
Model	**Okuryazar[a]**	2.34±1.21	0.384 0.003**	- a<d b<d c<d
	İlköğretim[b]	2.32±1.05		
	Lise[c]	2.46±0.94		
	Üniversite üzeri[d]	3.16±0.89		
Kişilik	**Okuryazar[a]**	2.48±1.08	0.205 0.188	- -
	İlköğretim[b]	2,58±1.13		
	Lise[c]	2,57±0.99		
	Üniversite üzeri[d]	2.98±0.95		
Düşünme	**Okuryazar[a]**	2.42±0.97	0.001** 0.103	a<d b<d c<d -
	İlköğretim[b]	2,74±1		
	Lise[c]	2.69±1.02		
	Üniversite üzeri[d]	2.98±1.08		
İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği	**Okuryazar[a]**	1.72±0.62	0.120 0.009**	- a<d b<d c<d
	İlköğretim[b]	1.77±0.55		
	Lise[c]	1.82±0.51		
	Üniversite üzeri[d]	2.16±0.54		

Kruskall Wallis testi ****p<0,05*** *****p<0,01***

Medeni hale göre benlik algısında değişimi istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermemiştir (p>0,05). Evli grubunun başkalarıyla ilişkilerde değişim değerinin, yaşam felsefesindeki değişim değerinin, travma sonrası büyüme değerinin, aktiviteler değerinin, sosyal aile rolleri değerinin, vizyon değerinin, enerji değerinin, model değerinin ve inmeye özgü yaşam kalitesi değerinin bekar gruptan daha düşük seviyede

olması istatistiki olarak anlamlıdır (p=0,001; p<0,05). Medeni hale göre istemsiz ruminasyon, istemli ruminasyon, dil verileri, kişilik değeri ve düşünme değeri verileri istatistiki olarak anlamlı farklılık göstermemiştir (p>0,05). (Tablo 4.7)

Tablo 4. 7: Medeni Durumuna Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması

		Ort±Ss	Min-Max	p
Benlik Algısında Değişim	**Evli**	24.68±11.35	0-66 (26)	0.058
	Bekar	28.12±10.49	7-49 (29)	
Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	**Evli**	10.72±5.88	0-25 (11)	***0.023****
	Bekar	13.14±5.92	2-25 (13)	
Yaşam Felsefesinde Değişim	**Evli**	14.13±6.28	0-30 (15)	***0.013****
	Bekar	16.73±6.02	3-28 (18)	
Travma Sonrası Büyüme Envanteri	**Evli**	49.53±21.96	6-105	***0.017****
	Bekar	58±20.92	13-99	
İstemsiz Ruminasyon	**Evli**	20.67±6.86	0-30 (22)	0.162
	Bekar	19.08±7.43	0-30 (19)	
İstemli Ruminasyon	**Evli**	19.73±6.34	0-30 (21)	0.330
	Bekar	18.61±6.58	0-27 (20)	
Aktiviteler	**Evli**	2.59±0.94	1-4.84	***0.005****
	Bekar	3.03±0.98	1-5 (3)	
Sosyal Aile Rolleri	**Evli**	2.27±1.08	1-4.75	***0.042****
	Bekar	2.59±1.02	1-4.25	
Dil	**Evli**	3.24±1.16	1-5 (3.2)	0.353
	Bekar	3.43±1.08	1-5 (3.4)	
Vizyon	**Evli**	3.08±1.08	1-5 (3)	***0.005****
	Bekar	3.64±1.06	1.67-5	
Enerji	**Evli**	2.53±1.02	1-5 (2.75)	***0.015****
	Bekar	2.94±0.94	1-5 (3)	
Model	**Evli**	2.35±1.08	1-5 (2.25)	***0.001****
	Bekar	2.92±0.99	1-4.75 (3)	
Kişilik	**Evli**	2.54±1.07	1-5 (2.33)	0.070
	Bekar	2.83±1.01	1-4.67 (3)	
Düşünme	**Evli**	2.61±1.01	1-5 (2.5)	0.128
	Bekar	2.87±1.02	1-5 (3)	
İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği	**Evli**	1.77±0.57	0.67-3.02	***0.008****
	Bekar	2.02±0.54	0.83-3.06	

Mann Whitney U Testi, *p<0,05 **p<0,01

Çalışan kesimin benlik algısında değişimi, yaşam felsefesinde değişimi, travma sonrası büyümesi, aktiviteler değeri, sosyal aile rolleri, dil, vizyon, enerji, model, kişilik ve düşünme değerleri ve de inmeye özgü yaşam kalitesi değerleri, çalışmayanlara kıyasla yüksek olması istatistiki açıdan anlamlıdır (p=0,001; p<0,05). Çalışma durumuna göre başkalarıyla ilişkilerde değişim değeri, istemsiz ruminasyon ve istemli ruminasyon verileri istatistiki olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). (Tablo 4.8)

Tablo 4. 8: Çalışma Durumuna Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Benlik Algısında Değişim	**Evet**	28.78±10.5	9-49 (30)	0.006**
	Hayır	24.28±11.27	0-66 (25)	
Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	**Evet**	12.47±6.58	0-25 (14)	0.078
	Hayır	10.88±5.68	0-25 (10)	
Yaşam Felsefesinde Değişim	**Evet**	17.13±6.34	4-28 (18)	0.001**
	Hayır	13.88±6.08	0-30 (15)	
Travma Sonrası Büyüme Envanteri	**Evet**	58.38±21.99	17-101 (61)	0.005**
	Hayır	49.03±21.47	6-105 (51)	
İstemsiz Ruminasyon	**Evet**	20.49±7.7	0-30 (23)	0.434
	Hayır	20.2±6.77	0-30 (21)	
İstemli Ruminasyon	**Evet**	20.09±6.71	0-28 (21)	0.150
	Hayır	19.21±6.29	0-30 (20)	
Aktiviteler	**Evet**	3.16±0.84	1.24-5 (3.05)	0.001**
	Hayır	2.52±0.95	1-4.84 (2.53)	
Sosyal Aile Rolleri	**Evet**	2.67±1.02	1-4.75 (2.63)	0.006**
	Hayır	2.23±1.07	1-4.5 (2)	
Dil	**Evet**	3.58±1.06	1.2-5 (3.4)	0.024*
	Hayır	3.18±1.16	1-5 (3)	
Vizyon	**Evet**	3.55±1.05	1-5 (3.67)	0.011*
	Hayır	3.09±1.1	1-5 (3)	

Mann Whitney U Testi *p<0,05 **p<0,01

Tablo 4.8: Çalışma Durumuna Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması-Devamı

		Ort±Ss	Min-Max	p
Enerji	**Evet**	2.87±1	1-5 (3)	0.03*
	Hayır	2.54±1.01	1-5 (2.75)	
Model	**Evet**	2.8±1	1-4.75 (2.75)	0.01*
	Hayır	2.37±1.09	1-5 (2.25)	
Kişilik	**Evet**	2.94±0.86	1-4.67 (3)	0.005**
	Hayır	2.49±11	1-5 (2.33)	
Düşünme	**Evet**	3±0.87	1-5 (3)	0.005**
	Hayır	2.55±1.05	1-5 (2.5)	
İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği	**Evet**	2.05±0.52	1.1-3.06 (2.07)	0.001**
	Hayır	1.75±0.57	0.67-3.02 (1.78)	

Mann Whitney U Testi *p<0,05 **p<0,01

Gelir düzeyine göre benlik algısında değişim ölçümü, başkalarıyla ilişkilerde değişim değeri, yaşam felsefesinde değişim değeri, travma sonrası büyüme değeri, istemli ve istemsiz ruminasyon değeri, sosyal aile rolleri değeri, dil değeri, enerji değeri, model değeri, kişilik değeri, düşünme değeri ve yaşam kalitesi değeri istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermemiştir (p>0,05). Gelir düzeyine bakıldığında aktiviteler değeri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir (p=0,003; p<0,05). Geliri giderden yüksek olan grubunun aktiviteler değeri, diğer grup gelir gider düzeylerine göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001; p<0,05). Gelir durumuna göre vizyon değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,022; p<0,05). Gelir giderden yüksek kesimin vizyon ölçümü, gelir giderden düşük ve denk gruba nazaran yüksekliği istatistiki açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0,001; p<0,05). (Tablo 4.9)

Tablo 4. 9: Gelir Durumuna Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması

		Ort±Ss	Min-	p
Benlik Algısında Değişim	**Gelir giderden düşük**	25.18±11.03	4-45 (28)	0.555
	Gelir gidere denk	25.43±11.01	5-66 (26)	
	Gelir giderden yüksek	26.7±13.06	0-49 (30)	
Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	**Gelir giderden düşük**	11±6.53	0-25 (12)	0.871
	Gelir gidere denk	11.54±5.67	0-25 (11)	
	Gelir giderden yüksek	10.65±6.62	1-24 (12)	
Yaşam Felsefesinde Değişim	**Gelir giderden düşük**	14.58±6.29	0-24 (15)	0.300
	Gelir gidere denk	14.55±6.12	3-30 (15)	
	Gelir giderden yüksek	16.39±7.38	0-28 (19)	
Travma Sonrası Büyüme Envanteri	**Gelir giderden düşük**	50.76±22.63	6-93 (54)	0.677
	Gelir gidere denk	51.52±21.28	13-105	
	Gelir giderden yüksek	53.74±25.2	7-98 (61)	
İstemsiz Ruminasyon	**Gelir giderden düşük**	20.6±7.17	4-30 (22)	0.924
	Gelir gidere denk	20.27±6.67	0-30 (21)	
	Gelir giderden yüksek	19.74±8.79	0-30 (23)	
İstemli Ruminasyon	**Gelir giderden düşük**	19.76±6.43	3-30 (21)	0.812
	Gelir gidere denk	19.5±5.96	0-30 (20)	
	Gelir giderden yüksek	18.61±8.69	0-27 (22)	
Aktiviteler	**Gelir giderden düşük**	2.35±0.94	1-4.16	**0.003****
	Gelir gidere denk	2.72±0.91	1-4.84	
	Gelir giderden yüksek	3.27±1.07	1.53-5	
Sosyal Aile Rolleri	**Gelir giderden düşük**	2.08±1.05	1-4.5 (2)	0.067
	Gelir gidere denk	2.39±1.04	1-4.5	
	Gelir giderden yüksek	2.66±1.19	1-4.75	
Dil	**Gelir giderden düşük**	3.03±1.27	1-5 (3)	0.128
	Gelir gidere denk	3.3±1.09	1-5 (3.2)	
	Gelir giderden yüksek	3.7±1.07	2-5 (3.4)	
Vizyon	**Gelir giderden düşük**	2.96±1.05	1-5 (3)	0.022*
	Gelir gidere denk	3.21±1.1	1-5 (3)	
	Gelir giderden yüksek	3.77±1.07	1.67-5	

Kruskall Wallis Testi *p<0,05 **p<0,01

Tablo 4.9: Gelir Durumuna Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması-Devamı

		Ort±Ss	Min-	p
Enerji	**Gelir giderden düşük**	2.42±1.04	1-4.25	
	Gelir gidere denk	2.69±0.96	1-5	0.282
	Gelir giderden yüksek	2.7±1.23	1-5	
Model	**Gelir giderden düşük**	2.3±1.19	1-4.5 (2)	
	Gelir gidere denk	2.51±1.04	1-5 (2.5)	0.258
	Gelir giderden yüksek	2.7±1.07	1-4.5	
Kişilik	**Gelir giderden düşük**	2.47±1.07	1-4.33	
	Gelir gidere denk	2.61±1.07	1-5	0.299
	Gelir giderden yüksek	2.88±0.96	1-4.67	
Düşünme	**Gelir giderden düşük**	2.43±1	1-4.5	
	Gelir gidere denk	2.73±1	1-5 (3)	0.182
	Gelir giderden yüksek	2.85±1.14	1-5 (2.5)	
İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği	**Gelir giderden düşük**	1.67±0.6	0.67-2.76	
	Gelir gidere denk	1.85±0.54	0.74-2.93	0.055
	Gelir giderden yüksek	2.04±0.61	0.97-3.06	

Kruskall Wallis Testi *p<0,05 **p<0,01

Beraber yaşanan kişiye bakıldığında benlik algısında değişimi, başkalarıyla ilişkilerde değişimi, yaşam felsefesindeki değişim değeri, travma sonrası büyüme değeri, istemli ve istemsiz ruminasyon değeri ve de dil değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). Yalnız grubunun aktiviteler değerinin eşiyle, eşiyle ve çocuklarıyla ve de diğer olanlara göre yüksek olması istatistiksi açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0,001; p<0,05). Beraber yaşanan kişiye göre sosyal aile rolleri değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,003; p<0,05). Yalnız grubunun sosyal aile rolleri değerinin, eşimle, eşiyle ve çocuklarıyla ve de diğer olanlara göre yüksek olması istatistiki açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0,001; p<0,05). Beraber yaşanan kişiye göre vizyon değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,027; p<0,05). Eşimle grubunun ve eşiyle ve çocuklarıyla yaşan

grubunun vizyon değerinin, yalnız grubuna nazaran daha az olması istatistiki açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0,001; p<0,05). Beraber yaşanan kişiye bakıldığında enerji değeri istatistiki bakımdan anlamlı farklılık göstermiştir (p=0,019; p<0,05). Yalnız grubunun enerji değerinin, eşimle, eşiyle ve çocuklarıyla ve de diğer olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001; p<0,05). Beraber yaşanan kişiye göre model değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,005; p<0,05). Yalnız grubunun model değerinin, eşimle, eşiyle ve çocuklarıyla ve de diğer gruplardan yüksek olması istatistiki açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0,001; p<0,05). Beraber yaşanan kişiye istinaden kişilik değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (p=0,001; p<0,05). Yalnız grubunun kişilik değerinin, eşimle, eşiyle ve çocuklarıyla ve de diğer olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001; p<0,05). Beraber yaşanan kişiye göre düşünme değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,002; p<0,05). Yalnız grubunun düşünme değerinin, eşimle, eşiyle ve çocuklarıyla ve de diğer gruplarından yüksek olması istatistiki bakımdan anlamlı bulunmuştur (p=0,001; p<0,05). Beraber yaşanan kişiye göre inmeye özgü yaşam kalitesi değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,002; p<0,05). Yalnız grubunun inmeye özgü yaşam kalitesi değerinin, eşimle, eşiyle ve çocuklarıyla ve de diğer olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001; p<0,05). (Tablo 4.10)

Tablo 4.10: Beraber Yaşanan Kişiye Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması

		Ort±Ss	Min-	p	Pos
Benlik Algısında Değişim	**Eşi[a]**	25.03±12.	0-66	0,305	-
	Eşi ve Çocuklar[b]	24.55±10.	4-47		
	Yalnız[c]	28.19±10.	11-49		
	Diğer[d]	27.33±10.	7-48		
Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	**Eşi[a]**	10.98±6.0	0-25	0,262	-
	Eşi ve Çocuklar[b]	10.62±5.7	0-22		
	Yalnız[c]	13.16±5.5	3-24		
	Diğer[d]	12.67±6.7	3-25		
Yaşam Felsefesinde Değişim	**Eşi[a]**	13.95±6.5	0-30	0,053	-
	Eşi ve Çocuklar[b]	14.36±6.1	0-25		
	Yalnız[c]	17.55±5.8	7-28		
	Diğer[d]	14.89±5.7	3-24		
Travma Sonrası Büyüme Envanteri	**Eşi[a]**	49.97±23.	7-105	0,186	-
	Eşi ve Çocuklar[b]	49.53±21.	6-92		
	Yalnız[c]	58.9±20.3	24-99		
	Diğer[d]	54.89±21.	13-93		
İstemsiz Ruminasyon	**Eşi[a]**	19.38±6.5	0-30	0,206	-
	Eşi ve Çocuklar[b]	21.28±7.0	0-30		
	Yalnız[c]	19.94±8.0	0-30		
	Diğer[d]	19.28±6.3	5-30		
İstemli Ruminasyon	**Eşi[a]**	19±6.27	1-30	0,699	-
	Eşi ve Çocuklar[b]	19.92±6.3	0-30		
	Yalnız[c]	19.65±6.6	0-27		
	Diğer[d]	18.5±7	4-30		
Aktiviteler	**Eşi[a]**	2.51±0.88	1-4.58	0,002**	a<c
	Eşi ve Çocuklar[b]	2.64±0.99	1-4.84		b<c
	Yalnız[c]	3.32±0.78	1.84-5		c>d
	Diğer[d]	2.59±1.04	1-4.16		
Sosyal Aile Rolleri	**Eşi[a]**	2.36±1.06	1-4.5	0,003**	a<c
	Eşi ve Çocuklar[b]	2.21±1.11	1-4.75		b<c
	Yalnız[c]	2.89±0.77	1-4.25		c>d
	Diğer[d]	2.07±1.14	1-4.13		

Kruskall Wallis Testi *p<0,05 **p<0,01

Tablo 4.10: Beraber Yaşanan Kişiye Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması-Devamı

		Ort±Ss	Min-	p	Pos
Dil	**Eşi[a]**	3.09±1.1	1-5 (3)	0,051	-
	Eşi ve Çocuklar[b]	3.34±1.1	1-5 (3.6)		
	Yalnız[c]	3.71±0.9	1.8-5		
	Diğer[d]	3±1,11	1-5 (2,9)		
Vizyon	**Eşi[a]**	3,02±0,9	1-5 (3)	0,027*	a<c
	Eşi ve Çocuklar[b]	3,18±1,1	1-5 (3)		b<c
	Yalnız[c]	3,78±1,0	1,67-5		
	Diğer[d]	3,15±1,2	1-5 (3)		
Enerji	**Eşi[a]**	2,55±1,0	1-4,25	0,019*	a<c
	Eşi ve Çocuklar[b]	2,53±1,0	1-5 (2,5)		b<c
	Yalnız[c]	3,16±0,7	2-5		c>d
	Diğer[d]	2,53±1,1	1-4,5		
Model	**Eşi[a]**	2,39±1,1	1-5	0,005**	a<c
	Eşi ve Çocuklar[b]	2,34±1,0	1-4,5		b<c
	Yalnız[c]	3,12±0,7	1,5-4,75		c>d
	Diğer[d]	2,43±1,1	1-4,25		
Kişilik	**Eşi[a]**	2,61±1,0	1-5	0,001**	a<c
	Eşi ve Çocuklar[b]	2,51±1,0	1-4,67		a>d
	Yalnız[c]	3,2±0,71	2-4,67		b<c
	Diğer[d]	2,04±1,1	1-4		c>d
Düşünme	**Eşi[a]**	2,65±0,9	1-4,5	0,002**	a<c
	Eşi ve Çocuklar[b]	2,59±1,0	1-5 (2,5)		b<c
	Yalnız[c]	3,27±0,7	2-5 (3,5)		c>d
	Diğer[d]	2,17±1,0	1-4 (2)		
İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği	**Eşi[a]**	1,77±0,5	0,67-2,93	0,002**	a<c
	Eşi ve Çocuklar[b]	1,78±0,6	0,72-3,02		b<c
	Yalnız[c]	2,21±0,3	1,57-3,06		c>d
	Diğer[d]	1,66±0,5	0,78-2,68		

Kruskall Wallis Testi *p<0,05 **p<0,01

Sigara kullanımına bakıldığında benlik algısında değişim, başkalarıyla ilişkilerde değişim, yaşam felsefesinde değişim, travma sonrası büyüme, istemli ve istemsiz ruminasyon değeri istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Sigara kullanan grubunun aktiviteler değeri, sosyal aile rollerinin değeri, dil değeri, vizyon değeri, enerji değeri, model değeri, kişilik değeri, düşünme değeri ve inmeye özgü yaşam kalitesi değeri kullanmayanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). (Tablo 4.11)

Tablo 4.11: Sigara Kullanım Durumuna Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması

		Ort±Ss	Min-Max	p
Benlik Algısında Değişim	**Evet**	26.88±10.58	5-49 (28)	0.103
	Hayır	24.46±11.63	0-66 (25)	
Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	**Evet**	12.13±5.88	0-25 (12)	0.100
	Hayır	10.68±5.98	0-25 (10)	
Yaşam Felsefesinde Değişim	**Evet**	15.53±6.32	0-30 (17)	0.119
	Hayır	14.17±6.25	0-28 (15)	
Travma Sonrası Büyüme Envanteri	**Evet**	54.53±21.72	6-101 (56.5)	0.074
	Hayır	49.3±21.97	6-105 (51)	
İstemsiz Ruminasyon	**Evet**	20.52±7.11	0-30 (22)	0.480
	Hayır	20.09±6.97	0-30 (21)	
İstemli Ruminasyon	**Evet**	19.75±6.34	0-30 (21)	0.592
	Hayır	19.22±6.47	1-30 (21)	
Aktiviteler	**Evet**	2.97±0.95	1-5 (2.95)	**0.001****
	Hayır	2.49±0.92	1-4.74 (2.58)	
Sosyal Aile Rolleri	**Evet**	2.56±1.06	1-4.75 (2.5)	**0.007****
	Hayır	2.18±1.05	1-4.5 (2)	
Dil	**Evet**	3.56±1.02	1-5 (3.5)	**0.003****
	Hayır	3.07±1.19	1-5 (3)	
Vizyon	**Evet**	3.52±1.06	1-5 (3.67)	**0.001****
	Hayır	2.98±1.08	1-5 (3)	
Enerji	**Evet**	2.85±0.94	1-5 (3)	**0.012***
	Hayır	2.46±1.04	1-5 (2.75)	
Model	**Evet**	2.73±1.04	1-4.5 (3)	**0.003****
	Hayır	2.29±1.08	1-5 (2.25)	
Kişilik	**Evet**	2.8±1.01	1-4.67 (3)	**0.017***
	Hayır	2.46±1.08	1-5 (2.33)	
Düşünme	**Evet**	2.89±0.99	1-5 (3)	**0.008****
	Hayır	2.51±1.02	1-5 (2.5)	
İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği	**Evet**	1.99±0.55	0.67-3.06	**0.001****
	Hayır	1.7±0.56	0.74-2.93	

Mann Whitney U Testi *p<0,05 **p<0,011

Alkol kullanan kesimin benlik algısında değişim değeri, başkalarıyla ilişkilerde değişim değeri, yaşam flsefesinde değişim değeri, travma sonrası büyüme değeri, aktivitiler değeri, sosyal aile rolleri değeri, dil değeri, vizyon değeri, enerji değeri, model değeri, kişilik değeri, düşünme değeri ve inmeye özgü yaşam kalitesi değeri kullanmayanlara göre yüksekliği istatistiki bakımdan anlamlı bulunmuştur (p=0,001; p<0,05). Alkol kullanımına bakıldığında istemsiz ruminasyon ve istemli ruminasyon değeri istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). (Tablo 4.12)

Tablo 4.12: Alkol Kullanma Durumuna Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması

		Ort±Ss	Min-Max	p
Benlik Algısında Değişim	**Evet**	29.74±10.29	11-49 (30)	**0.007****
	Hayır	24.66±11.23	0-66 (26)	
Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	**Evet**	13.88±5.8	2-24 (14)	**0.008****
	Hayır	10.79±5.88	0-25 (11)	
Yaşam Felsefesinde Değişim	**Evet**	17.68±5.72	6-26 (19)	**0.001****
	Hayır	14.17±6.27	0-30 (15)	
Travma Sonrası Büyüme Envanteri	**Evet**	61.29±21.1	19-99 (61.5)	**0.003****
	Hayır	49.62±21.67	6-105 (51.5)	
İstemsiz Ruminasyon	**Evet**	20.94±6.44	0-30 (20)	0.680
	Hayır	20.14±7.14	0-30 (21)	
İstemli Ruminasyon	**Evet**	20.09±5.75	0-27 (21)	0.548
	Hayır	19.33±6.54	0-30 (20)	
Aktiviteler	**Evet**	3.37±0.72	2.05-5 (3.37)	**0.001****
	Hayır	2.56±0.95	1-4.84 (2.58)	
Sosyal Aile Rolleri	**Evet**	2.9±0.98	1-4.5 (2.94)	**0.001****
	Hayır	2.23±1.05	1-4.75 (2)	
Dil	**Evet**	3.92±0.84	2,4-5 (4)	**0.001****
	Hayır	3.16±1.16	1-5 (3)	
Vizyon	**Evet**	3.74±1.01	2-5 (3.67)	**0.001****
	Hayır	3.11±1.09	1-5 (3)	
Enerji	**Evet**	3.29±0.82	1-5 (3.25)	**0.001****
	Hayır	2.5±1	1-5 (2.63)	

Mann Whitney U Testi *p<0,05 **p<0,01

Tablo 4.12: Alkol Kullanma Durumuna Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması-Devamı

		Ort±Ss	Min-Max	p
Model	**Evet**	3.2±0.92	1-4.75 (3.25)	**0.001****
	Hayır	2.34±1.05	1-5 (2.25)	
Kişilik	**Evet**	3.22±0.77	1.67-4.67 (3.17)	**0.001****
	Hayır	2.49±1.07	1-5 (2.33)	
Düşünme	**Evet**	3.32±0.64	2-4.5 (3.5)	**0.001****
	Hayır	2.54±1.03	1-5 (2.5)	
İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği	**Evet**	2.25±0.42	1.54-3.06 (2.21)	**0.001****
	Hayır	1.74±0.56	0.67-2.97 (1.78)	

Mann Whitney U Testi *p<0,05 **p<0,01

Egzersiz yapma durumuna göre benlik algısında değişim, başkalarıyla ilişkilerde değişim, yaşam felsefesinde değişim, travma sonrası büyüme, istemli ruminasyon, aktiviteler, sosyal aile rolleri, dil, vizyon, enerji, model, kişilik, düşünme ve inmeye özgü yaşam kalitesi değeri istatistiki olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). Egzersiz yapan grubunun istemsiz ruminasyon değerinin, yapmayanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001; p<0,05). (Tablo 4.13)

Tablo 4. 13: Egzersiz Yapabilmesine Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması

		Ort±Ss	Min-	p
Benlik Algısında Değişim	**Evet**	26.81±10.66	0-49 (29)	0.228
	Hayır	25.17±11.37	4-66 (26)	
Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	**Evet**	11.98±5.65	1-25 (12)	0.449
	Hayır	11.13±6.05	0-25 (11)	
Yaşam Felsefesinde Değişim	**Evet**	15.67±6.71	0-28 (17)	0.222
	Hayır	14.52±6.19	0-30 (15)	
Travma Sonrası Büyüme Envanteri	**Evet**	54.47±21.01	7-98 (58)	0.238
	Hayır	50.82±22.22	6-105	

Mann Whitney U Testi *p<0,05 **p<0,01

Tablo 4.13: Egzersiz Yapabilmesine Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması-Devamı

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
İstemsiz Ruminasyon	**Evet**	18.02±7.97	0-30 (20)	**0.039***
	Hayır	20.9±6.63	0-30 (22)	
İstemli Ruminasyon	**Evet**	17.35±7.71	0-29 (20)	0.058
	Hayır	20.03±5.89	0-30 (21)	
Aktiviteler	**Evet**	2.77±1.05	1.12-5 (2.53)	0.851
	Hayır	2.68±0.94	1-4.84 (2.79)	
Sosyal Aile Rolleri	**Evet**	2.4±1.1	1-4.75 (2.25)	0.747
	Hayır	2.33±1.06	1-4.5 (2.25)	
Dil	**Evet**	3.2±1.17	1.4-5 (3)	0.388
	Hayır	3.31±1.14	1-5 (3.4)	
Vizyon	**Evet**	3.26±1.19	1-5 (3)	0.945
	Hayır	3.21±1.08	1-5 (3.33)	
Enerji	**Evet**	2.69±1.1	1-5 (3)	0.629
	Hayır	2.61±0.99	1-5 (2.75)	
Model	**Evet**	2.66±0.92	1-4.5 (2.75)	0.162
	Hayır	2.44±1.12	1-5 (2.5)	
Kişilik	**Evet**	2.49±1.08	1-4.67 (2.67)	0.436
	Hayır	2.64±1.05	1-5 (2.67)	
Düşünme	**Evet**	2.56±1.11	1-5 (2)	0.366
	Hayır	2.71±0.99	1-5 (3)	
İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği	**Evet**	1.84±0.59	0.97-3.06 (1.75)	0.963
	Hayır	1.83±057	0.67-3.02 (1.9)	

Mann Whitney U Testi *p<0,05 **p<0,01

Kronik hastalığı olan ekipte benlik algısında değişim, başkalarıyla ilişkilerde değişim, yaşam felsefesindeki değişim, travma sonrası büyüme, aktiviteler, sosyal aile rolleri, enerji, model, kişilik, düşünme ve inmeye özgü yaşam kalitesi değerinin, yapanlara nazaran daha az olması istatistiki bakımdan anlamlı bulunmuştur (p=0,001; p<0,05). Kronik hastalık durumuna göre istemsiz ruminasyon, istemsiz ruminasyon, dil ve vizyon değeri istatistiki boyutta anlamlı farklılık göstermemiştir (p>0,05). (Tablo 4.14).

Tablo 4.14: Kronik Hastalık Durumuna Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması

		Ort±Ss	Min-Max	p
Benlik Algısında Değişim	**Evet**	23.99±11.74	0-66 (25)	**0.018***
	Havır	27.67±10.11	5-49 (28)	
Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	**Evet**	10.54±6.01	0-25 (10)	**0.032***
	Havır	12.41±5.75	0-24 (12)	
Yaşam Felsefesinde Değişim	**Evet**	13.68±6.54	0-30 (14)	**0.006****
	Havır	16.3±5.64	4-26 (16)	
Travma Sonrası Büyüme Envanteri	**Evet**	48.21±22.81	6-105 (50)	**0.011***
	Havır	56.39±19.88	16-99 (57)	
İstemsiz Ruminasyon	**Evet**	20.22±7.28	0-30 (21)	0.950
	Havır	20.36±6.67	0-30 (21)	
İstemli Ruminasyon	**Evet**	19.06±6.64	0-30 (21)	0.348
	Havır	20.01±6.04	0-30 (21)	
Aktiviteler	**Evet**	2.55±1.03	1-4.84 (2.58)	**0.01***
	Havır	2.91±0.83	1.16-5 (2.79)	
Sosyal Aile Rolleri	**Evet**	2.21±1.1	1-4.75 (2)	**0.014***
	Havır	2.54±1	1-4.5 (2.5)	
Dil	**Evet**	3.2±1.18	1-5 (3.2)	0.272
	Havır	3.41±1.09	1.2-5 (3.4)	
Vizyon	**Evet**	3.18±1.1	1-5 (3)	0.546
	Havır	3.27±1.11	1-5 (2.33)	
Enerji	**Evet**	2.47±1.05	1-5 (2.75)	**0.009****
	Havır	2.85±0.93	1-5 (3)	
Model	**Evet**	2.31±1.1	1-4.5 (2.25)	**0.005****
	Havır	2.73±1.01	1-5 (2.75)	
Kişilik	**Evet**	2.41±1.05	1-4.67 (2.33)	**0.002****
	Havır	2.89±1.01	1-5 (3)	
Düşünme	**Evet**	2.53±1.1	1-5 (2.5)	**0.011***
	Havır	2.89±0.86	1-4.5 (3)	
İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği	**Evet**	1.74±0.59	0.67-3.02	**0.009****
	Havır	1.96±0.52	1-3.06 (1.98)	

Mann Whitney U Testi *p<0,05 **p<0,01

Protez kullanma durumuna göre benlik algısında değişim, başkalarıyla ilişkilerde değişim, yaşam felsefesindeki değişim, travma sonrası büyüme, istemsiz ruminasyon, aktiviteler, sosyal aile rolleri, dil, vizyon, enerji, model, kişilik, düşünme ve inmeye özgü yaşam kalitesi değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir

(p>0,05). Protez kullanan grubunun istemli ruminasyon değerinin, kullanmayanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001; p<0,05). (Tablo 4.15)

Tablo 4.15: Protez Kullanma Durumuna Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması

		Ort±Ss	Min-Max	p
Benlik Algısında Değişim	**Evet**	24.75±10.54	0-40 (26.5)	0.926
	Hayır	25.67±11.37	1-66 (27)	
Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	**Evet**	11±5.38	0-22 (10)	0.727
	Hayır	11.38±6.08	0-25 (12)	
Yaşam Felsefesinde Değişim	**Evet**	13.59±6.62	0-24 (14)	0.337
	Hayır	14.99±6.24	0-30 (16)	
Travma Sonrası Büyüme Envanteri	**Evet**	49.34±21.22	6-85 (51)	0.635
	Hayır	52.04±22.14	6-105 (54)	
İstemsiz Ruminasyon	**Evet**	18.38±7.51	5-30 (17)	0.064
	Hayır	20.64±6.89	0-30 (21.5)	
İstemli Ruminasyon	**Evet**	17.06±7.43	2-30 (17.5)	**0.025***
	Hayır	19.91±6.11	0-30 (21)	
Aktiviteler	**Evet**	2.62±0.86	1-4.37 (2.53)	0.535
	Hayır	2.71±0.98	1-5 (2.79)	
Sosyal Aile Rolleri	**Evet**	2.37±1.01	1-4.5 (2.19)	0.836
	Hayır	2.34±1.09	1-4.75 (2.25)	
Dil	**Evet**	2.99±1.2	1-5 (3)	0.148
	Hayır	3.34±1.13	1-5 (3.4)	
Vizyon	**Evet**	2.91±1.1	1-5 (3)	0.122
	Hayır	3.28±1.1	1-5 (3.33)	
Enerji	**Evet**	2.59±0.9	1-4.25 (2.75)	0.715
	Hayır	2.64±1.04	1-5 (2.75)	

Mann Whitney U Testi *p<0,05 **p<0,01

Tablo 4.15: Protez Kullanma Durumuna Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması-Devamı

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Model	**Evet**	2.53±1.12	1-4.5 (2.5)	0.810
	Hayır	2.48±1.08	1-5 (2.5)	
Kişilik	**Evet**	2.48±1.03	1-4 (2.67)	0.500
	Hayır	2.63±1.07	1-5 (2.67)	
Düşünme	**Evet**	2.61±1.02	1-4 (2.5)	0.791
	Hayır	2.69±1.02	1-5 (3)	
İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği	**Evet**	1.76±0.55	0.72-2,67 (1.77)	0.492
	Hayır	1.84±0.58	0.67-3,06 (1.92)	

Mann Whitney U Testi *p<0,05 **p<0,01

Hastanın tanısına göre TSBE ve alt boyutları, OİRE alt boyutları ve SSQOL ve alt boyutları değeri istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05) (Tablo 4.16).

Tablo 4.16: Tanı Durumuna Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması

		Ort±Ss	Min-Max	p
Benlik Algısında Değişim	**İskemik**	25.64±11.43	0-49 (27)	0.732
	Hemorajik	25.35±10.98	5-66 (27)	
Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	**İskemik**	11.33±6.18	0-25 (11)	0.894
	Hemorajik	11.29±5.68	0-25 (12)	
Yaşam Felsefesinde Değişim	**İskemik**	14,81±6,68	0-30 (15)	0.921
	Hemorajik	14.71±5.77	0-26 (15)	
Travma Sonrası Büyüme Envanteri	**İskemik**	51.79±23.02	6-101 (53)	0.915
	Hemorajik	51.35±20.51	9-105 (54)	
İstemsiz Ruminasyon	**İskemik**	20.47±6.95	0-30 (21)	0.819
	Hemorajik	20.01±7.15	0-30 (21)	
İstemli Ruminasyon	**İskemik**	19.82±6.41	1-30 (21)	0.364
	Hemorajik	18.94±6.39	0-30 (21)	

Mann Whitney U Testi *p<0,05 **p<0,01

Tablo 4.16: Tanı Durumuna Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması-Devamı

		Ort±Ss	Min-Max	p
Aktiviteler	**İskemik inme**	2.7±0.95	1-4.74 (2.74)	0.957
	Hemorajik	2.69±0.99	1-5 (2.79)	
Sosyal Aile Rolleri	**İskemik inme**	2.33±1.07	1-4.75 (2.13)	0.788
	Hemorajik	2.37±1.08	1-4.5 (2.25)	
Dil	**İskemik inme**	3.33±1.12	1-5 (3.4)	0.482
	Hemorajik	3.23±1.18	1-5 (3)	
Vizyon	**İskemik inme**	3.18±1.14	1-5 (3)	0.491
	Hemorajik	3.27±1.05	1-5 (3)	
Enerji	**İskemik inme**	2.64±0.99	1-5 (2.75)	0.992
	Hemorajik	2.62±1.05	1-5 (3)	
Model	**İskemik inme**	2.5±1.13	1-5 (2.25)	0.873
	Hemorajik	2.46±1.02	1-4.5 (2.5)	
Kişilik	**İskemik inme**	2.68±1.13	1-5 (2.67)	0.338
	Hemorajik	2.51±0.94	1-4.67 (2.67)	
Düşünme	**İskemik inme**	2.71±1.04	1-5 (3)	0.568
	Hemorajik	2.63±1	1-4.5 (2.5)	
İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği	**İskemik inme**	1.84±0.58	0.67-2.97 (1.9)	0.722
	Hemorajik	1.81±0.56	0.74-3.06 (1.86)	

Mann Whitney U Testi *p<0,05 **p<0,01

İnme nedeniyle etkilenen bölgeye göre benlik algısında değişimi istatistiki düzlemde anlamlı farklılık göstermiştir (p=0,001; p<0,05). Etkilenen bölgesi sağ olan grup benlik algısında değişimi, her iki taraf olanlara istinaden daha yüksek olması istatistiki açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0,001; p<0,05). Etkilenen bölgesi olmayan hasta grubunun benlik algısındaki değişim değeri, sağ, sol ve her iki tarafı etkilenen gruplara kıyasla daha düşük bulunmuş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir (p=0,001; p<0,05). Ayrıca, inme nedeniyle etkilenen bölgeye göre başkalarıyla ilişkilerdeki değişim değeri de anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,001; p<0,05). Sağ grubunun başkalarıyla ilişkilerdeki değişim değeri, her iki tarafı etkilenen gruba göre daha yüksek bulunmuş ve bu fark anlamlıdır (p=0,001; p<0,05). Etkilenen bölgesi

olmayan hasta grubunun başkalarıyla ilişkilerdeki değişim değeri de sağ, sol ve her iki tarafı etkilenen gruplara göre daha düşük olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,001; p<0,05). Yaşam felsefesinde değişim değeri de inme nedeniyle etkilenen bölgeye göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir (p=0,001; p<0,05). Sağ grubunun yaşam felsefesinde değişim değeri, her iki tarafı etkilenen gruba göre daha yüksek bulunmuş ve anlamlıdır (p=0,001; p<0,05). Etkilenen bölgesi olmayan hasta grubunun yaşam felsefesinde değişim değeri de sağ, sol ve her iki tarafı etkilenen gruplara kıyasla daha düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,001; p<0,05). Travma sonrası büyüme değerinde de benzer şekilde anlamlı farklılıklar bulunmuştur (p=0,001; p<0,05). Sağ grubunun travma sonrası büyüme değeri, her iki tarafı etkilenen gruba göre daha yüksek çıkmıştır (p=0,001; p<0,05). Etkilenen bölgesi olmayan hasta grubunun travma sonrası büyüme değeri ise sağ, sol ve her iki tarafı etkilenen gruplara kıyasla daha düşük bulunmuş ve anlamlıdır (p=0,001; p<0,05). İstemli ve istemsiz ruminasyon değerlerinde ise inme nedeniyle etkilenen bölgeye göre anlamlı farklılık gözlemlenmemiştir (p>0,05). Ancak aktivitelerle ilgili değerlere bakıldığında, sağ ve sol grupların aktivitelerdeki değişim değeri, her iki tarafı etkilenen gruba göre daha yüksek bulunmuş ve bu fark anlamlıdır (p=0,001; p<0,05). Etkilenen bölgesi olmayan hasta grubunun aktiviteler değeri ise sağ, sol ve her iki tarafı etkilenen gruplara kıyasla daha düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,001; p<0,05). Sosyal aile rolleri değerinde de anlamlı farklılıklar bulunmuş ve sağ ve sol grupların sosyal aile rolleri değerleri, her iki tarafı etkilenen gruptan daha yüksek olmuştur (p=0,001; p<0,05). Etkilenen bölgesi olmayan hasta grubunun sosyal aile rolleri değeri de sağ, sol ve her iki tarafı etkilenen gruplara göre daha düşük bulunmuştur (p=0,001; p<0,05). Dil ve vizyon değerlerinde de etkilenen bölgesi olmayan hastaların değerlerinin, sağ, sol ve her iki tarafı etkilenen hastalara göre daha düşük olduğu bulunmuş ve bu farklar anlamlıdır (p=0,001; p<0,05). Enerji değerinde sağ ve sol grupların değerleri, her iki tarafı etkilenen gruba kıyasla daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,001; p<0,05). Etkilenen bölgesi olmayan hastaların enerji değeri ise sağ, sol ve her iki tarafı etkilenen gruplara göre daha düşük çıkmıştır (p=0,001; p<0,05). Model değeri açısından da sağ ve sol grupların model değerleri, her iki tarafı etkilenen gruba göre daha yüksek bulunmuş ve anlamlıdır (p=0,001; p<0,05). Etkilenen bölgesi olmayan hasta grubunun model değeri ise sağ, sol ve her iki tarafı etkilenen gruplara kıyasla daha düşük olmuştur (p=0,001; p<0,05). Kişilik değerinde de sağ ve sol grupların değerleri, her

iki tarafı etkilenen gruptan daha yüksek çıkmıştır (p=0,001; p<0,05). Ayrıca, sağ grubunun kişilik değeri, etkilenen bölgesi olmayan gruptan daha yüksek bulunmuştur (p=0,001; p<0,05). Etkilenen bölgesi olmayan hasta grubunun kişilik değeri ise sol ve her iki tarafı etkilenen gruplara göre daha düşük bulunmuş ve anlamlıdır (p=0,001; p<0,05). Düşünme değeri açısından sağ ve sol grupların değerleri, her iki tarafı etkilenen gruba göre daha yüksek bulunmuş ve anlamlıdır (p=0,001; p<0,05). Etkilenen bölgesi olmayan hasta grubunun düşünme değeri ise sağ, sol ve her iki tarafı etkilenen gruplara göre daha düşük çıkmıştır (p=0,001; p<0,05). Son olarak, inmeye özgü yaşam kalitesi değerinde sağ ve sol grupların değerleri, her iki tarafı etkilenen gruba göre daha yüksek bulunmuş ve bu fark anlamlıdır (p=0,001; p<0,05). Etkilenen bölgesi olmayan hasta grubunun inmeye özgü yaşam kalitesi değeri ise sağ, sol ve her iki tarafı etkilenen gruplara kıyasla daha düşük olmuştur (p=0,001; p<0,05). (Tablo 4.17)

Tablo 4.17: İnme Nedeniyle Etkilenen Bölgeye Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması

		Ort±Ss	Min-Max	p	Post
Benlik Algısında Değişim	**Sağ[a]**	25.68±10.74	0-48 (28)	**0.001****	a>c
	Sol[b]	24.76±11.69	1-66 (26)		a<d
	Her iki taraf[c]	20.39±9.79	6-42 (19)		b<c
	Yok[d]	31.3±9.97	9-49 (30)		c<d
Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	**Sağ[a]**	11.86±5.86	0-25 (12)	**0.001****	a>c
	Sol[b]	10.3±5.67	0-21 (10)		a<d
	Her iki taraf[c]	8.67±5.38	0-22 (9)		b<d
	Yok[d]	14.76±5.65	3-24 (15)		c<d
Yaşam Felsefesinde Değişim	**Sağ[a]**	15.15±5.92	0-28 (16)	**0.001****	a>c
	Sol[b]	14.14±5.77	4-25 (15)		a<d
	Her iki taraf[c]	11.79±6.65	0-24 (13)		b<d
	Yok[d]	18.03±6.25	4-30 (18)		c<d
Travma Sonrası Büyüme Envanteri	**Sağ[a]**	52.69±20.92	6-101 (54)	**0.001****	a>c
	Sol[b]	49.2±21.47	8-105 (52)		a<d
	Her iki taraf[c]	40.85±20.2	6-85 (39)		b<d
	Yok[d]	64.08±20.57	18-99 (61)		c<d

Kruskall Wallis Testi *p<0,05 **p<0,01

Tablo 4.17: İnme Nedeniyle Etkilenen Bölgeye Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması-Devamı

		Ort±Ss	Min-Max	p	Post
İstemsiz Ruminasyon	**Sağ[a]**	19.69±6.86	2-30 (20)	0.117	-
	Sol[b]	20.08±6.23	0-30 (20)		
	Her iki taraf[c]	22.24±7.6	0-30 (23)		
	Yok[d]	19.84±8.08	0-30 (22)		
İstemli Ruminasyon	**Sağ[a]**	18.32±6.5	2-29 (20)	0.056	-
	Sol[b]	19.41±5.41	1-30 (20)		
	Her iki taraf[c]	21±7.02	0-30 (22)		
	Yok[d]	19.97±7.3	0-30 (22)		
Aktiviteler	**Sağ[a]**	2.59±0.83	1-4,58 (2.53)	**0.001****	a>c
	Sol[b]	2.73±0.79	1.12-4.26 (2.84)		a<d
	Her iki taraf[c]	1.91±1.06	1-4.84 (1.35)		b>c
	Yok[d]	3.52±0.74	1.79-5 (3.58)		b<d
Sosyal Aile Rolleri	**Sağ[a]**	2.39±1.08	1-4.5 (2.13)	**0.001****	a>c
	Sol[b]	2.25±0.96	1-4.75 (2.25)		a<d
	Her iki taraf[c]	1.53±0.8	1-3.88 (1.25)		b>c
	Yok[d]	3.2±0.84	1.75-4.5 (3.13)		b<d
Dil	**Sağ[a]**	3.17±1.1	1-5 (3)	**0.001****	a>c
	Sol[b]	3.28±1.04	1.2-5 (3.2)		a<d
	Her iki taraf[c]	2.79±1.37	1-5 (3)		b>c
	Yok[d]	3.95±0.92	1.8-5 (4.2)		b<d
Vizyon	**Sağ[a]**	3.01±1.02	1-5 (3)	**0.001****	a<d
	Sol[b]	3.18±1.12	1-5 (3)		b<d
	Her iki taraf[c]	3.03±1.15	1-5 (3)		c<d
	Yok[d]	3.79±0.99	1.67-5 (4)		
Enerji	**Sağ[a]**	2.56±0.96	1-4.25 (2.75)	**0.001****	a>c
	Sol[b]	2.64±0.93	1-5 (2.75)		a<d
	Her iki taraf[c]	1.95±1.02	1-4 (1.5)		b>c
	Yok[d]	3.34±0.8	1.75-5 (3.5)		b<d
Model	**Sağ[a]**	2.46±1.06	1-4.5 (2.5)	**0.001****	a>c
	Sol[b]	2.39±0.97	1-4.5 (2.25)		a<d
	Her iki taraf[c]	1.73±0.91	1-3.75 (1.5)		b>c
	Yok[d]	3.39±0.85	1,5-5 (3.25)		b<d

Kruskall Wallis Testi *p<0,05 **p<0,01

Tablo 4.17: İnme Nedeniyle Etkilenen Bölgeye Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması-Devamı

		Ort±Ss	Min-Max	p	Post
Kişilik	**Sağ[a]**	2.67±1.09	1-4.67 (2.67)	**0.001****	a>c
	Sol[b]	2.52±0.99	1-5 (2.67)		a<d
	Her iki taraf[c]	1.98±0.91	1-4 (2)		b>c
	Yok[d]	3.26±0.91	1-5 (3.33)		b<d
Düşünme	**Sağ[a]**	2.75±0.97	1-4.5 (3)	**0.001****	a>c
	Sol[b]	2.61±0.92	1-5 (2.5)		a<d
	Her iki taraf[c]	2.08±1.12	1-5 (1.5)		b>c
	Yok[d]	3.2±0.92	1-5 (3.5)		b<d
İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği	**Sağ[a]**	1.8±0.52	0.86-2.9	**0.001****	a>c
	Sol[b]	1.8±0.49	1.05-2.97		a<d
	Her iki taraf[c]	1.42±0.57	0.67-2.6		b>c
	Yok[d]	2.3±0.47	1.15-3.06		b<d

Kruskall Wallis Testi *p<0,05 **p<0,01

Yaş ile benlik algısındaki değişim, (r=-,194, p<0,01), başkalarıyla ilişkilerdeki değişim (r=-,199, p<0,01), yaşam felsefesinde değişim (r=-,207, p<0,01) ve TSBE (r=-,219, p<0,01) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.18).

Yaş ile aktiviteler (r=-,262, p<0,01), sosyal aile rolleri (r=-,141, p<0,05), enerji (r=-,196, p<0,01), mood (r=-,281, p<0,01), kişilik (r=-,152, p<0,05) ve İÖYKÖ (r=-,212, p<0,01) arasındaki ilişki de negatif yönde anlamlıdır. Yaş ile inme tanısı alma zamanı, İstemsiz ruminasyon, İstemli ruminasyon, dil, vizyon ve düşünme arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.18).

İnme tanısı alma zamanı ile yaşam felsefesinde değişim arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=,163, p<0,05). İnme tanısı alma zamanı ile aktiviteler (r=,280, p<0,01), sosyal aile rolleri (r=,154, p<0,05), dil (r=,181, p<0,05), vizyon (r=,239, p<0,01), mood (r=,188, p<0,01), düşünme (r=,160, p<0,05) ve İÖYKÖ (r=,216, p<0,01) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir. İnme tanısı alma zamanı ile benlik algısında değişim, başkalarıyla ilişkilerde değişim, travma sonrası büyüme, istemsiz ruminasyon, istemli ruminasyon, enerji ve kişilik arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.18)

Tablo 4. 18: Yaş, İnme Tanı Alma Zamanı ile Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Korelasyon Analizi

		1	2
1.Yaş	r	1.000	
	p	.	
2.İnme Tanı Alma Zamanı	r	-0.086	1
	p	.224	.
1. Benlik Algısında Değişim	r	-.194**	0.109
	p	.006	.123
2. Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	r	-.199**	0.005
	p	.005	.949
3. Yaşam Felsefesinde Değişim	r	-.207**	.163*
	p	.003	.021
4. Travma Sonrası Büyüme Envanteri	r	-.219**	0.101
	p	.002	.157
5. İstemsiz Ruminasyon	r	.080	-0.042
	p	.258	.554
6. İstemli Ruminasyon	r	0	0.017
	p	0.508	.813
7. Aktiviteler	r	-.262**	.280**
	p	.000	0
8. Sosyal Aile Rolleri	r	-.141*	.154*
	p	.046	.030
9. Dil	r	-0.123	.181*
	p	.082	.010
10. Vizyon	r	-0.126	.239**
	p	.077	.001
11. Enerji	r	-.196**	0.127
	p	.006	.072
12. Model	r	-.281**	.188**
	p	.000	.008
13. Kişilik	r	-.152*	0.123
	p	.031	.083
14. Düşünme	r	-0.073	.160*
	p	0.301	0.024
15. İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği	r	-.212**	.216**
	p	.003	.002

Spearman's *p<0,05 **p<0,01

Benlik algısındaki değişim ile aktiviteler (r=0,484, p<0,01), sosyal ve aile rolleri (r=0,494, p<0,01), dil (r=0,460, p<0,01), vizyon (r=0,452, p<0,01), enerji (r=0,525, p<0,01), mood (r=0,533, p<0,01), kişilik (r=0,459, p<0,01), düşünme (r=0,449, p<0,01) ve İÖYKÖ (r=0,578, p<0,01) arasında anlamlı bir ilişki vardır. Ancak benlik algısındaki değişim ile istemsiz ruminasyon ve istemli ruminasyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.19).

Başkalarıyla ilişkilerdeki değişim ile aktiviteler (r=0,444, p<0,01), sosyal ve aile rolleri (r=0,578, p<0,01), dil (r=0,341, p<0,01) vizyon (r=0,359, p<0,01), enerji (r=0,607, p<0,01), mood (r=0,618, p<0,01), kişilik (r=0,506, p<0,01), düşünme (r=0,418, p<0,01) ve İÖYKÖ (r=0,574, p<0,01) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Ancak başkalarıyla ilişkilerdeki değişim ile istemsiz ruminasyon ve istemli ruminasyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0,05) (Tablo 4.19).

Yaşam felsefesindeki değişim ile aktiviteler (r=0,554, p<0,01), sosyal ve aile rolleri (r=0,534, p<0,01), dil (r=0,503, p<0,01), vizyon (r=0,459, p<0,01), enerji (r=0,595, p<0,01), mood (r=0,583, p<0,01), kişilik (r=0,547, p<0,01), düşünme (r=0,506, p<0,01) ve İÖYKÖ (r=0,639, p<0,01) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yaşam felsefesindeki değişim ile istemsiz ruminasyon ve istemli ruminasyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.19).

Travma sonrası büyüme ile aktiviteler (r=,525, p<0,01), sosyal ve aile rolleri arasında (r=,559, p<0,01), dil (r=,472, p<0,01), vizyon (r=,461, p<0,01), enerji (r=,596, p<0,01), mood (r=,607, p<0,01), kişilik (r=,526, p<0,01), düşünme (r=,479, p<0,01) ve İÖYKÖ (r=,631, p<0,01) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Travma sonrası büyüme ile istemsiz ruminasyon ve istemli ruminasyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0,05) (Tablo 4.19).

İstemsiz ruminasyon ile aktiviteler (r=-,168, p<0,05), sosyal ve aile rolleri (r=-,220, p<0,01), enerji (r=-,187, p<0,01), mood (r=-,153, p<0,05), İÖYKÖ (r=-,149, p<0,05) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. İstemsiz ruminasyon ile dil, vizyon, kişilik ve düşünme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0,05) (Tablo 4.19).

İstemli ruminasyon ile aktiviteler, sosyal aile rolleri, dil, vizyon, enerji, mood, kişilik, düşünme ve İÖYKÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0,05) (Tablo 4.19).

Tablo 4. 19: Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Korelasyon Analizi

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Benlik Algısında Değişim	r	1.000														
	p	.														
2. Başkalarıyla İlişkilerde Değişim	r	.806**	1													
	p	.000	.													
3. Yaşam Felsefesinde Değişim	r	.822**	.759**	1												
	p	.000	.000	.												
4. Travma Sonrası Büyüme Envanteri	r	.959**	.902**	.911**	1.000											
	p	000	.000	.000	.											
5. İstemsiz Ruminasyon	r	-0.029	-0.076	0.005	-0038	1										
	p	.681	.285	.948	.598	.										
6. İstemli Ruminasyon	r	0.085	0	0.073	0.063	.769**	1									
	p	.233	.996	.304	.379	.000	.									
7. Aktiviteler	r	.484**	.444**	.554**	.525**	-.168*	-0.08	1.000								
	p	.000	.000	.000	.000	.017	.263	.								

Spearman's *p<0,05 **p<0,01

Tablo 4.19: Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Korelasyon Analizi-Devamı

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
8. Sosyal Aile Rolleri	r	.494**	.578**	.534**	.559**	-.220**	-.129	.702**	1							
	p	0	.000	.000	.000	.002	.069	.000	.							
9. Dil	r	.460**	.341**	.503**	.472**	-0.048	0.069	.699**	.382**	1.000						
	p	.000	0	.000	.000	.495	.330	.000	.000	.						
10. Vizyon	r	.452**	.359**	.459**	.461**	-0.088	0.031	.653**	.323**	.769**	1.000					
	p	.000	.000	0	.000	.216	.662	.000	.000	.000	.					
11. Enerji	r	.525**	.607**	.595**	.596**	-.187**	-0.059	.716**	.825**	.527**	.430**	1				
	p	.000	.000	.000	0	.008	.406	.000	.000	.000	.000	.				
12. Model	r	.533**	.618**	.583**	.607**	-.153*	-0.088	.703**	.872**	.433**	.387**	.839**	1.000			
	p	.000	.000	.000	.000	0.03	.215	.000	.000	.000	.000	.000	.			
13. Kişilik	r	.459**	.506**	.547**	.526**	-0.106	0	.641**	.761**	.501**	.446**	.702**	.758**	1		
	p	.000	.000	.000	.000	.134	0.89	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.		

Spearman's *p<0,05 **p<0,01

Tablo 4.19: Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Olay İlişki Ruminasyon Envanteri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Korelasyon Analizi-Devamı

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
14. Düşünme	r	.449**	.418**	.506**	.479**	-.089	-.026	.614**	.623**	.626**	.509**	.666**	.595**	.709**	1	
	p	.000	.000	.000	.000	.208	.712	0	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	
15. İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği	r	.578**	.574**	.639**	.631**	-.149*	-0.032	.869**	.829**	.754**	.694**	.860**	.851**	.842**	.817**	1.000
	p	.000	.000	.000	.000	.035	.653	.000	0	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.

Spearman's *p<0,05 **p<0,01

Tablo 4.20'ye göre, bağımsız değişkenlerin inmeye özgü yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=83,672, p<0,001). Bağımsız değişkenler ile inmeye özgü yaşam kalitesi arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir (R=0,678, p<0,001). Bu bağımsız değişkenler, inmeye özgü yaşam kalitesi toplam varyansının %45,9'unu açıklamaktadır (p<0,01).

Travma sonrası büyüme (β=0,659, p<0,01) değişkeni yaşam kalitesini pozitif yönde etkilerken, istemsiz ruminasyon (β=-0,147, p<0,01) değişkeni negatif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak, travma sonrası büyüme arttıkça inmeye özgü yaşam kalitesinin arttığı, ancak istemsiz ruminasyon arttıkça inmeye özgü yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.20).

Tablo 4.20: Bağımsız Değişkenler ile SSQOL Anlaşılması için Çoklu Lineer Regresyon Analizi Bulguları

		Multivariable				
Model	**Değişkenler**	**B**	**S.Hata**	**Standart (B)**	**t**	**p**
1	**Travma Sonrası Büyüme**	0.017	0.001	0.659	12.568	**0.001****
	İstemsiz Ruminasyon	-0.012	0.004	-0.147	-2.799	**0.001****
****p<0,01 *p<0,05**						

BEŞİNCİ BÖLÜM
TARTIŞMA

İnme sonrasında hastalar yaşadıkları travmaya bağlı fiziksel, duyusal ve iletişimsel becerilerinde kayıp yaşamalarının yanında depresyon ve anksiyete gibi psikolojik çöküş yaşayabilirler. Yaşanılan bu kayıplar ve yoksunluklar sonucunda bireylerde olumlu ya da olumsuz tepkiler görülmektedir. Oluşan tepkiler kişilerin hastalığı algılayabilmesi, kişilik yapısı ve düşünce biçimde oluşan ya da oluşabilecek farklılıklara göre değişebilir. Bu çalışmada inme öykülü hastaların inme geçirdikten sonra hastalarda görülen travma sonrası büyüme, ruminatif düşünme ve yaşam kalitelerinin birbiriyle ilişkilerinin olup olmadığının ve de yaşadıkları travmayı anlamlandırabilip bilemediklerinin araştırılması amacıyla yapılmıştır. Vardığımız sonuçlar bu bölümde literatürle tartışılmıştır.

Hastaların TSBE toplam puan ortalaması 51,61±21,96, alt boyutları sırasıyla benlik algısında değişim ortalaması 25,52±11,22 yüksek, yaşam felsefesinde değişim ortalaması 11,32±5,96 düşük bulunmuştur. Bu bağlamda hastaların orta düzeyde travma sonrası büyümeye sahip olduğundan bahsedebiliriz. Bu sonuçlar, hastaların en fazla benlik algısında değişim yaşadığını ve en az düzeyde ise yaşam felsefelerinde değişim olduğunu göstermektedir. Bu durumda, hastalar travmatik yaşantılar sonrası kendilerini daha güçlü hissetme, zorluklarla başa çıkma konusunda gelişim gösterme eğilimindedir. Aynı zamanda, sosyal ilişkilerinde de olumlu değişimler yaşamış olabilirler; örneğin, yakın ilişkilerin değerini daha fazla anlamış ya da destek mekanizmalarına daha fazla yönelmiş olabilirler. Ancak yaşam felsefesinde değişimin diğer boyutlara göre daha düşük olması, hastaların hayata dair anlamlandırma süreçlerinde daha az dönüşüm yaşadıklarını ya da bu değişimin daha yavaş ilerlediğini düşündürebilir. Genel olarak, bu bulgular hastaların travma sonrası büyüme yaşadığını, ancak bunun tüm alanlarda eşit düzeyde olmadığını ve daha çok kişisel güçlenme ve sosyal ilişkilerde dönüşüm ekseninde yoğunlaştığını ortaya koymaktadır. TSB kavramı, bireylerin beklenmedik bir zamanda beklenmedik yani hayatın olağan akışını bozan bir olayla karşılaştıklarında, yaşanılan bu olayın akabinde yaşanılan travmayı anlamlandırdıkları ve yaşam süreçlerine pozitif değer kattıkları bir süreçtir. TSB kavramı bu zorlu süreçten sonra oluşabilecek olumlu yükselişten söz eder. Yapılan çalışmalar hastalarda TSB'nin hayata yüklenilen anlamın değer kazanması ve başa çıkma sürecini desteklediğini göstermektedir (Huang vd.,2021). Literatürde

inmeli hastalarda yapılan çalışma yetersiz olduğundan kronik hastalığı olan hastalarda yapılan çalışmalar ışığında, benzer bir çalışma özelliği gösteren Wong ve ark.'ın (2019) tarafından yapılan meme kanseri tanısı alan hastalarla yapılan ve aynı ölçüm aracı kullanılan çalışmada hastaların travma sonrası büyüme düzeylerinin ortalamanın üzerinde olduğu belirlenmiştir. Yine Kaya Yıldırım ve Dirik (2022) miyokard infarktüsü geçiren bireylerde yaptıkları çalışma sonuca göre hasta bireylerde orta seviyede olsa travma sonrası büyümeyi görmenin mümkün olduğunu gösterdiler. Bu sonuçlar baz alındığında travmatik yaşam öyküsü olan bireylerin hayatının belli başlı bölümlerinde kayda değer pozitif değişimler görüldüğü ve yaşanan travmadan sonra fırsatları değerlendirebileceğini ortaya koyan TSB'yi desteklemektedir. (Aydoğdu ve Dirik, 2021). Shu ve ark.'ın (2020) yapmış olduğu çalışmada TSBE bulgularının toplam puan ortalaması 55.4±11.0 olarak bulunmuş ve çalışmamıza benzer şekilde TSBE hastalarda pozitif algılandığını belirtmiştir. Aynı zamanda Hu ve ark.'ın (2022) yapmış olduğu çalışmada TSBE toplam puan ortalaması yine bizim çalışmamıza paralel olarak 56.94±9.11 sonucuna varmışlardır. Karagiorgou ve ark.'ın (2018) yapmış olduğu çalışmada TSBE'nin alt boyutları (Benlik Algısında Değişim, Yaşam Felsefesinde Değişim, Başkalarıyla İlişkilerde Değişim) değerlendirilmiş olup hastalarda görülen pozitif yükselişi çalışmamızla eşdeğer bulmuşlardır.

Çalışmada TSB'yi etkileyen faktörlerde eğitim durumu Shu ve ark.'ın (2020) yapmış olduğu çalışmayla aynı sonucu vermektedir. Aslan ve ark.'(2007) yaptıkları çalışmalarında eğitim düzeyi ile sorunlarla mücahedele ve umut edebilme yeteneklerinin doğrusal olarak artış gösterdiği sonucuna varmışlardır. Eğitim düzeyi ilerledikçe TSB'de artış göstermektedir. Ancak çalışmamızdan farklı olarak medeni hal ve birlikte yaşadığı kişiler Shu ve ark.'ın (2020) yapmış olduğu çalışmayla uyuşmamaktadır. Çalışmamızda bekar bireylerin evli bireylere nazaran TSB oranlarını daha yüksek bulmuştur. Kolokotroni ve ark.'(2014) derleme çalışmasında, medeni durumun travma sonrası büyüme üzerindeki etkisi çalışmamızla aynı sonuca varmıştır. Dane ve Olgun (2016) hemodiyaliz hastalarındaki çalışabilme durumuna göre hastaların pisikolojik dayanıklılıklarını araştırmış ve çalışan grubun çalışmayan gruba göre daha güçlü olduğunu bulmuşlardır. Aynı zamanda Akyüz'ün (2016) yapmış olduğu kolerektal kanser tanılı hastalarda yaptığı çalışma bize aynı sonucu vermiştir.

Bu araştırmada inme tanılı hastaların istemsiz ruminasyon ve istemli ruminasyon düzeyleri puanlarının ortalamanın üzerinde olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, inme

geçiren hastaların olayın etkilerini zihinsel olarak yoğun bir şekilde işlediklerini göstermektedir. İstemsiz ruminasyonun yüksek olması, hastaların yaşadıkları travmatik deneyimle ilgili kontrolsüz ve sıkıntı verici düşünceler yaşadıklarını, belki de kaygı ve depresyon risklerinin arttığını düşündürebilir. Öte yandan, istemli ruminasyonun yüksek olması, hastaların yaşadıkları deneyimi anlamlandırmaya ve başa çıkma stratejileri geliştirmeye çalıştıklarını gösterebilir. Bu durumda, istemsiz ruminasyonun uzun vadede psikolojik iyilik hali açısından risk oluşturabileceği, ancak istemli ruminasyonun travma sonrası büyümeye katkı sağlayabilecek bir mekanizma olabileceği söylenebilir. Bu nedenle, hastalar için istemsiz ruminasyonu azaltmaya yönelik müdahaleler (örneğin, bilişsel davranışçı terapi, farkındalık temelli yaklaşımlar) ve istemli ruminasyonu destekleyici psikososyal desteklerin sağlanması faydalı olabilir. Polonya'da aynı ölçüm aracı ile yapılan bir araştırmada hastaların istemli ruminasyon ve istemsiz ruminasyon puanlarının ortalamanın üzerindedir (Szcześniak vd., 2022). Ruminasyon, bireyin bir sorunla başa çıkmak amacıyla çözüm odaklı bir yaklaşım yerine, olumsuz durumu ya da belirtileri sürekli olarak tekrarlayan ve durmaksızın üzerinde düşündüğü bir süreçtir. Bu durumda kişi, yaşadığı zorluklara veya bu zorlukların neden olduğu problemlere takılıp kalır, çözüm bulmak yerine sadece bu durumları düşünmeye devam ederler (Önder ve Utkan, 2018). Çalışmamızdan farklı olarak Ramos ve ark.'nın (2018) Portekiz'de yaptıkları çalışmada, meme kanseri tanısı alan hastaların istemli ruminasyon ile istemsiz ruminasyon düzeyinin ortalamanın altında olduğunu bildirmişlerdir. Aynı şekilde, Soo ve Sherman (2015) Avusturalya'da meme kanseri hastalarıyla farklı bir ölçüm aracı kullanarak yaptıkları çalışmada hastaların hem istemsiz hem de istemli ruminasyon düzeyinin düşük olduğunu saptamışlardır. Bu durum tanı süresi gibi klinik özelliklere, kişisel ve çevresel faktörlere, hastalığa uyum sürecine ilişkin farklılıklara bağlı olabilir. Temelde ruminasyon anksiyete, psikoz, depresyon ya da insomnia gibi psikolojik kökenli hastalıklarla ilişkilendirilir ve bu hastalıklar genellikle büyük travmalardan sonra kazanılır ancak yüksek oranda artan ruminasyon sağlıksız beslenme şekli, yüksek sedanter yaşam, sigara ve alkol kullanımı ya da madde bağımlılığı ile yakından ilişkilidir. Kardiyovasküler hastalıklar, obezite ya da kronik ağrı gibi kronikleşen hastalıklarda ruminasyon düzeyleri olması gerekenden çok daha yüksektir ve altta yatan sebebin otonomik disregülasyon olduğu tahmin edilmektedir. Ruminatif düşünce biçimini distal kırgınlık faktörlerinin artırabileceğini ve bu faktörlerin başında ebeveynlik stili, sosyo-kültürel ve ekonomik beklentiler, kişiler

arası stres, hayatın erken ve orta dönemlerinde yaşanan sıkıntılar ve sosyalleşme gibi ana çevresel etmenler gelir. (Karabay vd., 2023) Yapmış olduğumuz çalışma sonucunda inme geçiren bireylerdeki okuryazarlık oranı artıkça hastalarda gelişen ruminatif düşünme biçimleri azalmaktadır. Lin ve ark.'ın (2024) yapmış olduğu çalışmada çalışmamıza paralel olarak okuryazarlık düzeyinin artmasıyla ruminasyon boyutunun azaldığını söylemişlerdir. Çalışmamızın bir diğer sonucu olarakda egzersiz yapan hastaların istemsiz ruminasyon değeri yapmayan gruba nazaran daha düşük görülmüştür. Lin ve ark. (2024) yapmış oldukları çalışmada da hastaların mobilizasyon ve egzersiz yapma durumlarına göre çalışmamızda olduğu gibi hastaların istemsiz ruminasyon düzeyleri düşmektedir.

Çalışmamızda, psikososyal sorunlarla ilişkili olduğu düşünülen hastaların, hastalık sonrasındaki yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (İÖYKÖ) kullanılmıştır. Çalışmada bireylerin İÖYKÖ puan ortalaması 1,83±0,57 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda inme geçiren hastaların düşük seviyede yaşam kalitesine sahip olduğu bulunmuştur. Sağlık, pek çok farklı özelliği bir araya getiren çok boyutlu bir kavramdır. Bu nedenle sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, sosyal, fiziksel, duygusal ve psikolojik işlevlerle doğrudan bağlantılı olan çeşitli alanları kapsar. İnme, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen motor ve non-motor sorunlara yol açabilir. Bu sorunlar uygun şekilde ele alınmadığında, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ciddi şekilde düşebilir (Omoniyi vd., 2023). İnme sonrasında hastada var olan fiziksel, psikolojik ve sosyal değişiklikler hastanın yaşamını değiştirmekte ve hastanın yaşam kalitesini düşürmektedir. Yeni yaşam sürecine adapte olmak (özellikle bir sekel kalma durumunda), toplumun baskıcı ve dışlayıcı yapısı ile karşılaşmak, ailedeki sosyal statüsünün azalması ya da değişmesi, maddi açıdan güçsüzlük gibi hastalık sonrası karşılaşılan durumlar yaşam kalitesini ciddi anlamda azaltmaktadır (Topçu ve Oğuz, 2017). Emre ve ark.'nın (2020) yapmış olduğu çalışmada inmeli hastaların yaşam kalitesi ortalaması araştırmamızla eş özellikler gösterirken, Cheiloudaki ve Alexopoulos, (2019) araştırmamızın aksine inmeli hastalarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu sonucuna varmışlardır. Topçu ve Oğuz (2018) yapmış oldukları çalışmada inmeli grubun yaşam kalitesinin ilerleyen dönemlerinde orta düzeyde olduğu kanısına ulaşmışlardır.

Yaptığımız çalışmada inmeli bireylerde bekar olanların evlilere göre, çalışan grubun çalışmayana göre, yalnız yaşayanların eşi, eşi ve çocuğu ve diğer durumlara göre,

sigara ve alkol kullananların kullanmayanlara göre, egzersiz yapan grubun yapmayanlara göre ve inme sonrası etkilenen bölgenin büyüklüğüne göre yaşam kalitesi etkilemektedir. Bello ve ark.'nın (2021) 28 çalışmayı dâhil ederek inme geçirmiş olan bireylerin yaşam kalitesini incelediği 2007 – 2019 arasındaki meta analizde; altı çalışmada inmeye özgü yaşam kalitesi ölçeği kullanılmış, incelenen çalışmalarda inme geçiren bireylerin sosyodemografik ve klinik özelliklerinin yaşam kalitesini belirlediği, yaşın artmasıyla beraber sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin azaldığı ve depresyonun yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisinin olduğu ispatlanmıştır. Pedersen ve ark.'ın (2021) Norveç ve Danimarka ülkelerinde inme geçirmiş bireyler üzerinde yapmış oldukları yaşam kalitesi incelemesinde bağımlılık oranlarına nazaran Norveçli hastalar Danimarkalı hastalardan daha az bağımlı ve daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğunu bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda da bağımlılık oranı azaldıkça yaşam kalitesi yükselmektedir. Bilgiç ve Pehlivan (2023) yapmış oldukları çalışmada tanısına eşlik eden kronik hastalıklı grubun, olmayanlara nazaran yaşam kalitesinin daha düşük olduğu sonucuna varmışlardır. Ellepola ve ark.'ın (2022) yaptığı çalışmada günlük hayattaki fiziksel aktivite arttıkça yaşam kalitesinin paralel olarak yükseldiğini bulmuşlardır. İnme geçiren bireylerde, yaşam kalitesi ile günlük fiziksel aktiviteler arasında olumlu bir ilişki tespit edilmiştir. Ramos Lima ve ark.'ın (2018) yapmış oldukları çalışmada ise sosyodemografik ve klinik özellikleri ile yaşam kalitelerini karşılaştırdıklarında bireylerin gelir düzeyi düşük olanlar, daha ağır klinik tablo ve daha kötü fonksiyonel duruma sahip olanların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda ise mesleği olan olmayanlara göre, gelir giderden yüksek olan olmayana göre ve bağımlılık oranı düşük olan yüksek olana göre yaşam kalitesi daha yüksek sonuçlar almaktayız. Ancak inmenin türü ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulamamaktayız. Barani (2018) çalışmasında inmeli bireylerin bilişsel durumu ile yaşam kalitelerini incelenmiş ve anlamlı bir ilişki olduğu sonuca varmıştır. Bizim çalışmamızda bilişsel sorunlar ve bağımlılık artıkça yaşam kalitesi düştüğünden dolayı anlamlı bir ilişki vardır sonucuna varıyoruz.

Yapmış olduğumuz araştırma sonucunda verilerimiz bize travma sonrası büyüme ile istemli ruminasyon arasında pozitif yönelimde, istemsiz ruminasyon ile negatif yönelimde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Aydoğdu ve Dirik (2021) meme kanserli kadın hastalarla yaptıkları çalışmalarında TSB ile istemli ruminasyon arasında pozitif

bir bağlam bulurken, istemsiz ruminasyon arasında negatif bir bağlam saptamışlardır. Mousavi ve Ramezani (2018) İran'da yaptıkları çalışmalarında TSB ile istemli ruminasyon arasında pozitif bir ilişki, istemsiz ruminasyon ile negatif bir ilişki tespit etmişlerdir. Yapılan çalışmaların sonuçları incelendiğinde inme gibi travmatik bir hastalıkta TSB ve istemli ruminasyon arasında biribirini destekler nitelikte bir ilişki olduğu sonucuna varılabilir. Soo ve Sherman (2015) ve Szcześniak ve ark. (2022) çalışmalarında istemsiz ruminasyonun bireyleri yoğun stress altına aldığını ve TSB'yi olumsuz etkilediği sonucuna varmışladır.

Çalışmamızda, travma sonrası büyüme arttıkça yaşam kalitesinin arttığı, ancak istemsiz ruminasyon arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır. Karabay ve ark.'nın (2023) yapmış olduğu çalışmada istemli ve istemsiz ruminasyon ve travma sonrası büyüme düzeyleri birbirini oldukça etkilemekte ve bu temel iki unsurun varlığı yaşam kalitesini etkilemektedir. Travma sonrası büyüme kavramı ile beraber hastalarda gerçekleşen iyi yöndeki gelişim, yani hastaların travma sonrası kendilerine sınır koymaktansa sınırlarını keşfedip yeni yetenek ve düşünce biçimleri kazanmalarıyla hayatlarındaki anlam arayışını yükselterek yaşama bağlanma ve travmatize olaydan yararlanmayı başarabilmektedirler. Bununla birlikte yaşam kalitelerinin yüksekliği ile travma sonrası büyümeleri arasında pozitif yönde bir ilişkiden söz etmemiz mümkündür. Litaretüre bakacak olursak Chan ve ark. (2011) ve Morris ve Shakespeare (2011) yaptıkları çalışmada, çalışmamızla eş değer sonuçlara varmışlardır. Ancak ruminatif düşünce biçimlerine baktığımızda bu ilişki negatif yöne doğru ilerlemektedir. Hastaların zihinsel geviş getirmeleri gündelik hayat rutinlerinden bireyleri soyutlayarak, travmatize edilen olayı anlamlandırmada oldukça güçlük çektirmekte ve bireylerin yaşam kalitesini oldukça düşürmektedir.

ALTINCI BÖLÜM
SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırmada inmeli hastaların travma sonrası büyüme, ruminasyon düzeyleri ve yaşam kaliteleri ele alınmıştır. İnme geçiren hastaların travma sonrası büyümeleri ve ruminasyon düzeyleri puan ortalamaları yüksek düzeyde bulunmuş, yaşam kaliteleri puan ortalamaları ise düşük düzeyde bulunmuştur. Hastaların medeni durumu, gelir düzeyleri, egzersiz yapmaları ve kronik rahatsızlığa sahip olmaları gibi sosyodemografik özellikler ve bağımlılık oranları hastaların travma sonrası büyümelerini, ruminasyon düzeylerini ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Travma sonrası büyüme arttıkça inmeye özgü yaşam kalitesinin arttığı, ancak istemsiz ruminasyon arttıkça inmeye özgü yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hastalara bakım verenlerin inme ile ilgili eğitim verilmesi,
- İnmeli hastaların topluma kazandırılması ve ailedeki rolünü sürdürebilmesi için istihdam sağlanması,
- Hastaların hayat standartlarını yükseltmek için rutin hayatlarını egzersiz programlarının eklenmesi,
- Hastaların başlarına gelen travmalar sonucunda daha iyi desteklenmesi
- Hastaların ruminatif düşünce biçiminden uzaklaştırılması için gerekli çalışma ve desteğin sağlanması
- Hastaların sosyal izolasyon yaşamaması için gerekli programların sağlanması
- Yaşam kalitesinin yükseltilmesi adına gerekli sosyal, maddi ve manevi desteğin sağlanması
- Hastaların sağlık okuryazarlık oranının yükseltilmesi
- Hastalara ve bakım verenlere psikolojik destek sağlanması,
- Hastaların tekrardan rutin hayata dönmesi için motive edilmesi,
- Hastaların düzenli olarak muayene olması için yönlendirilmesi,
- Hastaların kronik hastalıkların yönetimi için eğitime yönlendirmesi,
- Hastalardaki travma sonrası büyümenin artırılması için multidisipliner stratejiler oluşturulması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

Ağbulut, B. K., & Yıldırım, N. (2024). İnme sonrası taburculuk ve hasta eğitimi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *9*(2), 159-170.

Akbolat, M., Amarat, M., & Doğanyiğit, P. B. (2021). Sağlik Okuryazarliğinin Yaşam Kalitesine Etkisinde Özbakim Gücünün Araci Rolü. *Balıkesır Health Sciences Journal,* 11(1), 69–75. https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.976062

Akcan, G. (2018). Travma sonrası büyüme: Bir gözden geçirme. *Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, *3*(3), 61-70.

Akdemir, N. (Ed.). (2021). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. *Akademisyen Kitabevi.*

Akkoca, A. (2022). Hastane Öncesi Serebrovasküler Hastalıklara Yaklaşım Organizasyonu. *Hastane Öncesi Dergisi*, *7*(2), 261-273.

Akyüz S. (2016). Kolorektal Kanserlere Bağlı Stoma Açılan ve Açılmayan Hastalarda Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi.

Alankaya, N. (2019). İnme Sonrası Yeti Yitimi ve Rehabilitasyonda Hemşirenin Rolü. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi,* 23(3), 195-201.

ALisawi, M. R. A., Büyükturan, B., Büyükturan, Ö., & Kaya, M. H. (2024). İnme Sonrası Hastalarda Gövde Performansı ile Üst Ekstremite Fonksiyonları, Denge, Fonksiyonel Hareketlilik ve Günlük Yaşam Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *TURKISH JOURNAL OF HEALTH AND SPORT (TJHS)*, *5*(2), 31-35.

Alkan, S. A., Özdelikara, A., & Boğa, N. M. (2017). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Algılarının Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2); 11-21.

Aslan Ö, Sekmen K, Kömürcü Ş, Özet A. (2007). Kanserli Hastalarda Umut. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11: 18-24.

Aydoğdu, B. E., & Dirik, G. (2021). Meme Kanseri Olan Kadınlarda Psikolojik Belirtiler ve Travma Sonrası Gelişim ile İlişkili Faktörler. *Nesne Psikoloji Dergisi*, *9*(22), 863-883.

Bakanlığı, T. S., & Müdürlüğü, S. H. G. (2020). *Akut İskemik Inme Tanı ve Tedavi Rehberi*.

Bal, C., & Koç, Z. (2020). İskemik İnme Geçiren Bireyin NANDA-1'ya Göre Hemşirelik Tanıları, NIC Hemşirelik Girişimleri ve NOC Çıktıları. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*, 12(3); 443-56.

Barani, F., Tamini, B. K., & Fard, H. A. (2018). Comparing Personality Types, Everyday Memory, And Rumination Among Stroke, Heart Attack, And Dialysis Patients. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, *7*(1).

Bartholomé, L., & Winter, Y. (2020). Quality of Life and Resilience of Patients With Juvenile Stroke: A Systematic Review. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases,* 29(10), 105129.

Bártlová, S., Šedová, L., Havierniková, L., Hudáčková, A., Dolák, F., & Sadílek, P. (2022). Quality Of Life Of Post-Stroke Patients. *Slovenian Journal of Public Health*, *61*(2), 101-108.

Bello UM, Chutiyami M, Salihu D, Abdu SI, Tafida BA, Jabbo AA, et al. (2021) Quality Of Life Of Stroke Survivors İn Africa: A Systematic Review And Metaanalysis. *Quality of Life Research*.; 30(1): 1-19.

Bilgiç, Ş., & Pehlivan, E. (2023). Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Hastalığa Uyumunun Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi,* 8(1), 63–76.

Can, M., & Aydın, N. C. (2022). Eylemsiz Düşünceler Sarmalına Kapılmak: Ruminasyon. *Journal of Organizational Behavior Studies*, *2*(1), 57-69.

Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Triplett, K. N., Vishnevsky, T., & Lindstrom, C. M. (2011). Assessing Posttraumatic Cognitive Processes: The Event Related Rumination İnventory. *Anxiety, Stress, and Coping,* 24(2), 137–156. https://doi.org/10.1080/10615806.2010.529901

Center For Disease Control And Prevention (CDC) (2023). https://www.cdc.gov/stroke/signs_symptoms.htm (Erişim Tarihi: 04/12/2023)

Ceyhan, N., Baktır, S., Akbaba, Y. A., & Kaya, B. B. (2022). Hastanede Tedavi Edilen Kronik İnmeli Hastaların Aile Yakınları veya Bakıcı Tarafından Refakat Edilmesinin, Hasta Tarafından Algılanan Sosyal Destek Düzeyi, Fiziksel Bağımsızlık, Yaşam Kalitesi ve Depresyon Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. *Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi*, *5*(1), 55-59.

Chan MW, Ho SM, Tedeschi RG, Leung CW (2011) Thevalence of attentional bias and cancer-related rumination in posttraumatic stress and posttraumatic growth among women with breast cancer. Psychooncology, 20:544-552.

Cheiloudaki, E., & Alexopoulos, E. C. (2019). Adherence To Treatment İn Stroke Patients. *International journal of environmental research and public health*, *16*(2), 196.

Civelek, G. M., & Afşar, S. İ. (2017). İnme Sonrası Görülen İdrar Yolu Enfeksiyonlarının Değerlendirilmesi. *Journal of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences*, *20*(1).

Crichton, S. L., Bray, B. D., McKevitt, C., Rudd, A. G., & Wolfe, C. D. A. (2016). Patient Outcomes Up to 15 Years After Stroke: Survival, Disability, Quality of Life, Cognition and Mental Health. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 87(10); 1091-98.

Cui, Q. (2019). Modifiable And Non-Modifiable Risk Factors İn İschemic Stroke: A Meta-Analysis. *African Health Sciences*, *19*(2), 2121-2129.

Dane E, Olgun N. Hemodiyaliz Hastalarının Psikolojik Dayanıklılık Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2016, 11: 43-54.

Dölek, T., Cenilki, U., Bek, V. S., & Kutlu, G. (2023). Akut İskemik İnmenin İntravenöz Trombolitik Tedavisinde Muğla Deneyimleri. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi*, *10*(2), 115-119.

Duman, N. (2019). Travma Sonrası Büyüme ve Gelişim. *Uluslararası Afro-Avrasya Araştırmaları Dergisi,* 4(7), 178-184.

Ellepola S, Nadeesha N, Jayawickrama I, Wijesundara A, Karunathilaka N, Jayasekara P. (2022) Quality Of Life And Physical Activities Of Daily Living Among Stroke Survivors; Cross-Sectional Study. *Nursing Open*. 9(3): 1635- 1642.

Emre, A., Çetiner, M., & Korkut, Y. (2020). Quality of life and related factors in stroke patients. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, *14*(1), 103-111.

Er, F., & Yıldırım, Ş. (2019). İnme Sonrası Hasta ve Bakım Verenlerin Aile İçi İlişkilerinin Değerlendirilmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *6*(3), 182-189

Erten, R., & Kocakaya, R. (2020). Travma Sonrası Büyüme ve Anlam*: Bir Vaka Örneği*

Feske, S. K. (2021). Ischemic Stroke. The American Journal of Medicine, 134(12), 1457–1464.

Fırat, O., Karakuş, M., Arsava, E., Topçuoğlu, M. A., & Demirkan, K. (2021). İskemik İnmelerde Risk Faktörlerinin Yönetiminde Kılavuz Karşılaştırması. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, *30*(3), 211-217.

Forlivesi, S., Cappellari, M. ve Bonetti, B. (2021). Obezite Paradoksu ve Felç: Bir Anlatı İncelemesi. *Yeme ve Kilo Bozuklukları-Anoreksiya, Bulimia ve Obezite Üzerine Çalışmalar*, *26*, 417-423.

Gül, Z. B., & Varlıbaş, F. (2021). İskemik İnmede Koruyucu Olan HDL Hemorajik İnme İçin Tetikleyici Mi? *Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi*, *4*(2), 83-91.

Gürbüz, İ. Z., & Akın, S. (2020). İnmeli Hastalarda Hareket Fonksiyonuna Yönelik Rehabilitatif Yaklaşımlar. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, *2*(3), 191-196.

Hakverdioğlu Yönt, G., & Khorshid, L. (2012). Turkish Version Of The Stroke-Specific Quality Of Life Scale. *International nursing review*, *59*(2), 274-280.

Hasan, T. F., Rabinstein, A. A., Middlebrooks, E. H., Haranhalli, N., Silliman, S. L., Meschia, J. F., & Tawk, R. G. (2018, April). Diagnosis and management of acute ischemic stroke. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 93, No. 4, pp. 523-538). Elsevier.

Haselden, M. (2014). Üniversite öğrencilerinde travma sonrası büyümeyi yordayan çeşitli değişkenlerin Türk ve Amerikan kültürlerinde incelenmesi: Bir model önerisi.

Hodler, J., Kubik-Huch, R. A., & von Schulthess, G. K. (2020). Diseases of the brain, head and neck, spine 2020–2023: *Diagnostic imaging*.

Hu, R., Wang, X., Liu, Z., Hou, J., Liu, Y., Tu, J., ... & Zhou, H. (2022). Stigma, depression, and post-traumatic growth among Chinese stroke survivors: a longitudinal study examining patterns and correlations. *Topics in Stroke Rehabilitation*, *29*(1), 16-29.

Huang, X., Luo, W., Huang, H. ve He, J. (2021). Genç ve Orta Yaşlı Felçli Hastalarda Travma Sonrası Büyümenin Yörüngeleri ve Bunların Ruh Sağlığı Üzerindeki Öngörücü Etkileri. *Annals of Palliative Medicine*, *10* (9), 9435442-9439442.

Hyun, S.-J., Lee, J., & Lee, B.-H. (2021). The Effects of Sit-to-Stand Training Combined with Real Time Visual Feedback on Strength, Balance, Gait Ability, and Quality of Life in Patients with Stroke: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22).

Jeong, Young-Joo, & Kim, Hee-Sun. (2019). The Effects Of Hope, Meaning İn Life, And Social Support On Posttraumatic Growth İn Stroke Patients. *Korean Journal of Adult Nursing* , *31* (6), 605-617.

Kağan, M., Güleç, M., Boysan, M., & Çavuş, H. (2012). Travma Sonrası Büyüme Envanteri'nin Türkçe Versiyonunun Normal Toplumda Hiyerarşik Faktör Yapısı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, *11*(5).

Karabay, D., Tanık, F., Keskin, M., Öztürk, O., Kurt, M., & Kaya, D. Ö. (2023). Ruminasyonun Tanınması ve Ağrı Deneyimi ve Fiziksel Aktivite ile İlişkisinin İncelenmesi: Geleneksel Derleme. *Ahi Evran Medical Journal*, *7*(3), 381-390.

Karabay, D., Tanık, F., Keskin, M., Öztürk, O., Kurt, M., & Kaya, D. Ö. (2023). Ruminasyonun Tanınması ve Ağrı Deneyimi ve Fiziksel Aktivite ile İlişkisinin İncelenmesi: Geleneksel Derleme. *Ahi Evran Medical Journal*, *7*(3), 381-390.

Karagiorgou, O., Evans, J. J., & Cullen, B. (2018). Post-Traumatic Growth İn Adult Survivors Of Brain İnjury: A Qualitative Study Of Participants Completing A Pilot Trial Of Brief Positive Psychotherapy. *Disability and rehabilitation*, *40*(6), 655-659.

Karaman, Ö., & Tarım, B. (2018). Travma Sonrası Büyüme, Sosyal Problem Çözme ve İyimserlik Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (20), 190-198.

Kaya Yıldırım, İ., & Dirik, G. (2022). Kalp krizi sonrası hayata farklı bakmak: Miyokard infarktüsü geçirmiş hastalarda travma sonrası gelişim. *Nesne.* 10(23), 169-188. doi: 10.7816/nesne-10-23-10

Kelly, G., Morris, R., & Shetty, H. (2018). Predictors Of Post-Traumatic Growth İn Stroke Survivors. *Disability and Rehabilitation*, *40*(24), 2916-2924.

Kes, D. (2020). İnme Geçiren Bireylerin Hastalıkla Başa Çıkma Tutumlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. *Ankara Medical Journal*, *20*(1), 214-223.

Kocatürk, Ö., & Kocatürk, M. (2021). Endovasküler Akut İskemik İnme Tedavisi: İlk 100 Vakanın Analizi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, *18*(1), 82-87.

Kolokotroni P, Anagnostopoulos F. Psychosocial Factors Related to Posttraumatic Growth in Breast Cancer Survivors: *A Review. Women & Health*, 2014, 54: 569 592.

Kuriakose, D., & Xiao, Z. (2020). Pathophysiology and treatment of stroke: present status and future perspectives. *International journal of molecular sciences*, *21*(20), 7609.

Küçük, E. Ö., & Kapucu, S, (2023). İnmeli Hastalarda Disfaji Yönetimine Yönelik Kanıta Dayalı Bakım Rehberi Geliştirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, *7*(3), 651-661.

Laçin, B. G. D., & Yalçın, İ. (2018). Üniversite öğrencilerinde öz-yeterlilik ve stresle başa çıkma stratejilerinin bilişsel esnekliği yordama düzeyleri. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi,* 34(2), 358-371.

Lee, E. C., Ha, T. W., Lee, D. H., Hong, D. Y., Park, S. W., Lee, J. Y., ... & Oh, J. S. (2022). Utility of exosomes in ischemic and hemorrhagic stroke diagnosis and treatment. *International journal of molecular sciences*, *23*(15), 8367.

Lin, Y., Chen, Z., Zhou, W., He, M., Zhang, J., Guo, H., & Wang, L. (2024). Correlation Analysis of Disease Perception, Ruminative Rumination, and Psychological Resilience in Elderly Patients with Acute Stroke.

Miceli, G., Basso, M. G., Rizzo, G., Pintus, C., Cocciola, E., Pennacchio, A. R., & Tuttolomondo, A. (2023). Artificial intelligence in acute ischemic stroke subtypes according to toast classification: a comprehensive narrative review. *Biomedicines*, *11*(4), 1138.

Montaño, A., Hanley, D. F., & Hemphill III, J. C. (2021). Hemorrhagic stroke. *Handbook of clinical neurology*, *176*, 229-248.

Morotti, A., Poli, L., & Costa, P. (2019, February). Acute stroke. In *Seminars in neurology* (Vol. 39, No. 01, pp. 061-072). Thieme Medical Publishers.

Morris, B. A., & Shakespeare-Finch, J. (2011). Rumination, post-traumatic growth, and distress: structural equation modelling with cancer survivors. Psycho oncology, 20(11), 1176-1183.

Mousavi, S. F., & Ramezani, R. (2018). The Prediction Of Post-Traumatic Growth Based On Memorials Symptoms And Rumination İn Women With Cancer. *Health Psychology*, *7*(26), 146-159.

Mustafaoğlu, R., Yıldız, A., & Kesiktaş, N. (2021). İnme Hastalarında Robot Destekli Üst Ekstremite Eğitiminin El Fonksiyonu ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, *43*(3), 224-233.

Oktar, D., Çam, C., Zencirci, S. A., Aygar, H., Dağtekin, G., Pala, S. Ç., ... & Metintas, S. (2021). Aile sağlığı merkezlerine başvuran kişilerde kronik hastalık, multimorbidite ve yaşam kalitesi ilişkisinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Public Health*, *19*(2), 116-128.

Omonıyı, O., Awotıdebe, T.O., Ademoyegun, A.B., Falokun, I.G., Omısore, O.B., Kolade, A. A. and Adedoyın, R.A., 2023, Relatıonshıps among socıal support, exercıse capacıty and qualıty of lıfe of stroke survıvors: A case-control study Turkish Journal of Cerebrovascular Diseases, 29 (1), 00-00.

Orman, Z., Thrift, A.G., Olaiya, M.T., Ung, D., Cadilhac, D.A., Phan, T. and STANDFIRM (Shared Team Approach between Nurses and Doctors For Improved Risk factor Management) Investigators, 2022, Quality of life after stroke: a longitudinal analysis of a cluster randomized trial, Quality of Life Research, 31 (8), 2445-2455.

Öcalan, S, & Üzar-Özçetin, Y. S. (2020). COVID-19 Pandemisi sürecinde ruminasyon ve ruh sağlığına etkileri. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi,* 17(4), 354-358.

Öcalan, S., & Özçetin, Y. S. Ü. (2020). Kanser deneyiminde ruminasyon, tükenmişlik ve psikolojik sağlamlık. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *12*(3), 421-433.

Önder, F. C., & Utkan, Ç. (2018). Bilinçli farkındalık ve algılanan stres ilişkisinde ruminasyon ve olumsuz duygu düzenlemenin aracı rolü. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *14*(3), 1004-1019.

Öztürk, O., & Uluşahin, M. (2020). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (16. baskı). *Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.*

Papanagiotou, P., & White, C. J. (2016). Endovascular Reperfusion Strategies for Acute Stroke. *Cardiovascular Interventions*, 9(4); 307-17.

Pedersen SG, Friborg O, Heiberg GA, Arntzen C, Stabel HH, Thrane G, et al. Stroke-Specific Quality of Life one-year post-stroke in two Scandinavian country-regions with different organisation of rehabilitation 48 services: a prospective study. *Disability and Rehabilitation*. 2021; 43(26): 3810-3820.

Peng, Z. Y., & Wan, L. H. (2018). Posttraumatic growth of stroke survivors and its correlation with rumination and social support. *Journal of Neuroscience Nursing*, *50*(4), 252-257.

Phipps, M. S., & Cronin, C. A. (2020). Management of acute ischemic stroke. *Bmj*, *368*.

Poomalai, G., Prabhakar, S., Jagadesh, N.S., Geetha, M.P. and Nalini, S.J., 2023, Functional ability and health problems of stroke survivors: An explorative study, Cureus, 15(1).

Quiñones-Ossa, G.A., Lobo, C., Garcia-Ballestas, E., Florez, W.A., Moscote-Salazar, LR ve Agrawal, A. (2021). Obezite ve felç: Paradoks felç için de geçerli mi? *Nöromüdahale*, *16* (1), 9-19.

Rahimi, R., Heidarzadeh, M., & Shoaee, R. (2016). The Relationship between Posttraumatic Growth and Social Support in Patients with Myocardial Infarction. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(2), 19–24.

Ramos, C., Leal, I., Costa, P. A., Tapadinhas, A. R., & Tedeschi, R. G. (2018). An Item-level analysis of the posttraumatic stress disorder checklist and the posttraumatic growth inventory and its associations with challenge to core beliefs and rumination. *Frontiers in Psychology*, 9, 2346. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02346

Ramos-Lima MJM, Brasileiro I de C. de Lima TL, Braga-Neto P. Quality of life after stroke: Impact of clinical and sociodemographic factors. Clinics. 2018; 73.

Sanjuan, E., Pancorbo, O., Santana, K., Miñarro, O., Sala, V., Muchada, M., ... & Rubiera, M. (2023). Manejo del ictus agudo. Tratamientos y cuidados específicos de enfermería en la Unidad de Ictus. *Neurología*, *38*(6), 419-426.

Shu Meichun, Yang Suili, Hong Xianchai, Ye Weimin ve Lu Zhongqiu. (2020) İlk kez felç geçiren hastalarda felç sonrası yorgunluk ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişki üzerine çalışma, 23 (36)., 4547.

Soo, H. O., & Sherman, K. A. (2015). Rumination, psychological distress and posttraumatic growth in women diagnosed with breast cancer. *Psychooncology*, 24(1), 70–79. https://doi.org/10.1002/pon.3596

Szcześniak, M., Madej, D., & Bielecka, G. (2022). Relationship between world assumptions and post-traumatic growth among polish cancer patients: Moderating effect of rumination. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12444. https://doi.org/10.3390/ijerph191912444

Şahiner, İ. V., Aytaç, E., Ünal, H., Şahiner, Ş. Y., Akyüz, A., Öztürk, M., & Yoldaş, T. (2021). Akut İskemik İnme ve Geçici İskemik Atak Geçiren Hastalarda Mizaç Kişilik Özellikleri Ve Yaşam Olaylarının İncelenmesi. *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, *54*(2), 263-270.

Tavşanlı, N. G., & Eş, B. (2019) İnmeli Hastada Palyatif Bakım: Olgu Sunumu. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 4(1); 35-9.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring The Positive Legacy Of Trauma. *Journal of traumatic stress*, *9*, 455-471.

Topçu S ve Oğuz S. Translation and validation study fort he stroke self-efficacy questionnaire in stroke survivors. *Int J Nues Pract*. 2018; 24(4): 1-8

Topçu, S., Oğuz, S. (2017). İnme Sonrası Öz etkililik ve Yaşam Kalitesi. *Journal of Human Sciences,* 14(2), 1388-1396.

Topçuoğlu, M. A., Tülek, Z., Boyraz, S., Özdemir, A. Ö., Özakgül, A., Karadakovan, A., & Durna, Z. (2020). Derleme Review İnme Hemşireliği: Standartlar ve Pratik Uygulamalar Kılavuzu* *Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği ve Nöroloji Hemşireliği Derneği Ortak Strateji Projesi. Turkish Journal of Cerebrovascular Diseases*, 26(1). https://doi.org/10.5505/tbdhd.2020.00000.

Topçuoğlu, M.A., Tülek, Z., Boyraz, S ve Durna, Z., 2020, İnme hemşireliği: Standartlar ve pratik uygulamalar kılavuzu. Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği ve Nöroloji Hemşireliği Derneği Ortak Strateji Projesi, Türk Beyin Damar Hast Derg, 26 (1), 1-90. doı: 10.5505/Tbdhd.2020.41713

Toper, F., & Özpolat, A. O. (2023). Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 12(1), 341–351. https://doi.org/10.37989/gumussagbil.1180618

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2023). TÜİK Kurumsal (tuik.gov.tr) (Erişim tarihi:02/12/2023)

Unnithan, A. K. A., & Mehta, P. (2020). Hemorrhagic stroke.

Weiss, T., & Berger, R. (2010). Posttraumatic growth and culturally competent practice: *Lessons learned from around the globe*. John Wiley & Sons.

Wong, C. C. Y., Pan-Weisz, B. M., Pan-Weisz, T. M., Yeung, N. C. Y., Mak, W. W. S., & Lu, Q. (2019). Self-stigma predicts lower quality of life in Chinese American breast cancer survivors: Exploring the mediating role of intrusive thoughts and posttraumatic growth. *Quality of Life Research,* 28(10), 2753–2760. https://doi.org/10.1007/s11136-019-02213-w

World Health Organization (WHO) (2022) https://www.who.int/srilanka/news/detail/29-10-2022-world-stroke-day-2022 (Erişim tarihi:25/11/2024)

World Health Organization (WHO) (2023) https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death (Erişim tarihi: 30/11/2023)

World Health Organization (WHO). (2012). Programme on mental health: WHOQOL user manual *Dıvısıon of mental health and preventıon of substance abuse*

World Stroke Organization (WSO) (2023) https://www.world-stroke.org/ (Erişim tarihi:25/11/2024)

Yalvaç, B. (2020). Hemiplejik Hastalarda Gövde Kontrolünün Üst Ekstremite Fonksiyonları, Yaşam Kalitesi ve Depresyona Etkisi. *Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi*, *3*(1), 15-24.

Yetiş, A., Sahin, B. E., Köysüren, A., Duran, S., & Çelikbilek, A. (2024). Akut İskemik İnmede İntravenöz Trombolitik Tedavi Sonuçları. *Ahi Evran Medical Journal*, *8*(2), 151-156.

Yetişgin, A., & Satış, S. (2019). İnme nedeniyle hemipleji gelişen hastalarda rehabilitasyon sonuçları ile maliyet arasındaki ilişki. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, *16*(2), 326-330.

Yılmaz, H., (2023). Çalışma Yaşamında Ruminasyon. *Sosyal, Beşerî ve İdari Bilimler*, 26.

Zhang, S., Zhang, W., & Zhou, G. (2019). Extended risk factors for stroke prevention. *Journal of the National Medical Association*, *111*(4), 447-456.

EKLER

Ek 1: Kişisel Bilgi Formu

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma, inmeli hastalarda travma sonrası büyümenin, ruminasyon düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmanın güvenilir sonuçlara ulaşması ve sonuçlardan yararlanılabilmesi için cevaplarınızın gerçek, kişisel görüş ve düşüncelerinizi yansıtması çok önemlidir. Elde edilen verilerden ve sonuçlardan yalnızca araştırma amaçlı yararlanılacak olup bireysel değerlendirme yapılmayacaktır. Size en uygun yanıtı işaretlemeniz araştırma sonuçlarının güvenirliği açısından önemlidir. Katkı ve iş birliğiniz için teşekkür ederiz.

1- Yaşınız:…….

2- Cinsiyet: 1) Kadın 2) Erkek

3- Eğitim durumu: 1) Okuryazar 2) İlköğretim 3) Lise 4) Üniversite ve üzeri

4- Medeni Durum: 1) Evli 2) Bekar

5- Çalışıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

6- Gelir düzeyiniz:

1) Gelir giderden düşük 2) Gelir gidere denk 3) Gelir giderden yüksek

7- Birlikte yaşadığınız kişiler

1) Eşimle 2) Eşim ve çocuklarımla 3) Yalnız yaşıyorum D) Diğer …….

8- Sigara kullanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

9- Alkol kullanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

10- Düzenli egzersiz yapıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

11- Kronik rahatsızlığınız var mı? 1) Evet (Açıklayınız ……..) 2) Hayır

12- Kullandığınız herhangi bir protez/yardımcı araç var mı? 1) Evet (Açıklayınız ……..) 2) Hayır

13- Mevcut tanınız : …… 1) İskemik inme 2) Hemorajik inme

14- İnme tanısını ne zaman aldığınız? ……..

15- İnme nedeniyle vücudun etkilendiği bölge: 1) Sağ 2) Sol 3) Her iki taraf 4) Yok

16- Bakımınız yardımcı olana kişiler var mı? 1) Evet (Açıklayınız ……..) 2) Hayır

17- Bağımsızlık düzeylerinin değerlendirilmesi

		Bağımsız	Kısmi bağımlı	Tam bağımlı
Kendine Bakim	Yemek yeme			
	Kendine bakım (traş, makyaj vs)			
	Yıkanma			
	Üst taraf giyimi			
	Alt taraf giyimi			
	Tuvalet kullanımı-temizliği			
Sfinkter Kontrolu	Mesane bakımı			
	Bağırsak bakımı			
Mobilite	Yatak, sandalye, tekerlekli sandalye			
	Tuvalet			
	Banyo, duş			
Yer Değiştirme	Yürüme/ Tekerlekli sandalye			
	Merdiven			
İletişim	Anlama (işitsel veya görsel)			
	İfade edebilme (sözel veya değil)			
Sosyal Algilama	Sosyal kalıtım			
	Problem çözme			
	Hafıza			

Ek 2: Travma Sonrası Büyüme Envanteri

Sizden öğrenmek istediğimiz, yaşamınızda önemli yer tutan travmatik yaşam olaylarının, hayatınızda ne ölçüde pozitif değişikliklere sebep olduğudur. Geçmişte yaşadığınız krizden/krizlerden sonra yaşamınızda vedüşüncelerinizde meydana gelen değişimleri lütfen aşağıda verilen puanlama ölçütlerine göre 0 ve 5 arasında değerlendiriniz.

Travma Sonrası Büyüme Envanteri	Bu değişimi hiçbir şekilde yaşamadım	Çok az bir düzeyde	Bir miktar	Orta düzeyde	Oldukça fazla	Bu değişimi çok büyük ölçüde
1. Yaşamda önem verdiğim şeylerin öncelik sırası değişti	0	1	2	3	4	5
2. Kendi hayatıma verdiğim değerde büyük bir artış oldu.						
3. Yeni ilgi alanları keşfettim.						
4. Kendime güven hissinde artış oldu.						
5. Manevi konuları daha iyi anlamaya başladım						
6. Başım sıkıştığında insanlara güvenebileceğimi daha iyi anladım.						
7. Yaşamım için yeni bir yön belirledim. Bu değişimi hiçbir şekilde yaşamadım						
8. Kendimi diğer insanlarla çok daha yakın hissetmeye başladım.						
9. Duygularımı ifade etmeye daha çok istekliyim.						
10. Zorlukları göğüsleyebileceğimi daha iyi anladım.						
11. Yaşamımda daha iyi şeyler yapabiliyorum						
12. Her şeyi olduğu gibi, daha çok kabullenebiliyorum.						

13. Her günümü daha iyi değerlendirebiliyorum.						
14. Daha önce var olmayan yeni olanaklara kavuştum.						
15. Diğer insanlara karşı daha şefkatliyim.						
16. İlişkilerime daha çok emek sarf etmeye başladım.						
17. Değişmesi gereken şeyleri değiştirebilmek için daha çok çaba harcıyorum						
18. Daha güçlü bir inanca sahibim.						
19. Düşündüğümden çok daha güçlü olduğumu keşfettim.						
20. İnsanların ne kadar mükemmel olabildiklerine dair çok şey öğrendim						
21. Başkalarına ihtiyaç duyuyor olmayı daha çok kabullendim						

Ek 3: Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri (OİRE)

Bilgi Formunda belirttiğinize benzer bir yaşantıdan sonra, her zaman olmasa da bazen insanlar, bu deneyim hakkında düşünmeye çalışmamalarına rağmen kendilerini onunlailgili düşünceler içinde bulurlar. Aşağıda yer alan maddeleri olayın hemen ardındaki haftalarda ne sıklıkla yaşadığınızı belirtin.

0	1	2	3
Hiç olmadı / Hiç /Asla	**Nadiren**	**Bazen**	**Sık sık / Sıklıkla**

İstemediğim hâlde olayı düşündüm.	0	1	2	3
Olayla ilgili düşünceler aklıma geldi ve onlar hakkında düşünmeden duramadım.	0	1	2	3
Olayla ilgili düşünceler dikkatimi dağıttı ya da beni odaklanmaktan alıkoydu.	0	1	2	3
Olayla ilgili görüntü ya da düşüncelerin zihnime girmesine engel olamadım.	0	1	2	3
Olaya ait düşünceler, anılar ya da görüntüler istemesem de aklıma geldi.	0	1	2	3
Olayla ilgili düşünceler deneyimimi yeniden yaşamama neden oldu.	0	1	2	3
Olayı hatırlatan şeyler, yaşadığım deneyimimle ilgili düşüncelerigeri getirdi.	0	1	2	3
Kendimi otomatik olarak ne olmuş olduğu ile ilgili düşünür kenbuldum.	0	1	2	3
Diğer şeyler beni, yaşadığım deneyimle ilgili düşünmeye yönlendirip durdu.	0	1	2	3
Olayla ilgili düşünmemeye çalıştım ama düşünceleri aklımdan çıkaramadım.	0	1	2	3

Belirttiğinize benzer bir yaşantıdan sonra, her zaman olmasa da bazen insanlar, özellikle ve kasıtlı olarak bu deneyim hakkında düşünerek vakit geçirirler. Aşağıda yer alan maddeler için, olayın hemen ardındaki haftalarda eğer olduysa ne sıklıkla, belirtilen konular ile ilgili olarak düşünmek için özellikle vakit geçirdiğinizi belirtin.

0	1	2	3
Hiç olmadı / Hiç /Asla	**Nadiren**	**Bazen**	**Sık sık / Sıklıkla**

Yaşadığım deneyimden anlam bulup bulamayacağımla ilgilidüşündüm.	0	1	2	3
Yaşamımdaki değişikliklerin deneyimimle uğraşmaktan kaynaklanıp kaynaklanmadığını düşündüm.	0	1	2	3
Kendimi, yaşadığım deneyimle ilgili duygularım hakkındadüşünmeye zorladım.	0	1	2	3
Yaşadığım deneyimin sonucunda birşey öğrenip öğrenmediğimleilgili düşündüm.	0	1	2	3
Bu deneyimin dünya ile ilgili inançlarımı değistirip değiştirmediği hakkında düşündüm.	0	1	2	3
Bu deneyimin geleceğim için ne anlama gelebileceği hakkında düşündüm.	0	1	2	3
Diğerleri ile olan ilişkilerimin, yaşadığım deneyimin ardından değişip değişmediği hakkında düşündüm.	0	1	2	3
Kendimi olayla ilgili duygularımla baş etmeye zorladım.	0	1	2	3
Olayın beni nasıl etkilemiş olduğu hakkında özellikle düşündüm.	0	1	2	3
Olay hakkında düşündüm ve ne olduğunu anlamaya calıştım.	0	1	2	3

Ek 4: İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği

İnme sonrasında etkilenebilecek bazı aktivite ve duygularınızı nasıl etkilediğini öğrenmek istiyoruz. Her soru özel bir aktivite veya duygu ile ilgilidir. Her soru için, geçen hafta içinde aktivitelerinizin ve duygularınızın nasıl etkilendiğini düşünün.

İlk grup sorular özel aktivitelerde sizin yaşadığınız zorluklar hakkındaki sorulardır. Her bir soru inmeden sonra bazı insanların yaşadıkları problemlerle ilgilidir. Kutudaki rakamlardan geçen hafta içinde aktivitelerinizde yaşadığınız zorluğu en iyi tanımlayanı işaretleyiniz.

GEÇEN HAFTA BOYUNCA

	Hiç yapamadım	Çok zorlandım	Biraz zorlandım	Çok az zorlandım	Hiç zorlanmadım
SC1.Yemek hazırlarken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
SC2.Yemek yeme sırasında, örneğin yiyecekleri keserken ya da yutarken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
SC4.Giyinirken, örneğin çorap ya da ayakkabı giyerken, düğme iliklerken, ya da fermuar çekerken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
SC5.Duş ya da banyo yaparken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
SC8.Tuvaleti kullanırken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
V1.Televizyonda sevdiğiniz bir programını izlerken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
V2.Görme yeteneğinizdeki zayıflama nedeniyle bir eşyaya ulaşmada zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
V3.Etkilenen tarafınızın uzağındaki şeyleri görmede zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
L2.Konuşma sırasında (örneğin takılma, kekeleme, geveleme ya da kelimeleri karıştırma gibi) zorlandığınız oldu mu?	1	2	3	4	5
L3.Telefonda düzgün bir şekilde konuşmanızı sürdürmede zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
L5.Diğer insanlar sizin ne söylediğinizi anlamakta zorlandılar mı?	1	2	3	4	5
L6.Söylemek istediğiniz bir kelimeyi bulmakta zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
L7.Diğer insanların sizi anlayabilmeleri için söylediklerinizi tekrar etme ihtiyacı duydunuz mu?	1	2	3	4	5

	Hiç yapamadım	Çok zorlandım	Biraz zorlandım	Çok az zorlandım	Hiç zorlanmadım
M1.Yürürken zorlandınız mı? (Eğer yürüyemiyorsanız 1'i işaretleyin ve M7. soruya geçiniz)	1	2	3	4	5
M4.Bir şeye doğru eğilirken veya erişmeye çalışırken dengenizi kaybettiniz mi?	1	2	3	4	5
M6. Merdivenleri çıkarken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
M7.Yürürken ya da tekerlekli sandalye kullanırken zorlanıp durma ve dinlenme ihtiyacı duydunuz mu?	1	2	3	4	5
M8.Ayakta dururken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
M9.Sandalyeden kalkarken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
W1.Evle ilgili günlük işlerinizi yaparken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
W2.Başladığınız işleri bitirmekte zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
W3.Alışkın olduğunuz işleri yaparken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
UE1. Yazı yazarken veya klavye kullanırken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
UE2. Çoraplarınızı giyerken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
UE3. Düğmelerinizi iliklerken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
UE5. Fermuarınızı çekerken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
UE6. Kavanoz açarken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5

Bundan sonraki sorular her bir ifadeye ne kadar katıldığınızı ya da katılmadığınızı sormaktadır. Her soru bazı insanların inme geçirdikten sonra karşılaştığı bir problem veya duygu ile ilgilidir. Kutudaki rakamlardan geçen hafta içinde her bir ifade hakkında nasıl hissettiğinizi en iyi belirteni işaretleyiniz.

GEÇEN HAFTA BOYUNCA

	Kesinlikle	Kısmen	Kararsızım	Kısmen	Kesinlikle
T2.Herhangi bir şeye dikkatimi yoğunlaştırmak benim için zor oldu	1	2	3	4	5
T3.Bazı şeyleri hatırlamada zorlandım	1	2	3	4	5
P1.Sinirliydim	1	2	3	4	5
P2.Başkalarına karşı sabırsız davrandım	1	2	3	4	5
P3.Kişiliğim değişti	1	2	3	4	5
MD2.Geleceğim hakkında endişeliydim	1	2	3	4	5
MD3.Diğer insanlarla veya etkinliklerle ilgilenmedim	1	2	3	4	5
FR5.Ailemle birlikte eğlence amaçlı etkinliklere katılmadım	1	2	3	4	5
FR7.Aileme yük olduğumu hissettim	1	2	3	4	5
FR8.Bedensel durumum aile yaşamımı engelledi	1	2	3	4	5
SR1.İstediğim sıklıkta dışarı çıkamadım	1	2	3	4	5
SR4.Hoşlandığım işlere ve eğlenceye istediğimden daha az zaman ayırdım	1	2	3	4	5
SR5.Arkadaşlarımın Birçoğunu istediğim kadar göremedim	1	2	3	4	5
SR6.İstediğimden daha az cinsel ilişkide bulundum	1	2	3	4	5
SR7.Bedensel durumum Sosyal yaşamımı engelledi	1	2	3	4	5
MD6.Diğer insanlardan uzaklaştığımı hissettim	1	2	3	4	5
MD7.Kendime güvenim azdı	1	2	3	4	5
MD8.Yemek yeme isteğim azdı	1	2	3	4	5
E2.Kendimi çoğu zaman yorgun hissettim	1	2	3	4	5
E3.Gün boyunca sık sık durup dinlendim	1	2	3	4	5
E4.Yapmak istediğimi yapamayacak kadar çok yorgundum	1	2	3	4	5

Ek 5: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK danışmanlığında Sergen YILMAZER tarafından yürütülen "İnmeli Hastalarda Travma Sonrası Büyümenin, Ruminasyon Düzeylerinin ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı inmeli hastalarda travma sonrası büyümenin, ruminasyon düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin incelenmesidir. Araştırmada sizden tahminen 20 dk ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır.** Araştırmada Kişisel veri toplanacağından **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi [redacted] adresi ve [redacted] telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güvence verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:
Adı-Soyadı:
İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:
İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Sergen YILMAZER
İmzası:

Ek 6: Kurum İzni

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-15916306-604.01-254582886 20.09.2024
Konu : Sergen YILMAZER'in Çalışması Hk

BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİNE

İlgi : 05.08.2024 tarihli ve E-34555043-100-2400029503 sayılı yazı.

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Sergen YILMAZER'in ***"İnmeli Hastalarda Travma Sonrası Büyümenin, Ruminasyon Düzeylerinin ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi"*** başlıklı çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı kurumda yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme *Komisyonu* ***13.09.2024 tarih ve 2024/14 sayılı*** kararınca ***uygun görülmüştür***.

Çalışmanın hastanenizin uygun gördüğü zaman diliminde yapılması, (başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun sağlanması ve başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Opr. Dr. Zülfü KILIÇ
Başkan

Ek: Hastane Görüşü_UYGUN

Ek 7: Etik Kurul Kararı

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : E-20292139-050.04-2400015597
Konu : Etik Kurul Kararı (Sergen YILMAZER)

30.04.2024

Sayın Sergen YILMAZER
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

"İnmeli Hastalarda Travma Sonrası Büyümenin, Ruminasyon Düzeylerinin ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi" başlıklı araştırmanızla ilgili başvurunuz, kurulumuzun 25.03.2024 tarihli ve 2024/02 sayılı toplantısında değerlendirilerek araştırmanızın etik açıdan uygun bulunduğuna katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Kadir CANATAN
Kurul Başkanı

Ek: Sergen YILMAZER

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Sergen YILMAZER

EĞİTİM

Yüksek Lisans: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı, Devam Ediyor

Lisans: Hasan Kalyoncu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, 2014 GAZİANTEP

Lise: Halil Çiftçi Anadolu Lisesi, 2010 Ceyhan/ADANA

MESLEKİ DENEYİM

2020- : Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi- Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi/ Klinik Sorumlu Hemşiresi

2020 (Nisan- Temmuz): Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi/ Acil Servis Klinik Hemşiresi

2019 (Temmuz- Ekim): MMT Amerikan Hastanesi/ Yenidoğan Yoğunbakım Klinik Hemşiresi