



Araştırma Makalesi

Ankara Med J, 2020;(1):214-223 // doi 10.5505/amj.2020.38268

İNME GEÇİREN BİREYLERİN HASTALIKLA BAŞA ÇIKMA TUTUMLARININ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ THE EFFECT OF THE COPING ATTITUDES OF PEOPLE WITH STROKE ON QUALITY OF LIFE

 **Duygu Kes¹**

¹Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Karabük

Yazışma Adresi / Correspondence:
Duygu Kes (e-posta: duygu_kes83@hotmail.com)

Geliş Tarihi (Submitted): 19.09.2019 // Kabul Tarihi (Accepted): 04.03.2020



Öz

Amaç: İnme geçiren bireylerin hastalıkla başa çıkma tutumlarının yaşam kalitesi üzerine olan etkisini incelemektir.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı türdeki bu çalışmanın örneklemini Ekim 2018- Haziran 2019 tarihlerinde inme sonrası kontrolleri için bir devlet ve bir eğitim araştırma hastanesinin nöroloji ve fizik tedavi polikliniğine gelen 360 birey oluşturdu. Verilerin toplanmasında sosyodemografik özellikler için oluşturulan anket formu, İnme Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği kullanıldı. İstatistiksel analizde SPSS 25.0 programı kullanıldı. Hastalıkla başa çıkma tutumlarının yaşam kalitesi üzerine olan etkisinin belirlenmesinde binary lojistik regresyon analizi kullanıldı. $P < 0,05$ ve $p < 0,001$ değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Hastalıkla baş etme tutumlarından olan aktif başa çıkma (OR: 1,31 [95% CI 1,094–1,579]; $p < 0,05$), geri durma (OR: 1,173 [1,022–1,347]; $p < 0,05$), mizah (OR: 1,143 [1,023–1,276]; $p < 0,05$) ve alkol/madde kullanımı (OR: 1,128 [1,008–1,262]; $p < 0,05$) yaşam kalitesi üzerinde anlamlı prediktörler olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Aktif başa çıkma, geri durma, mizaç ve alkol/sigara kullanımı yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etki eden faktörler olup; bu faktörleri inmeli bireylerin yaşamında ne zaman ve ne sıklıkla kullandığı dikkatlice irdelenmeli ve hastanın başa çıkma tutumlarını ve yaşam kalitesini artıracak eğitim ve multidisipliner ekibin yer aldığı inme rehabilitasyon programlarının geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnme, yaşam kalitesi, baş etme, COPE.

Abstract

Objectives: The aim of this study is to examine the effects of coping attitudes on quality of life in patient with stroke.

Materials and Methods: This descriptive study was conducted between October 2018 and June 2019. The sample data were collected from 360 patients who had been admitted to neurology and physiotherapy clinics at a training and research university hospital and a government hospital in Karabuk. Data of the study were collected by the COPE inventory and the Stroke-Specific Quality of Life Scale. SPSS 25.0 program was used in the statistical analysis. Binary logistic regression analysis was used to determine the effect of coping attitudes on quality of life. $P < 0.05$ and $p < 0.001$ values were considered statistically significant.

Results: Active coping (OR: 1.31 [95% CI 1.094–1.579]; $p < 0.05$), restraint (OR: 1.173 [1.022–1.347]; $p < 0.05$), humor (OR: 1.143 [1.023–1.276]; $p < 0.05$) and alcohol/substance use (OR: 1.128 [1.008–1.262]; $p < 0.05$), which are coping with the disease, were found to be significant predictors of on quality of life.

Conclusion: Active coping, restraint, humor and alcohol / substance use are factors that negatively affect quality of life. When and how often these factors are used in stroke patients' lives should be examined carefully. it is recommended to develop stroke rehabilitation programs with training and multidisciplinary team to improve patient coping attitudes and quality of life.

Keywords: Stroke, quality of life, coping, COPE.

Giriş

İnme akut olarak meydana gelen, komplikasyonları nedeniyle bireyleri psikolojik, fiziksel, sosyal ve ekonomik olarak olumsuz etkileyen bir hastalıktır.¹ 2016 yılında dünyada inme nedeniyle yaklaşık 5.5 milyon kişi yaşamını kaybetmiştir.² TÜİK raporuna (2018) göre Türkiye’de de inme nedeniyle hayatını kaybeden kişilerin sayısı yaklaşık 64 bine ulaşmıştır.³ Obezite, sedanter yaşam tarzı, dengesiz beslenmenin artış göstermesi göz önünde bulundurulduğunda inme prevalansının, inmeye bağlı komplikasyonların ve mortalitenin hem dünya genelinde hem de ülkemizde artacağı öngörülmektedir.^{2,3}

İnme sonrası kas-iskelet- motor bozukluklar, duyuşsal sorunlar, bilişsel bozukluklar, dil-iletişim bozuklukları, gastrointestinal ve psikososyal sorunlar görülebilmekte; bu kısıtlılıklar bireyin aile, sosyal ve iş yaşamını olumsuz etkileyerek; bireyin yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır.^{1,4,5} Yaşam kalitesi bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri ve çevresiyle olan etkileşimiyle bağlantılı olan bir kavramdır.⁴ Bu kavram sağlık profesyonellerine bireyin hastalık ve iyileşme sürecinde yaşadığı fizyolojik problemler, bağımlılık, fonksiyon kayıpları ya da aile, sosyal ve iş yaşamında meydana gelen problemler hakkında veri sağlar; bu problemlerin çözümü konusunda sağlık profesyonellerine tıbbi tedavi ve hemşirelik bakımını planlamalarında rehberlik eder.⁶⁻⁸ Aynı zamanda bireyin iyileşme döneminde hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinden aldığı tıbbi tedavi ve bakımın etkin değerlendirilmesini sağlayan önemli bir göstergedir.⁸

İnme sonucunda birey iş, aile ve sosyal yaşamında zorlanması nedeniyle yaşadığı stres verici olayların olumsuz etkilerini en aza indirmek veya tamamen ortadan kaldırmak için problem odaklı, duygusal odaklı, işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını kullanır.⁸⁻¹¹ Yapılan çalışmalarda bireyin hastalık ya da sakatlık gibi stresörler karşısında olumlu başa çıkma tutumu göstermesi; psikolojik ve fiziksel sağlığın geliştirilmesine buna paralel olarak bağımsızlık ve yaşam kalitesinin geliştirilmesine yardımcı olduğu belirtilmektedir.¹²⁻¹⁴ Uluslararası literatür incelendiğinde konuyla ilgili çalışmaların kısıtlı olduğu^{4,5,13,14}, ülkemizde ise inme geçiren bireylerin baş etme tutumlarının yaşam kalitesine olan etkilerini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.¹²⁻¹⁴ Bu bağlamda, inme sonrası hastalığın meydana getirdiği olumsuz stresörlere karşı bireyin kullandığı başa çıkma tutumlarının yaşam kalitesi üzerine etkilerinin bilinmesi önemlidir. Bu etkilerin bilinmesi hastanın gereksinimi olan hemşirelik bakımının planlanmasına rehberlik edebilir. Ayrıca bireye verilen bakım sonuçları doğrultusunda holistik bakım ve multidisipliner ekip çalışmasının geliştirilmesine katkı sağlayabilir. Bu nedenle bu çalışmanın amacı, inme geçiren bireylerin hastalıkla başa çıkma tutumlarının yaşam kalitesine olan etkisini incelemektir.

Materyal ve Metot

Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın örneklemini Karabük ilinde bulunan bir devlet hastanesi, bir eğitim ve araştırma hastanesine Ekim 2018- Haziran 2019 tarihlerinde inme sonrası kontrolleri için nöroloji ve fizik tedavi polikliniğine gelen çalışmanın dahil edilme ve dışlama kriterlerini karşılayan 370 birey oluşturdu. Yapılan aykırı uç analizi sonucunda 10 anket değerlendirilme dışında bırakıldı ve toplam 360 inmeli bireyle çalışma tamamlandı. G power programında 0.20 etki gücü, 0,05 tip 1 hata ile yapılan post power analizine¹⁵ göre çalışmanın gücü %97'i bulundu.

Araştırmanın dahil edilme kriterleri; Kişi, yer ve zaman oryantasyonu olan, afazisi olmayan, ciddi görme ve işitme sorunu bulunmayan, en az 6 aydır inme tanısı alan, hemorajik veya iskemik inme geçirmiş olan, klinik olarak modifiye Barthel İndeksi skorunun 62 puan ve altında olan hastalar (tamamen, ileri ve orta derecede bağımlı olan), araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş ve üzeri hastalardır.

Araştırmanın dışlama kriteri, demans, kanser, psikotik bozukluğu olan ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalardır.

Veri toplama araçları

İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (İÖYKÖ): Williams ve ark (1999) tarafından inme hastalarının yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir.^{16,17} Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hakverdioğlu ve ark. (2009) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı tüm ölçek için 0,97 olup¹⁷; bu çalışmada 0.931 olarak bulunmuştur. İÖYK ölçeği toplam 48 madde ve 8 alt boyuttan oluşmaktadır.¹⁷ Bu alanlar; kendine bakım, vizyon/görme, konuşma, mobilite/hareket, iş/üretim, üst ekstremiter fonksiyonu, düşünme, kişilik özellikleri, mizaç, ailenin rolleri, sosyal roller ve enerjidir. Her bir alanın puan ortalaması, alana ait bütün maddelerden alınan puanların toplanması ve alana ait madde sayısına bölünmesi ile hesaplanmaktadır.^{16,17} Her bir alandan alınan ortalama puanların toplamının 12'ye bölünmesi ile de ölçeğin toplam puanı hesaplanmaktadır. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması, yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, düşük olması ise yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir.^{16,17}

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE): Carver ve arkadaşları (1989) tarafından insanların günlük yaşamlarında güç ve bunaltı verici olaylarla karşılaştıklarında verdikleri tepkiyi incelemek amacıyla geliştirilmiştir.⁹ Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Ağargün ve arkadaşları (2005) tarafından yapılmıştır.⁸ Likert tipi ölçek 60 soru ve 15 alt boyuttan oluşmuştur. Her alt boyuttan toplam 4-16 arasında puan alınabilmektedir. Alt boyutlardan alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi

tarafından daha çok kullanıldığı hakkında bilgi verir.^{8,9} Ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı 0,79 olup⁹, bu çalışmada ise 0,84 bulunmuştur.

Hasta tanıtım Formu. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir düzeyi, kronik hastalık durumu, medeni durum, çalışma durumu gibi bazı sosyodemografik ve hastalık durumunu belirlemeye sağlayan toplam 7 sorudan oluşmuştur.

Verilerin toplanması

Verilerin toplanmasına Karabük üniversitesi girişimsel olmayan etik kurulundan etik kurul (sayı: 77192459-050.99-E.18426; tarih: 24/09/2018), kurum izni (sayı: 98024045-604.01.02; tarih: 27/09/2018) ve hastalardan yazılı onam alındıktan sonra başlandı. Veri toplama araçları, Ekim 2018-Haziran 2019 tarihleri arasında; Karabük ilinde bulunan bir devlet, bir eğitim ve araştırma hastanesinin nöroloji ve fizik tedavi polikliniğine başvuran; çalışmanın dahil edilme kriterlerine uyan hastalara, yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı.

Verilerin analizi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 25.0 paket program kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk's testi, basıklık ve çarpık katsayısı ile belirlendi. Tanımlayıcı istatistikler için ortalama ve standart sapma kullanıldı. Bu çalışmada kullanılan ölçeklerin çalışmadaki iç tutarlılığını belirlemek için Cronbach's alpha katsayısı kullanıldı. Başa çıkma tutumlarının yaşam kalitesi üzerine olan etkisinin belirlenmesinde Binary lojistik regresyon analizi ve model uyumu için Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit istatistiği kullanıldı. Bu çalışmada inmeye özgü yaşam kalitesi düzeyi, araştırmanın verilerinden hesaplanan çeyreklere göre 2 grup halinde kategorize edildi. Buna göre inmeye özgü yaşam kalitesi ölçeğinden alınan 11 ve üzeri puan "yaşam kalitesi düzeyi iyi", 11 puanın altı "yaşam kalitesi düzeyi kötü" olarak kabul edilmiştir. Anlamlılık $p<0,05$ ve $p<0,001$ olarak belirlendi.

Bulgular

Çalışmaya katılan inmeli bireylerin yaş ortalaması $67,72\pm 11,87$ yıl olup; %51,70'si erkek, %78,90'nunun ek kronik hastalığının olduğu, %56,70'sinin evli olduğu, %65,60'sının gelir düzeyinin orta sevide olduğu, büyük çoğunluğunun (%88,90) ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip olduğu saptandı (Tablo 1).

Araştırmaya katılan inmeli bireylerin İÖYKÖ aldıkları puanlar incelendiğinde; bireylerin yaşam kalitesinin orta düzeyde ($10,38\pm 2,13$) olduğu bulundu. Araştırmaya katılan inmeli bireylerin COPE ölçeğinden aldıkları puanlar incelendiğinde; bireylerin en çok kullandıkları başa çıkma tutumlarının yararlı sosyal destek kullanımı,

kabullenme ve soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma olduğu; mizah, dini başa çıkma ve alkol/madde kullanımı tutumlarını ise diğerlerine göre daha az kullanıldığı bulundu (Tablo 2).

Tablo 1 İnmeli bireylerin bazı demografik özellikleri (n:360)

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	174	48,30
Erkek	186	51,70
Gelir durumu		
Alt düzey	72	20,00
Orta düzey	236	65,60
Üst düzey	52	14,40
Eğitim durumu		
İlkokul ve altı	320	88,90
İlkokul üzeri	40	11,10
Medeni durum		
Evli	204	56,70
Bekar/Dul	156	43,30
Çalışma durumu		
Çalışıyor	41	11,10
Çalışmıyor	329	88,90

Tablo 2. İnmeli bireylerin İÖYKÖ ve COPE ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları (n:360)

COPE	Ortalama	Standart sapma
SORUN ODAKLI BAŞA ÇIKMA		
Yararlı sosyal destek kullanımı	10,27	2,42
Aktif başa çıkma	9,65	2,08
Geri durma	9,67	2,22
Diğer meşguliyetleri bastırma	9,47	1,82
Plan yapma	9,58	2,33
DUYGU ODAKLI BAŞA ÇIKMA		
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	9,81	2,08
Dini olarak başa çıkma	8,14	2,35
Mizah	7,06	2,88
Duygusal sosyal destek kullanımı	9,08	1,97
Kabullenme	10,58	2,16
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞA ÇIKMA		
Zihinsel boş verme	9,63	1,76
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	10,80	2,28
İnkâr	7,57	2,61
Davranışsal olarak boş verme	9,63	1,76
Alkol-Madde kullanımı	6,00	2,48
İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği	10,38	2,13

COPE ölçeğinin alt boyutlarının inmeli bireylerin yaşam kalitesi üzerine etkilerini incelendiğinde; On beş bağımsız değişken ile kurulan model anlamlı olup (χ^2 : 9,320, $p=0,316$); model yaşam kalitesi üzerindeki değişimin %20'sini açıklamaktadır Bağımsız değişkenlerden sorun odaklı başa çıkma alanından aktif başa çıkma, geri durma; duygusal odaklı başa çıkma alanından mizah; işlevsel olmayan başa çıkma alanından alkol/madde kullanımı anlamlı prediktörlerdir. Geri durma, mizah ve alkol/madde kullanımı alt boyutunun puanındaki artış yaşam kalitesi düzeyinin kötü olma olasılığında ortalama sırasıyla 1,17, 1,14 ve 1,12 kat artışa neden olmaktadır (Tablo3).

Tablo 3. COPE ölçeğinin alt boyutlarının inmeli bireylerin yaşam kalitesi üzerine etkileri (n:360)

COPE SORUN ODAKLI BAŞA ÇIKMA	B	Standart hata	Wald	p	Odds Oranı	95 % G.A.
Yararlı sosyal destek kullanımı	0,015	0,078	0,035	0,852	1,015	0,870- 1,183
Aktif başa çıkma	0,273	0,094	8,493	0,004	1,314	1,094-1,579
Geri durma	0,160	0,070	5,156	0,023	1,173	1,022- 1,347
Diğer meşguliyetleri bastırma	-0,099	0,083	1,398	0,237	0,906	0,769- 1,067
Plan yapma	-0,102	0,088	1,337	0,247	0,903	0,759-1,074
DUYGU ODAKLI BAŞA ÇIKMA						
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	-0,033	0,083	0,163	0,686	0,967	0,823- 1,137
Dini olarak başa çıkma	-0,095	0,059	2,619	0,106	0,909	0,810- 1,020
Mizah	0,133	0,056	5,608	0,018	1,143	1,023- 1,276
Duygusal sosyal destek kullanımı	0,030	0,082	0,131	0,718	1,030	0,877-1,211
Kabullenme	0,081	0,065	1,574	0,210	1,085	0,955-1,232
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞA ÇIKMA						
Zihinsel boş verme	-0,110	0,081	1,840	0,175	0,896	0,765-1,050
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	-0,067	0,064	1,107	0,293	0,935	0,825-1,060
İnkâr	-0,115	0,076	2,296	0,130	0,891	0,768-1,034
Davranışsal olarak boş verme	0,016	0,072	0,046	0,175	1,016	0,882-1,170
Alkol-Madde kullanımı	0,121	0,057	4,439	0,035	1,128	1,008-1,262

(Hosmer-Lemeshow = χ^2 : 9,320; $p=0,316$; Nagelkerke $R^2= 0,20$, G.A.: Güven Aralığı)

Tartışma

Literatür incelendiğinde inmeli bireylerin hastalıkla baş etme tutumları ile yapılan çalışmalar sınırlı sayıda olup^{4,5,13,14}; bu konuda yapılan çalışmalar daha çok onlara bakım veren bireyler üzerinde yoğunlaşmıştır.¹⁸ Çalışma sonucunda, bireylerin sorun odaklı baş etme alanından yararlı sosyal destek kullanımı; duygusal odaklı baş etme alanından kabullenme ve işlevsel olmayan başa çıkma alanından soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma tutumu gösterdiği bulunmuştur. Finset ve Anderson'nun inmeli bireylerle¹¹, Karadağ ve ark.'nın psöriyazis hastalarıyla¹⁹, Tomberg ve ark.'nın inmeli bireylerle¹⁰, Kahalili ve ark.'nın meme kanseri olan kadınlarla²⁰ ve Işık Ulusoy ve Kal'ın kronik böbrek yetmezliği olan bireyler²¹ ile yaptığı çalışmadaki örneklem popülasyonlarının kullandığı baş etme tutumlarının ortak noktası incelendiğinde; inmeli bireylerin daha çok sorun odaklı başa çıkma tutumunu gösterdiği; diğer kronik hastalığa sahip olan bireylerin ise daha çok duygusal odaklı başa çıkma gösterdiği dikkat çekmektedir. Ayrıca bu çalışmalarda inmeli bireyler daha çok yararlı sosyal destek kullanımı tutumunu sergilerken; diğer kronik hastalığı olan bireyler ise daha çok dini başa çıkma tutumunu gösterdiği ifade edilmektedir.^{10,11,19-21} Bu farklılığın nedeni olarak, inme sonrası bireylerin aktif yaşam biçiminden uzun dönemli pasif yaşama geçmesiyle günlük yaşam aktivitelerinde yaşadığı problemleri çözmek ve yaşamını kolaylaştırmak için sosyal destek kullanımına yönelmiş olabileceği düşünülmektedir.

Literatürde inmeli bireylerin yaşam kalitesini değerlendirme aracı olarak genellikle Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği, EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği, Nottingham Sağlık Profili kullanılmıştır.⁴ Bu ölçeklerin içeriği incelendiğinde yaşam kalitesini sadece genel hatlarıyla değerlendirdiği; duygu, konuşma, düşünme, öz bakım, sosyal ve aile rol fonksiyon boyutlarını değerlendirmede görülür.^{4,16} Bu nedenle bu çalışmada inmeli hastaların yaşam kalitesini kapsamlı olarak değerlendirme imkânı tanıyan İnme Özgü Yaşam Kalitesi ölçeği kullanıldı.¹⁶ Bu çalışmada inmeli bireylerin yaşam kalitesi orta düzeyde olduğu bulundu. Odetunde ve ark.'nın inmeli bireylerin yaşam kalitesini belirledikleri çalışmada bireylerin yaşam kalitesi düzeyini yüksek bulmuşlardır.⁷ Rangel ve ark.'nın⁶ ve Akosile ve ark.'nın²² yaptıkları çalışmada da benzer olarak inmeli bireylerin yaşam kalitesi yüksek bulundu. Çalışma sonuçları arasındaki farklılıkların; bu çalışmanın örnekleminin tam, ileri ve orta derecede bağımlı olan bireylerden oluşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

İnmeli bireylerin hastalıkla başa çıkma tutumlarının yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendiren uluslararası literatürde sınırlı sayıda çalışma bulunurken, ulusal literatürde ise bu konuda yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada duygusal odaklı başa çıkma alanından mizah alt boyutunun inmeli bireylerin yaşam kalitesine olumsuz etki eden anlamlı bir prediktör olduğu bulundu. Aarstad ve ark.'nın baş ve boyun kanseri olan bireylerde yaptığı çalışma²³ ile bu çalışmanın sonuçları benzerlik gösterirken; Tramonti ve ark.'nın inmeli hastalar ile yaptığı¹², Sveback ve ark.'nın²⁴ son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarla yaptığı çalışma

ve [Lebowitz](#) ve ark.'nın²⁵ kronik obstrüktif akciğer tanısı alan hastalar ile yaptığı çalışma sonuçları farklılık göstermektedir.^{12,23-25} Çalışma sonuçları arasındaki farklılık; bireylerin mizahı uygun yer, zaman ve içerikte kullanma farklılıklarından ya da karşıdaki kişinin mizahı olumlu ya da olumsuz algılamasına paralel olarak bireysel olarak farklı tepki vermesinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada işlevsel olmayan başa çıkma alanından alkol/madde kullanımı alt boyutunun inmeli bireylerin yaşam kalitesi üzerini olumsuz yönde etkilediği bulundu. Millar ve ark.'nın HIV taşıyan hastaların yaşam kalitesini etkileyen değişkenleri inceledikleri çalışmada; madde kullanımının bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği sonucunu bulmuşlardır.²⁶ Chahua ve ark.'nın psikiyatrik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesini etkileyen faktörleri inceledikleri başka bir çalışmada da eroin/kokain gibi madde kullanımının bireylerin yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir prediktör olduğu belirtilmektedir.²⁷ Costenbader ve ark.'nın Hepatit C hastalarıyla yaptığı kesitsel çalışmada alkol, kokain, eroin gibi madde kullanımının yaşam kalitesi üzerine olumsuz etki ettiğini ifade etmişlerdir.²⁸ Alkol ya da madde kullanımının inme ve diğer kronik hastalığa sahip bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği söylenebilir. Literatür ile bu çalışmanın sonuçları paralellik göstermektedir.²⁶⁻²⁸

Bu çalışmada sorun odaklı başa çıkma alanından aktif baş etme alt boyutunun inmeli bireylerin yaşam kalitesine olumsuz etki eden anlamlı bir prediktör olduğu bulundu. Literatür de baş etme tutumunu değerlendirmede kullanılan pek çok farklı ölçüm aracı bulunmaktadır.⁴ Darlington ve ark.'nın¹³ ve Visser'in¹⁴ inmeli hastaların baş etme tutumunu bu çalışmada kullanılan COPE ölçeğinden farklı bir ölçüm aracı kullanarak değerlendirmiştir. Darlington ve ark.'nın ve Visser'in elde ettiği sonuçlar bu çalışmanın sonuçları benzerlik göstermemektedir.^{13,14} Bu sonucun, ülkemizde inme sonrası bireylere iyileşme döneminde hekim, hemşire, fizyoterapist, psikolog, diyetisyen, iş uğraş terapisti, sosyal hizmetler uzmanı gibi multidisipliner ekip tarafından inme rehabilitasyon programının yaygın olarak uygulanmamasının sorun odaklı aktif başa çıkma tutumunun yeterince gelişmemesine neden olmuş olabileceğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma sonuçlarının yalnızca araştırmanın yapıldığı hastanelere genellenebilir olması, afazisi olan, ciddi görme ve işitme sorunu olan hastaların örnekleme dahil edilmemesi, baş etme tutumlarının ve yaşam kalitesi düzeyinin öz bildirim dayalı ölçüm aracı ile değerlendirilmesi bu çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

Bu çalışmada hastalıkla baş etme tutumlarından olan aktif başa çıkma, geri durma, mizah ve alkol/madde kullanımının yaşam kalitesi üzerinde anlamlı prediktörler olduğu bulunmuştur. Çalışma sonuçlarına göre, inmeli bireylerin bu prediktörleri yaşamında ne zaman ve ne sıklıkla kullandığı dikkatlice irdelenmeli, hastanın başa çıkma tutumlarını ve yaşam kalitesini artıracak eğitim ve multidisipliner ekibin yer aldığı inme rehabilitasyon programlarının geliştirilmesi; ayrıca afazi, görme ve işitme kaybı gibi dezavantajlı grupları kapsayan çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Topçu S, Oğuz S. İnme sonrası öz etkililik ve yaşam kalitesi. *Journal of Human Sciences*. 2017; 14(2):1388-96.
2. The American Heart Association [İnternet]. <https://healthmetrics.heart.org/wp-content/uploads/2019/02/At-A-Glance-Heart-Disease-and-Stroke-Statistics-%E2%80%932019.pdf> (erişim tarihi: 11.09.2019).
3. TÜİK [İnternet]. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626> (erişim tarihi: 11.09.2019)
4. Lo Buono V, Corallo F, Bramanti P, Marino S. Coping strategies and health-related quality of life after stroke. *Journal of Health Psychology*. 2017;22(1):16-28
5. Moorley CR, Cahill S, Corcoran NT. Life after stroke: coping mechanisms among African Caribbean women. *Health and Social Care in the Community*. 2016;24(6):769-78.
6. Rangel ESS, Belasco AGS, Diccini S. Quality of life of patients with stroke rehabilitation. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(2):205-12.
7. Odetunde MO, Akinpelu AO, Odole AC. Cross-cultural adaptation and validation of the stroke specific quality of life 2.0 scale into Hausa Language. *Journal of Patient-Reported Outcomes*. 2018;2(63):1-14.
8. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran Ü, Özer ÖA, Kara H. COPE (baş etme tutumlarını değerlendirme ölçeği): psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2005;6:221-6.
9. Carver CS, Scheier MF, Weintraub, JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1989;56,267-83
10. Tomberg T, Orasson A, Linnamägi U, Toomela A, Pulver A, Asser T. Coping strategies in patients following subarachnoid haemorrhage. *Acta Neurol Scand*. 2001 Sep;104(3):148-55.
11. Finset A, Andersson S. Coping strategies in patients with acquired brain injury: relationships between coping, apathy, depression and lesion location. *Brain Injury*. 2000; 14:887-905
12. Tramonti, F, Fanciullacci C, Giunti G, Rossi B, Chisari C. Functional status and quality of life of stroke survivors undergoing rehabilitation programmes in a hospital setting. *NeuroRehabilitation*. 2014; 35: 1-7.
13. Darlington ASE, Dippel DWJ, Ribbers GM, van Balen R, Passchier J, Busschbach JJV. Coping strategies as determinants of quality of life in stroke patients: a longitudinal study. *Cerebrovasc Dis*. 2007;23:401-7
14. Visser MM, Aben L, Heijenbrok-Kal MH, Busschbach JJ, Ribbers GM. The relative effect of coping strategy and depression on health-related quality of life in patients in the chronic phase after stroke. *J Rehabil Med*. 2014 Jun;46(6):514-9.

15. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*. 2009;41(4):1149-60.
16. Hakverdioğlu G, Khorsid L. Turkish version of the stroke-specific quality of life scale. *International Nursing Review*. 2012;59:274-80.
17. Williams LS, Weinberger M, Harris LE, Clark DO. Development of a stroke-specific quality of life. *Stroke*. 1999;30:1362-9.
18. Quinn K, Murray C, Malone C. Spousal experiences of coping with and adapting to caregiving for a partner who has a stroke: a meta-synthesis of qualitative research. *Disability and rehabilitation*. 2014;36(3):185-98.
19. Karadağ F, Ođuzhanođlu NK, Özdel O, Ergin Ő, Kaçar N. Psöriyazis hastalarında psikodrama: Stres ve stresle baş etme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2010;11:220-7.
20. Khalili N, Farajzadegan Z, Mokarian F, Bahrami F. Coping strategies, quality of life and pain in women with breast cancer. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2013 Mar-Apr; 18(2):105-111.
21. IŞık Ulusoy S, Kal Ö. Relationship among coping strategies, quality of life, and anxiety and depressive disorders in hemodialysis patients. *Ther Apher Dial*. 2019 Jun 24. doi: 10.1111/1744-9987.12914.
22. Akosile CO, Adegoke B, Ezeife CA, et al. Quality of life and sex-differences in a south-eastern Nigerian stroke sample. *Afr J Neurol Sci*. 2013;32(1):19-25.
23. Aarstad HJ, Aarstad AK, Heimdal JH, Olofsson J. Mood, anxiety and sense of humor in head and neck cancer patients in relation to disease stage, prognosis and quality of life. *Acta Otolaryngol*. 2005 May;125(5):557-65.
24. Svebak S, Kristoffersen B, Aasaröd K. Sense of humor and survival among a county cohort of patients with end-stage renal failure: a two-year prospective study. *Int J Psychiatry Med*. 2006;36(3):269-81.
25. Lebowitz KR, Suh S, Diaz PT, Emery CF. Effects of humor and laughter on psychological functioning, quality of life, health status, and pulmonary functioning among patients with chronic obstructive pulmonary disease: a preliminary investigation. *Heart Lung*. 2011 Jul-Aug; 40(4):310-9.
26. Millar BM, Starks TJ, Gurung S, Parsons JT. The impact of comorbidities, depression, and substance use problems on quality of life among older adults living with HIV. *AIDS Behav*. 2017 Jun;21(6):1684-90
27. Chahua M, Sánchez-Niubò A, Torrens M, Sordo L, Bravo MJ, Brugal MT, Domingo-Salvany A; ITINERE Project Group. Quality of life in a community sample of young cocaine and/or heroin users: the role of mental disorders. *Qual Life Res*. 2015 Sep;24(9):2129-37.
28. Costenbader EC, Zule WA, Coomes CM. The Impact of illicit drug use and harmful drinking on quality of life among injection drug users at high risk for hepatitis C infection. *Drug Alcohol Depend*. 2007 Jul 10;89(2-3):251-8.