T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İNME SONRASI HASTALARDA PSİKOPATOLOJİYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER: KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARININ PSİKOPATOLOJİK SEMPTOMLARLA İLİŞKİSİ

DİLAN ACAR

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. AYNUR FEYZİOĞLU

KLİNİK PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HAZİRAN/2025

İTHAF

Aileme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Tez sürecimde hiçbir konuda desteğini esirgemeyen, bilgisiyle yol gösteren, akademik anlamda beni cesaretlendiren ve yol gösterici olan değerli tez danışmanım, hocam Doç. Dr. Aynur Feyzioğlu'na,

Akademik bilgileri ve yetkinlikleri ile teze değerli katkılar ve öneriler sunan, bilgi ve tecrübelerini içtenlikle paylaşan hocalarım Prof. Dr. Kadriye Öneş'e ve Doç. Dr. Nazlı Derya Buğdaycı'ya,

Eğitim hayatım boyunca bilgi ve birikimleri ile mesleki deneyimlerini paylaşarak bana değer katan tüm hocalarıma,

Yüksek lisans sürecini paylaştığımız, ihtiyaç duyduğum anlarda yol gösteren, destek ve bilgilerini içtenlikle paylaşan değerli arkadaşlarım, meslektaşlarım Özge, Fatma Şevval, Burçin, Esmanur, Sibel ve Ömer'e,

Tez yazım sürecinde stresli ve sıkıntılı hissettiğim her an, paylaşımlarda bulunduğum, her zaman desteğini hissettiğim değerli çalışma arkadaşım, meslektaşım Çağla'ya,

Veri toplama sürecinde beni destekleyen Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne,

Bana içtenlikle paylaşımlarda bulunan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve şu anda tedavileri devam eden tüm değerli hastalara,

Her koşulda yanımda olan ve dualarını esirgemeyen, varlıkları ile bana güç veren canım kardeşlerime,

Başım her sıkıştığında yardımıma koşan, motivasyon sağlayan, her türlü desteği ile yanımda olan yol arkadaşım, eşim Arif'e,

En önemlisi, beni yetiştiren ve bugünlere getiren, hastalıkla mücadele süreçlerinde bile her zorlanmamda yanımda olmaya çalışan, canlarım, biricik anne ve babama tüm içtenliğimle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

İTHAF iii
TEŞEKKÜR iv
SİMGELER VE KISALTMALAR x
ÖZET xi
ABSTRACT xiiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. İNME 4
2.1.1. İnme Tanımı Ve Sınıflandırılması 4
2.1.2. İnme Epidemiyolojisi 5
2.1.3. İnme Etiyoloji Ve Risk Faktörleri 6
2.1.4. İnme Klinik Bulguları Ve Prognozu 8
2.1.5. İnme Ve Psikopatolojik Bulgular 9
2.2. KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ 13
2.2.1. Kişilik Ve Kişilik Gelişiminde Etkili Faktörler 13
2.2.2. Kişilik Özellikleri Kuramlarının Gelişimi 15
2.2.3. Beş Faktör Kişilik Kuramı 15
2.2.4. İnme Ve Kişilik Özellikleri 18
2.3. BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI 21
2.3.1. Başa Çıkma Tutumları Kuramları 21
2.3.2. İnme Ve Başa Çıkma Tutumları 25
2.4. HASTALIK ALGISI 27
2.4.1. Hastalık Algısı Kuramları 27
2.4.2. İnme Ve Hastalık Algısı 28
2.5. ÖZ YETERLİK 30
2.5.1. Öz Yeterlik Kuramı 30
2.5.2. İnme Ve Öz Yeterlik 32
2.6 İNME SONRASI PSİKOPATOLOJİYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER 34
3. GEREÇ VE YÖNTEM 37
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ 37
3.2. ARAŞTIRMANIN YÜRÜTÜLMESİNDE GEREKLİ İZİNLER 37
3.3. ÖRNEKLEM 37
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 38
3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu 39

3.4.2. Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ölçeği 39
3.4.3. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-R) 39
3.4.4. Hastalık Algısı Ölçeği 40
3.4.5. İnme Öz Yeterlik Ölçeği 42
3.4.6. SCL-90 Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) 42
3.5. UYGULAMA 44
3.6. VERİLERİN ANALİZİ 44
3.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI 45
4. BULGULAR 46
4.1. ÖRNEKLEMİN İNCELENMESİ 46
4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri 46
4.1.2 Katılımcıların Hastalığa İlişkin Bilgileri 48
4.2. ÖLÇEKLERİN İNCELENMESİ 49
4.2.1. Ölçüm Araçlarına Ait Betimsel Özellikler 49
4.2.2. Kişilik Özellikleri, Başa Çıkma Tutumları, Öz Yeterlik, Hastalık Algısı ve Psikopatolojik Belirtilerin Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Göre Karşılaştırması 50
4.2.3. Kişilik Özellikleri ve Psikopatolojik Semptomların İlişkisinin Değerlendirilmesi 54
4.2.4. Başa Çıkma Tutumları ve Psikopatolojik Semptomların İlişkisinin Değerlendirilmesi 58
4.2.5. Hastalık Algısı ve Psikopatolojik Semptomların İlişkisinin Değerlendirilmesi 60
4.2.6. Öz Yeterlik ve Psikopatolojik Semptomların İlişkisinin Değerlendirilmesi 64
4.2.7. Kişilik Özellikleri, Başa Çıkma Tutumları, Öz Yeterlik ve Hastalık Algısının Psikopatolojik Belirtilere Yordayıcı Etkisine Yönelik Regresyon Modelleri 66
5. TARTIŞMA 68
5.1. SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER VE HASTALIĞIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ İLE ÖLÇÜM ARAÇLARININ İLİŞKİSİNE YÖNELİK BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ 68
5.2. ÇALIŞMANIN ÖLÇÜM ARAÇLARI VE PSİKOPATOLOJİK SEMPTOMLARIN İLİŞKİSİNE YÖNELİK BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ 71
5.2.1. Kişilik Özellikleri ve Psikopatolojik Semptomların İlişkisine Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi 71
5.2.2. Başa Çıkma Tutumları ve Psikopatolojik Semptomların İlişkisine Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi 75
5.2.3. Hastalık Algısı ve Psikopatolojik Semptomların İlişkisine Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi 78
5.2.4. Öz Yeterlik ve Psikopatolojik Semptomların İlişkisine Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi 80
5.3. ÇALIŞMANIN ÖLÇÜM ARAÇLARININ PSİKOPATOLOJİK SEMPTOMLARI YORDAYICI ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 83

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 86
KAYNAKLAR 90
EKLER 1

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1: İnme sınıflandırmasını gösteren tablo 4
Tablo 2.2: İskemik ve hemorajik inmede risk faktörleri..... 8
Tablo 2.3: Beş faktör kişilik kuramında tanımlanan boyutlara ait özellikler 18
Tablo 3.1: Katılımcıların çalışmaya dahil edilme kriterlerini gösteren tablo 38
Tablo 3.2: Katılımcıların çalışmadan dışlanma kriterlerini gösteren tablo..... 38
Tablo 4.1: Katılımcıların demografik bilgilerine ilişkin tanımlayıcı bulgular 46
Tablo 4.2: Katılımcıların yaş değişkenine ilişkin bilgiler..... 48
Tablo 4.3: Katılımcıların inme tipi ve hastalık sonucu etkilenen ekstremite durumlarına ilişkin frekans bilgileri 48
Tablo 4.4: Katılımcıların inme tipine göre etkilenen ekstremite ve cinsiyete ilişkin bilgileri 48
Tablo 4.5: Ölçüm araçlarından elde edilen puanların ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri..... 49
Tablo 4.6: Kişilik özellikleri, başa çıkma tutumları, öz yeterlik, hastalık algısı ve psikopatolojik belirtilerin cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılması 51
Tablo 4.7: Kişilik özellikleri, başa çıkma tutumları, öz yeterlik, hastalık algısı ve psikopatolojik belirtilerin inme türü değişkenine göre karşılaştırılması 52
Tablo 4.8: Kişilik özellikleri, başa çıkma tutumları, öz yeterlik, hastalık algısı ve psikopatolojik belirtilerin inme sonucu etkilenen hemisfer değişkenine göre karşılaştırılması..... 54
Tablo 4.9: Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ölçeği alt boyutları ve SCL-90 Belirti Tarama Ölçeği Genel Değerlendirme arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon analizi sonuçları 55
Tablo 4.10: Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ölçeği ve SCL-90 Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90-R) alt boyutları arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon analizi sonuçları..... 57
Tablo 4.11: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği alt boyutları ve SCL-90 Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90-R) Genel Değerlendirme arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon analizi sonuçları..... 58
Tablo 4.12: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve SCL-90 Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90-R) alt boyutları arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon analizi sonuçları. 59
Tablo 4.13: Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutları ve SCL-90 Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90-R) Genel Değerlendirme arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon analizi sonuçları 61

Tablo 4.14: Hastalık Algısı Ölçeği ve SCL-90 Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90-R) alt boyutları arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon analizi sonuçları 62
Tablo 4.15: İnme Öz Yeterlik Ölçeği alt boyutları ve SCL-90 Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90-R) Genel Değerlendirme arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon analizi sonuçları 64
Tablo 4.16: İnme Öz Yeterlik Ölçeği ve SCL-90 Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90-R) alt boyutları arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon analizi sonuçları 65
Tablo 4.17: Kişilik özellikleri, başa çıkma tutumları, öz yeterlik ve hastalık algısının psikopatolojik belirtilere etkisine yönelik regresyon modelleri 66

SİMGELER VE KISALTMALAR

COPE-R **:** Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

SCL-90-R **:** Belirti Tarama Listesi

WHO **:** Dünya Sağlık Örgütü

İNME SONRASI HASTALARDA PSİKOPATOLOJİYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER: KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARININ PSİKOPATOLOJİK SEMPTOMLARLA İLİŞKİSİ

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, inme sonrası hastaların kişilik özellikleri, başa çıkma tutumları, öz yeterlik ve hastalık algısı faktörlerinin psikopatolojik semptomların gelişimine etkilerini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada, Sosyodemografik Bilgi Formu, Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-R), Hastalık Algısı Ölçeği, İnme Öz Yeterlik Ölçeği ve SCL-90 Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) kullanılmıştır. Veriler, Aralık 2024 ve Şubat 2025 tarihleri arasında, fizik tedavi yataklı servisinde tedavi gören veya fizik tedavi polikliniğine başvuran ve ayaktan takip edilen, en az 6 aydır inme tanısı almış 84 hastanın oluşturduğu örneklemden toplanmıştır. Verilerin normallik dağılımlarının değerlendirilmesinin ardından çalışmanın sürekli değişkenleri arasındaki ilişkiler korelasyon analizleri, yordayıcı değişkenler regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Bununla birlikte değişkenlerin sosyodemografik ve hastalığın klinik özelliklerine göre grup karşılaştırmaları analizleri yürütülmüştür.

Bulgular: Araştırmada, kişilik özelliklerinden duygusal dengesizlik ile psikopatolojik belirtiler arasında pozitif, dışa dönüklük ve deneyime açıklık kişilik özelliği ile psikopatolojik belirtiler arasında negatif ilişki elde edilmiştir. Problem odaklı başa çıkma tutumları ile psikopatolojik belirtiler arasında negatif ilişki, işlevsel olmayan başa çıkma tutumları ile psikopatolojik belirtiler arasında pozitif ilişki elde edilmiştir. Bunun yanında, hastalık algısı ve öz yeterlik ölçümlerinin de psikopatolojik belirtiler ile anlamlı ilişkileri bulunmuştur. Çalışmada, kişilik özellikleri ve başa çıkma tutumlarının bazı alt boyutlarının psikopatolojik belirtileri yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bunun yanı sıra, araştırmanın değişkenlerine ait belirli boyutlarının sosyodemografik ve hastalığın klinik özelliklerine göre farklılık gösterdiği saptanmıştır.

Sonuç: İnme sonrası hastalarda, kişilik kişilik özellikleri, başa çıkma tutumları, öz yeterlik ve hastalık algısı faktörlerinin psikopatolojik semptomlarla ilişkili olduğu

sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgular, inme sonrası hastalarda görülen psikopatolojik semptomlar ile bu semptomların oluşumunda etkili olabilecek faktörlerin anlaşılmasına katkı sağlamakta, hastaların psikolojik zorluklarla başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi ve erken müdahale stratejilerinin oluşturulmasına yönelik önemli veriler sunmaktadır. Bu bulguların, hastaların psikolojik durumlarının daha iyi anlaşılmasına ve müdahale sürecinin daha etkili bir şekilde yönetilmesine katkı sağladığı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Başa Çıkma Tutumları, Hastalık Algısı, İnme, Kişilik Özellikleri, Öz Yeterlik, Psikopatolojik Semptomlar

FACTORS AFFECTING PSYCHOPATHOLOGY IN STROKE PATIENTS: THE RELATIONSHIP OF PERSONALITY TRAITS AND COPING STYLES WITH PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to examine the effects of personality traits, coping strategies, self-efficacy, and illness perception on the development of psychopathological symptoms in post-stroke patients.

Materials and Methods: The study utilized a Sociodemographic Information Form, Five-Factor Personality Inventory, Coping Strategies Rating Scale (COPE-R), the Illness Perception Questionnaire, the Stroke Self-Efficacy Questionnare, and the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R). Data were collected between December 2024 and February 2025 from a sample of 84 patients who had been diagnosed with stroke for at least six months and were either hospitalized in an inpatient physical therapy service or receiving outpatient follow-up care in a physical therapy clinic. After evaluating the normality distributions of the data, relationships among variables of the study were analyzed using correlation analyses and predictor variables were analyzed using regression analysis. Additionally, group comparisons of variables for sociodemographic and clinical characteristics of the disease were analyzed.

Results: The study found a positive correlation between the personality trait of neuroticism and psychopathological symptoms, and negative correlations between extraversion and openness to experience and psychopathological symptoms. Problem-focused coping strategies were negatively correlated with psychopathological symptoms, whereas dysfunctional coping strategies were positively correlated. Furthermore, illness perception and self-efficacy were significantly associated with psychopathological symptoms. It was also concluded that certain dimensions of personality traits and coping strategies predicted psychopathological symptoms. In addition, some dimensions of the study variables showed significant differences based on sociodemographic and clinical characteristics.

Conclusion: The findings indicate that personality traits, coping strategies, self-efficacy, and illness perceptions are associated with psychopathological symptoms in post-stroke patients. The results contribute to a better understanding of the factors that may influence the development of psychopathological symptoms in this population and provide valuable insights for improving patients' coping skills and developing early intervention strategies. These findings are believed to support more effective management and understanding of the psychological status of post-stroke patients.

Key Words: Coping Strategies, Illness Perception, Personality Traits, Psychopathological Symptoms, Self-Efficacy, Stroke

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnme, dünya genelinde ölüm ve engelliğe neden olan en yaygın sağlık sorunlarından biridir (1). İnme sonrası hastalar, genellikle motor fonksiyon kayıplar, duyusal bozukluklar, bilişsel problemler ve psikososyal zorluklarla karşı karşıya kalmakta ve zorlayıcı bir iyileşme süreciyle mücadele etmektedirler (2). Bu durum, hastaların yaşam kalitesini düşürmekte ve günlük yaşam aktivitelerini bağımsız şekilde sürdürebilmelerini zorlaştırmaktadır.

İnme sonrası psikolojik iyilik hali, hastaların rehabilitasyon sürecine katılımı ve yaşam kalitesi açısından kritik bir faktördür (3). Kalıcı yetersizlikler nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlı hale gelen hastalarda, inme sonrası depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu sıklıkla karşılaşılan psikolojik rahatsızlıklardandır (4). İnme sonrası depresyon ve anksiyete belirtilerinin varlığı daha fazla bilişsel yetersizlikler, rehabilitasyona daha düşük katılım, daha düşük işlevsellik ve yaşam kalitelerinde düşüşle ilişkilidir (5). Hastaları psikolojik sonuçlar açısından risk altına sokan özellikleri anlamak ve hastaların yaşadıkları zorluklara erken müdahalelere odaklanmak önemlidir.

İnme sonrası psikolojik faktörler ile hastaların tedaviye katılımı, yaşam kalitesi, psikolojik iyi oluş durumları arasındaki ilişkileri araştıran çalışmalar ortaya koyulmuştur (6, 7). Kişilik özellikleri ile psikolojik iyilik halinin araştırıldığı çalışmalarda, özellikle yüksek duygusal dengesizlik ve düşük dışa dönüklük kişilik özellikleri depresyon, anksiyete gibi psikolojik sorunlarla ilişkilendirilmişken diğer kişilik özelliklerinden olan uyumluluk, sorumluluk ve deneyime açıklık için tutarlı bir ilişki tespit edilememiştir (8, 6). Çalışmalarda, kişilik özelliklerinin, özellikle inme sonrası dönemde, nörolojik ve diğer psikososyal faktörlerin etkileşimiyle psikolojik iyilik halinde etkili olduğu öne sürülmüştür (9, 10).

Kişilik özelliklerinin yanı sıra araştırmalarda, inme sonrası, hastaların başa çıkma tutumları (11, 12), hastalık algısı (13, 14) ve öz yeterlik (15) özelliklerinin psikopatolojik belirtilerin varlığı ile ilişkisi incelenmiştir. Bu araştırmaların bazılarında, proaktif başa çıkma (11), öz yeterlik ve iyimserliğin (15) daha iyi sonuçlarla ilişkili olduğu, pasif başa çıkma ve kötümser tutumların (16) ise daha kötü sonuçlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ancak literatür araştırmaları incelendiğinde inme sonrası hastalarda, psikopatolojik belirtiler

ile ilişkili olabilecek faktörlerin bütüncül incelendiği çalışmaların sayısının hala oldukça sınırlı olduğu bilinmektedir.

İnme sonrası psikolojik iyilik hali, bireyin rehabilitasyon sürecine katılımı ve yaşam kalitesi açısından kritik bir faktördür. Bununla birlikte, kişilik özellikleri, başa çıkma tutumları, öz yeterlik algısı ve hastalık algısının psikopatolojik belirtiler üzerindeki etkileri konusunda yeterli bilgi bulunmamaktadır. Bu doğrultuda, bu tez çalışmasında inme geçiren hastaların kişilik özellikleri, başa çıkma tutumları, öz yeterlik ve hastalık algılarının psikopatolojik semptomları nasıl etkilediği temel sorusuna yanıt aranmaktadır. Aynı zamanda, kişilik özelliklerinden duygusal dengesizlik, dışa dönüklük, uyumluluk, sorumluluk ve gelişime açıklık gibi kişilik özelliklerinin inme sonrası psikolojik semptomlarla ilişkisi araştırılmıştır. Başa çıkma tutumlarından kendine yardım, yaklaşma, uyum sağlama, kaçınma ve kendini cezalandırma ile inme sonrası psikopatolojik belirtilerle ilişkisi incelenmiştir. Araştırmada ayrıca, inme geçiren hastaların hastalık algısı ve öz yeterlik düzeyleri ile psikopatolojik semptomların ilişkisi incelenmiştir.

Bu çalışmanın temel amacı, inme sonrası bireylerin kişilik özellikleri, başa çıkma tutumları, öz yeterlik algıları ve hastalık algılarının psikopatolojik belirtiler üzerindeki etkisini incelemektir. Çalışma, inme sonrası depresyon, anksiyete ve diğer psikopatolojik belirtilerin gelişiminde kişilik faktörlerinin rolünü değerlendirmeyi hedeflemektedir. Ayrıca, hastaların başa çıkma tutumları, öz yeterlik algıları ve hastalığı algılama biçimleri ile psikolojik semptomlar arasındaki ilişkilerin de değerlendirilmesi hedeflenmektedir. Bu sayede, psikolojik iyilik halinin artırılmasına yönelik etkili müdahale yöntemleri geliştirilmesine katkı sağlanması hedeflenmektedir.

Çalışma kapsamında, inme tanısı almış ve en az altı aydır hastalık sürecini deneyimleyen hastaların belirlenen ölçekler aracılığıyla kişilik özellikleri, başa çıkma tutumları, öz yeterlik, hastalık algıları ve psikopatolojik belirtileri değerlendirilmiş olup ilişkisel tarama deseni kullanılmıştır.

Bu çalışma, inme sonrası hastaların psikopatolojik durumlarını etkileyen faktörleri bütüncül bir şekilde ele alarak alan yazına katkı sağlamayı amaçlamaktadır. Alan yazında genellikle inme sonrası tekil değişkenler üzerine bağımsız yürütülen çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışma ise kişilik özellikleri, başa çıkma tutumları, öz yeterlik, hastalık algısı ve psikopatolojik belirtiler faktörlerini birlikte ele alarak kapsamlı bir değerlendirme sunacaktır. Elde edilen bulgular, psikopatoloji gelişimine yatkın bireylerin erken tespit edilmesine, rehabilitasyon süreçlerine yönelik kişiselleştirilmiş müdahale stratejileri

geliştirilmesine ve inme sonrası psikolojik destek hizmetlerinin iyileştirilmesine katkıda bulunacağı beklenmektedir. Ayrıca, inme sonrası psikolojik iyilik halinin belirleyicileri kapsamlı bir şekilde ele alınarak hastaların rehabilitasyon süreçlerine yönelik daha etkili müdahalelerin geliştirilmesine ışık tutması amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İNME

2.1.1. İnme Tanımı Ve Sınıflandırılması

İnme veya serebrovasküler olay, Dünya Sağlık Örgütü (WHO-World Health Organisation) tarafından, 24 saatten fazla süren veya ölümle sonuçlanan, vasküler köken dışında belirgin bir nedeni olmayan, serebral fonksiyonun fokal bozukluğunun hızla gelişen klinik belirtilerinden oluşan klinik bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (17, 18, 19). Beyin dokusu oksijen ve besin yetersizliğine oldukça duyarlı olduğundan, inme anında müdahale edilmediğinde hücre ölümü hızla gerçekleşir ve bu durum fonksiyonel kayıplara neden olabilir (19, 20). İnme, klinik bir sendrom olup iskemik inme ve hemorajik inme olmak üzere iki geniş alt tip tanımlanmıştır (21, 22). İnme tiplerine ait sınıflandırma Tablo 1'de gösterilmiştir (Tablo 1.1).

Tablo 2.1: İnme sınıflandırmasını gösteren tablo

İnme Sınıflandırması	
İskemik İnme	• Büyük Damar Aterosklerozu • Embolik İnme • Laküner İnme • Kriptojenik İnme • Diğer Nedenler
Hemorajik İnme	• Subaraknoid Hemorajik İnme • İntraserebral Hemorajik İnme

İskemik inme, toplam inmelerin yaklaşık %80-85'ini oluşturmaktadır (23, 24). Bunlar, beyne giden kan akışının kesilmesi sonucunda ortaya çıkar ve serebral enfarkt olarak da bilinen nekrotik doku alanıyla sonuçlanır (18, 22). İskemik bir olay sırasında, bir kan damarındaki tıkanıklık, lokalize beyin bölgelerine kan akışını azaltarak normal kan akışında

hipoperfüzyon durumuna neden olur. Bu durum, bu bölgelerdeki nöronlara besin, glikoz ve oksijen sağlanmasında azalmaya veya kayba neden olarak enfarktüsle sonuçlanır (18). İskemik inmenin bir sonucu olarak nörolojik işlev bozukluğu tipik olarak kan damarı tıkanmasından sonraki saniyeler veya dakikalar içinde gelişirken, iskemik hasarın tam kapsamı dakikalar, saatler ve hatta günler süren uzun bir süre boyunca gelişir (25). İskemik inmenin başlıca alt tiplerinden büyük damar aterosklerozu, embolik ve laküner inmeler iskemik inmenin %65'ini oluşturmakta, kalanı diğer ve kriptojenik nedenler oluşturmaktadır (24, 26).

Büyük damar aterosklerozu, beyindeki bir damarın, genellikle ateroskleroz nedeniyle pıhtılaşması sonucu tıkanmasıyla oluşur (27). Bu tip, özellikle yaşlılarda daha yaygındır. Embolik inme, kalp veya vücudun başka bir bölgesinde oluşan bir pıhtının kan yoluyla beyne taşınarak bir damarı tıkaması sonucu ortaya çıkar (22). Atriyal fibrilasyon gibi kalp rahatsızlıkları embolik inmeye yol açabilir. Laküner inme ise küçük kan damarlarının tıkanması sonucu oluşur ve daha çok hipertansiyon veya diyabeti olan bireylerde görülür (28).

Hemorajik inmeler toplam inmelerin yaklaşık %15-20'sini oluşturmakta olup intraserebral ve subaraknoid alt tiplere ayrılır (22, 28). İntraserebral kanama, beyin içindeki kan damarlarının yırtılması ve bunun sonucunda kanın çevre bölgelere akması ve beyin dokusuna zarar vererek ölüm veya nörolojik bozuklukla sonuçlanmasıyla meydana gelir. Kan damarı yırtılması genellikle kan damarı duvarlarına zamanla zarar veren sürekli hipertansiyonun sonucudur ve genellikle ani baş ağrısı, bilinç kaybı ve nörolojik belirtilerle kendini gösterir (29).

Subaraknoid kanama, tüm inmelerin yaklaşık %3-5'ini oluşturur ve beynin dışında, araknoid ve pia tabakaları arasındaki subaraknoid boşlukta kan damarlarının yırtılması sonucu meydana gelir. Subaraknoid kanamanın en yaygın nedeni bir arteriyel anevrizmanın yırtılmasıdır ve şiddetli baş ağrısıyla kendini belli eder (30).

2.1.2. İnme Epidemiyolojisi

İnme, dünya genelinde her yıl milyonlarca insanı etkileyen ve ciddi fiziksel, psikolojik ve sosyal sonuçlara yol açan önemli bir sağlık sorunudur. Dünya genelinde, her yıl 15 milyona yakın kişinin inme geçirdiği 5,5 milyona yakın kişinin inme nedeniyle hayatını kaybettiği ve inme ile yaşayan ve yaşam kalitesinin etkilendiği toplam kişi sayısının 116 milyona ulaştığı bildirilmiştir (31). İnme, özellikle 65 yaş üstü yaşlı popülasyonda daha

sık görülmekle beraber, özellikle sanayisi gelişmiş ülkelerde, gençlerde de ortaya çıkabildiği belirtilmiştir. Yaşlanma ile inme geçirme riski artmakta ve bu durum, dünya nüfusunun yaşlanmasıyla gelecekte daha büyük bir sağlık yükü oluşturma potansiyeline sahiptir (31-33).

İnme, kalp hastalıkları ve kanserden sonra dünyada en sık görülen üçüncü ölüm nedeni olarak kabul edilmektedir (34). İnme geçiren kişilerin yaklaşık %30'u ilk ayda, %50'si ise ilk yıl içinde hayatını kaybetmektedir (31). Düşük ve orta gelirli ülkelerde, inme kaynaklı ölüm oranları daha yüksek olup bu durum sağlık hizmetlerine erişimdeki yetersizlikler ve daha yaygın risk faktörleri ile ilişkilendirilmiştir (24, 35).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada, inme vakalarının %65,1'inin iskemik, %24'ünün intraserebral kanama ve %10,9'unun subaraknoid kanama olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, inme geçiren bireylerde ilk bir yıl içinde tekrar inme geçirme riskinin yaklaşık %11,1 olduğu saptanmıştır (36). Aynı çalışmada, inmelerin %17,4'ü elli yaş altında, %58,5'i yetmiş yaş altında ve %54,3'ü de kadınlarda görüldüğü kaydedilmiştir (36). Ayrıca, kadınların inme geçirme riski, daha uzun yaşam beklentisi ve yaşlanma ile artan inme insidansı nedeniyle erkeklere göre daha yüksektir (37).

İnme, ölüm nedenlerinin yanı sıra, uzun süreli engelliliklerin önde gelen nedenlerinden biridir (1). İnme geçiren bireylerin yaklaşık yarısı, yaşamlarının geri kalanında kalıcı bir engelle yaşamaktadır (38). Bu durum, bireylerin günlük aktivitelerini gerçekleştirme kapasitelerini azaltarak hem sağlık sistemi üzerinde yük oluşturmakta hem de bireysel ve toplumsal maliyetlere yol açmaktadır (39, 40).

2.1.3. İnme Etiyoloji Ve Risk Faktörleri

İnme, genellikle iskemik veya hemorajik süreçlerden kaynaklanan ve birçok faktörün etkisiyle ortaya çıkabilen bir hastalıktır. İskemik inme, genellikle beyindeki bir arterin pıhtı, aterosklerotik plak veya embolilerle tıkanması sonucunda meydana gelir (27). Ateroskleroz, damar duvarında plak birikmesiyle ortaya çıkan ve hipertansiyon, diyabet ve hiperlipidemi gibi faktörlerle ilişkilendirilen bir durumdur (41). Büyük damar tıkanıklıkları genellikle aterosklerotik plaklardan kaynaklanırken, küçük damar tıkanıklıkları hipertansiyon gibi uzun vadeli vasküler hasarlarla ilişkilidir ve laküner enfarktlarla sonuçlanabilir (27, 42, 43).

Hemorajik inme ise, genellikle beyin damarlarının yapısal bozukluklarından ve damar duvarındaki zayıflıklardan kaynaklanır. Yüksek kan basıncı, mikro anevrizmaların yırtılmasına yol açarak intraserebral kanamaya neden olabilir (24). Subaraknoid kanama,

genellikle arteriyovenöz malformasyon veya anevrizma sonucu oluşur (30). Hemorajik inmenin diğer etkenleri arasında travmalar, kanama bozuklukları, antikoagülan kullanımı ve alkol gibi yaşam tarzı faktörleri bulunur. Bu faktörler, damar yapısını etkileyerek beyin dokusu içine veya beyin çevresinde kanamaya neden olabilir (27, 42). İskemik ve hemorajik inmede değiştirilebilir ve değiştirilemeyen risk faktörleri bulunmaktadır (Tablo 1.2.) (42). Değiştirilemeyen faktörler arasında yaş, cinsiyet ve genetik yatkınlık yer alır. Özellikle 65 yaş üstü bireylerde inme riski belirgin şekilde yükselir (44, 45). Erkeklerde inme geçirme riski kadınlara göre daha yüksektir, ancak yaş ilerledikçe kadınlarda da risk artar (37). Genetik yatkınlık, ailede inme öyküsünün bulunmasıyla ilişkilidir ve bazı bireylerde ateroskleroz, hipertansiyon veya hiperkoagulabilite gibi durumlara eğilim yaratabilir (42, 45).

Değiştirilebilir faktörler ise hipertansiyon, sigara kullanımı, alkol tüketimi, kötü beslenme, obezite ve fiziksel hareketsizlik gibi yaşam tarzı ile ilgili etkenlerden oluşmaktadır (46, 47). Hipertansiyon, inme için en önemli risk faktörlerinden biri olup kontrol altına alınması durumunda risk önemli ölçüde azaltılabilir (48). Diyabet ve dislipidemi de damarların hasar görmesine ve tıkanmasına yol açarak inme riskini artırır (49, 50). Sigara kullanımı, kan damarlarının daralmasına neden olarak hem iskemik hem de hemorajik inme riskini artırır (42). Alkol tüketimi de hemorajik inme için risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle, yaşam tarzı değişiklikleri, diyet düzenlemeleri ve düzenli egzersiz gibi önlemler alınarak inme riski azaltılabilir (46, 51).

Tablo 1.2: İskemik ve hemorajik inmede risk faktörleri

	Değiştirilemeyen Faktörler	Değiştirilebilir Faktörler
İskemik İnme	• Yaş • Cinsiyet • Irk/ Etnik Köken • Aile Öyküsü • Genetik	• Hipertansiyon • Sigara Kullanımı • Diyet/Beslenme • Fiziksel Hareketsizlik • Hiperlipidemi • Diyabet • Alkol Tüketimi • Kalp Problemleri • Düşük folat serum seviyesi • İnflamasyon • Genetik
Hemorajik İnme	• Yaş • Cinsiyet • Irk/ Etnik Köken • Aile Öyküsü • Genetik	• Hipertansiyon • Sigara Kullanımı • Diyet/Beslenme • Alkol Tüketimi • Genetik

2.1.4. İnme Klinik Bulguları Ve Prognozu

İnme belirtileri, etkilenen beyin bölgesine ve inmenin türüne göre değişiklik gösterir. En yaygın bulgulardan biri, yüz, kol veya bacakta ani başlayan ve genellikle vücudun bir tarafını etkileyen güçsüzlük veya uyuşmadır (24, 52). Bu durum özellikle yüz ve kol kaslarında belirgindir ve kişinin gülüşünde asimetri, konuşmasında bozukluk gibi belirtilerle fark edilebilir (52). İnme geçiren kişilerde ayrıca ani başlayan konuşma bozuklukları, görme kaybı veya çift görme, dengesizlik, koordinasyon bozukluğu, baş dönmesi ve bilinç bulanıklığı gibi nörolojik semptomlar görülür (24). Hemorajik inmede, ani ve şiddetli baş ağrısı, bulantı, kusma ve bilinç kaybı daha sık yaşanır ve kanamanın yeri ile genişliğine bağlı olarak bilinç seviyesinde ciddi azalmalar olabilir (53, 54).

İnme çeşitli beyin bölgelerini etkileyerek farklı semptomlara yol açabilir. Frontal lob inmeleri davranış değişikliklerine, kişilik değişikliklerine ve planlama güçlüklerine neden olabilir (24). Beyincik ve beyin sapı felçlerinde genellikle göz hareketlerinde anormallik, konuşma bozuklukları, yutma zorluğu ve şiddetli denge kaybı gibi bulgular daha belirgindir (52).

İnmenin prognozu da inmenin türü, etkilenen beyin bölgesi, yaşı ve genel sağlık durumu gibi birçok faktöre bağlı olarak değişiklik gösterir (55). Erken tedaviye ulaşan kişilerde prognoz genellikle daha iyi olurken, geç müdahale durumlarında kalıcı nörolojik defisitler ve engellilik oranları yükselir (56). Örneğin, iskemik inmede hızlı bir şekilde tedavi uygulandığı durumda, pıhtı çözülerek beyin dokusunun hasar görmesi önlenebilir ve iyileşme süreci daha olumlu sonuçlanabilir (57). Ancak, tedaviye geç kalınan vakalarda, beyin dokusunda kalıcı hasar meydana gelir ve bu da kişinin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler (57).

Hemorajik inmede ise prognoz genellikle daha kötüdür. Beyin içi kanamanın yayılımı, kanamanın büyüklüğü ve beyin dokusunda oluşturduğu basınç artışı, ölüm oranlarını artıran başlıca faktörlerdir (29). İntraserebral kanama veya subaraknoid kanama gibi durumlarda, cerrahi müdahale gerekebilir; ancak bu müdahaleler bile yüksek risk taşır ve her zaman başarılı olmayabilir. İnmeye bağlı komplikasyonlar arasında enfeksiyon, yatak yaraları, kas spazmları ve dengesizlik gibi sorunlar bulunur; bu komplikasyonlar, inme sonrası bakım sürecinde yönetilmesi gereken önemli zorluklardır (29).

İnme sonrası iyileşme süreci, bireyden bireye değişmekle birlikte, rehabilitasyon prognoz üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (58). Yoğun ve kişiye özel fiziksel ve konuşma terapileri, özellikle ilk üç ila altı ayda hastanın işlevselliğini artırmada kritik rol oynar. İnme geçiren bireylerin çoğu günlük işlerini bağımsız olarak sürdüremezken, bazıları rehabilitasyon sürecinde yavaş yavaş bağımsızlığını geri kazanabilir (55). Rehabilitasyonun etkili olması için multidisipliner bir yaklaşımla hareket edilmesi ve bireyin sosyal desteğinin sağlanması, yaşam kalitesinin artırılması açısından önemlidir (58, 59).

2.1.5. İnme Ve Psikopatolojik Bulgular

İnme, hastaların normal yaşamlarında ani ve beklenmedik değişimlere yol açarak, kalıcı engellilik, fonksiyonel bozukluklar ve fiziksel komplikasyonlar gibi sonuçlara neden olur (60). Bu durum, fiziksel etkilerinin yanı sıra hastalarda psikolojik değişimlere de neden olabilir. İnme sonrası, hastaların aile içindeki ve sosyal çevrelerindeki rolleri de fark edilir

şekilde değişmekte ve bu da bir stres kaynağı oluşturmaktadır. Bağımsızlık kaybı, sosyal rollerin değişimi, fonksiyonel yetersizlik, zayıflamış sosyal bağlar, cinsiyet ve afazi gibi faktörler, günlük yaşam kalitesini ve hastaların psikolojik durumlarını olumsuz etkilemektedir (60-63).

Yapılan çalışmalarda, inme sonrası depresyonun inme hastalarında en yaygın görülen duygusal bozukluklardan biri olduğu belirtilmektedir (64, 65). İnme sonrası depresyonun gelişmesi yaygın olup bu durum fonksiyonel iyileşmeyi olumsuz etkilemektedir (4, 65, 66). İnme sonrası depresyon gelişme riskinin en yüksek olduğu dönem ilk üç ay olsa da, bu riskin iki yıl boyunca devam ettiği saptanmıştır (67). Erken dönemde gelişen depresyonun, inme sonrası mortaliteyi artıran bir faktör olduğu da gösterilmiştir (68). Ayrıca, depresyonun kadın hastalarda daha sık ortaya çıktığı bildirilmiştir (69).

İnme sonrası depresyonun gelişiminde, hastalığın şiddeti, bilişsel bozulmalar, ani yeti kaybı ve buna bağlı değişikliklere verilen duygusal tepki, beyin hasarının biyokimyasal dengesindeki değişiklikler, hastalık öncesi depresyona yatkınlık veya depresyon öyküsü gibi faktörler rol oynayabilmektedir (64, 70, 71). Ayrıca, bağımsızlık kaybı, fiziksel engellerle baş etme sürecinin getirdiği psikolojik yükler, belirsizlikler, sosyal rollerin kaybı, ekonomik sıkıntılar ve işe yaramama hissi gibi etmenler de depresyon riskini artırmaktadır (72, 73). Sosyal açıdan izole olmak ve aile desteğinden yoksun kalmak da depresyon gelişimini tetikleyen önemli faktörler arasında yer almaktadır (71, 74).

İnme sonrası depresyon gelişiminde, bireyin premorbid kişilik özelliklerinin önemli bir rol oynadığına dair çalışmalar bulunmaktadır. Mücadeleci, kolay pes etmeyen ve kendine yeten bireylerin, inmenin getirdiği kısıtlılıklarla daha iyi başa çıkabildikleri belirtilirken, stresli durumlarda depresif tepkiler veren ve kaygılı bireylerin depresyon yaşama riskinin yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu durum, kişilik faktörlerinin psikolojik iyi oluş üzerindeki etkisini destekleyen literatürle uyumludur (10, 72). İnme hastalarında yüksek nevrotiklik/duygusal dengesizlik özellikleri inme sonrasında depresyon riski ve daha kötü psikolojik iyi oluş ile ilişkilendirilmiştir (8, 10, 75, 76). Yüksek nevrotiklik/duygusal dengesizlik düzeylerine sahip bireylerin inme sonrası depresyon geliştirme riski, düşük düzeylere sahip hastalara kıyasla daha yüksek bulunmuştur (76). Ayrıca, yüksek nevrotiklik/duygusal dengesizlik ve düşük uyumluluk özellikleri, inme sonrası ajitasyon, sinirlilik ve artan bakım veren sıkıntısıyla ilişkilendirilmiştir (10). Bu bulgular, kişilik özelliklerinin inme sonrası depresyon için potansiyel kırılganlık faktörleri olarak dikkate

alınması gerekebileceğini ve inme sonrası kötü psikolojik sonuç riski taşıyan hastaları belirlemek için erken kişilik değerlendirmesine ihtiyaç duyulabileceğini göstermektedir.

İnme sonrası anksiyete bozuklukları da inmeli hastalarda sık görülen diğer psikolojik bozukluklardan biridir ve hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (5, 77). İnme sonrası anksiyete bozukluğunda, huzursuzluk, erken yorulma, konsantrasyon güçlüğü, irritabilite, uyku bozukluğu ve kas gerginliği gibi belirtiler bulunmaktadır. İnme sonrası anksiyete ile ilişkili faktörler arasında kadın cinsiyeti, depresyon ve inmenin kendisi yer almaktadır (78). Ayrıca inme geçirenlerin, genel nüfusa kıyasla yaygın anksiyete bozukluğu, fobik bozukluk ve obsesif-kompulsif bozukluk geliştirme olasılığının önemli ölçüde daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (78).

İnme sonrası anksiyetenin semptom profili genel popülasyondakinden farklı olabilmektedir, inme geçirenlerin bedensel semptomlar yaşama olasılığının daha yüksek ancak kas gerginliği veya uyku azalması sergileme olasılığının daha düşük olduğu belirtilmiştir (78). İnme sonrası anksiyetenin ortaya çıkışında, inmenin tekrarlama riski, bireyin yeniden çalışabilme durumu ve sosyal aktivitelere katılımı gibi faktörlerin etkili olduğu bildirilmiştir (62, 77).

İnme sonrasında anksiyete gelişiminin incelendiği bir çalışmada, inme sonrası anksiyetenin ilk iki hafta içinde hastaların %37,7'sinde, ilk yıl içerisinde ise %29,3'ünde görüldüğü ortaya koyulmuştur (79). Bu oranlar, inme sonrası anksiyetenin yaygın bir klinik durum olduğunu göstermektedir. Ayrıca, anksiyete bozukluklarının sıklıkla depresyonla birlikte görüldüğü de bildirilmiştir (80).

İnme sonrası anksiyete bozukluklarının incelendiği bir diğer çalışmada, hastalarda yaygın ve fobik olmak üzere iki farklı anksiyete türü gözlemlenmiştir (81). İnme geçiren hastaların fobik anksiyete yaşama eğiliminde oldukları ve agorafobi benzeri durumlardan kaçındıkları belirlenmiştir. Hastalarda, özellikle dışarıya yalnız çıkma, kalabalık yerlere gitme, toplu taşıma kullanma, efor sarf etme ve cinsel aktiviteden kaçınma gibi durumlar yaygın olarak rapor edilmiştir (81). Bunun yanında, inme geçiren hastaların en büyük korkularından birinin ise yeniden inme geçirmek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, kadınlarda, gençlerde ve önceden anksiyete bozukluğu öyküsü olan kişilerde anksiyete bozukluklarının gelişme riskinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (82, 83).

İnme sonrası emosyonel bozulmalar, duygusal düzenlemede rol oynayan alanların hasar görmesi sonucunda ortaya çıkan, kontrol edilemeyen gülme veya ağlama ataklarıyla

karakterize edilen bir klinik tabloyu yansıtmaktadır (84, 85). Gülme ve ağlama ataklarının duygudurum ve sosyal bağlamdan bağımsız olarak ortaya çıkabildiği ve bu durumun hastalarda utanca, sosyal izolasyona ve yaşam kalitesinde azalmaya yol açabildiği gösterilmiştir (86).

Apati, motivasyon kaybına bağlı olarak amaca yönelik eylemlerin anlamlı ölçüde azalması olarak tanımlanmaktadır. Apati gösteren bireylerde bilişsel olarak ilgi eksikliği, plan yapmada zorluk, duygusal olarak yüzeysel duygulanım ve kayıtsızlık öne çıkmaktadır (87).

Apati, inme sonrasında hastaların yaklaşık üçte birinde görülmektedir ve yaşlı hastalarda daha sık rastlanmaktadır. İnme hastalarında apati, genellikle iyileşme sürecini olumsuz etkileyen bir durumdur (88, 89, 90). Apati, duygusal ilgisizlik ve motivasyon eksikliği ile kendini gösterir, bu da hastaların tedaviye katılımını ve tedaviye yanıt verme düzeylerini düşürmektedir. Bu durum, fonksiyonel bozuklukların daha belirgin hale gelmesine yol açar ve hastaların normal yaşamsal fonksiyonlarına geri dönmelerinin uzamasına neden olabilmektedir (88, 89, 90).

Gao ve arkadaşlarının, genç iskemik inme hastaları ile yürüttükleri çalışmada (91), hastaların genel popülasyona kıyasla depresyon, anksiyete, somatizasyon, fobi ve psikotizm açısından anlamlı düzeyde daha yüksek semptomlar gösterdiği bulunmuştur. Ayrıca, çalışmada, depresyon ve anksiyete belirtilerinin kadın hastalarda erkeklere kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada elde edilen bir diğer bulgu, bilateral beyin hasarı olan hastaların depresyon ve anksiyete oranının daha yüksek olduğudur (91).

İskemik inme geçirmiş hastalarda psikolojik stres, sosyal destek ve ilaç uyumundaki değişimleri inceleyen bir diğer çalışmada, inme geçiren hastaların psikolojik belirtileri değerlendiren ölçeğe ait toplam puanları kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Paranoid düşünce ve psikotizm hariç olmak üzere, ölçeğin diğer tüm alt boyutlarında (somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke/düşmanlık ve fobik anksiyete) inme grubunun puanları anlamlı olarak daha yüksektir. Ayrıca çalışmada, sosyal destek düzeyi açısından inme grubu, kontrol grubuna göre daha düşük puanlar almıştır. Çalışma, inme sonrası hastaların psikolojik problemler yaşadığını, sosyal desteklerinin yetersiz olduğunu ve ilaç uyumlarının düşük olduğunu göstermektedir (92).

Şahiner ve arkadaşlarının, akut iskemik inme ve geçici iskemik atak geçirmiş hastalarda kişilik özellikleri, mizaç yapısı ve yaşam olaylarının etkisini incelemeyi amaçladıkları çalışmalarında (93), katılımcıların depresif, irritabl ve anksiyöz mizaç özelliklerine daha yatkın olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, çalışmada yenilik arayışı, zarardan kaçınma, sebat etme, kendi kendini yönetme ve iş birliği gibi karakter özellikleri açısından da anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Çalışma sonucunda, inme hastalarının belirli mizaç ve karakter özelliklerine sahip olduğu ve inme sürecinde psikolojik faktörlerin de dikkate alınması gerektiği vurgulanmaktadır (93).

Araştırmalar, inme sonrası anksiyete ve depresyon prevalansının yüksek olduğunu göstermektedir (65, 78). Yaygın anksiyete bozukluğu, fobiler ve obsesif-kompulsif bozukluk dahil olmak üzere anksiyete bozuklukları, inme geçirenlerde genel popülasyona kıyasla önemli ölçüde daha yaygındır (78). İnme sonrası görülen psikolojik bozukluklar hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (94). Bu bozukluklar hem hastalar hem de bakım verenleri için zorluk oluşturmakta olup, uygun yaklaşımlarla tedavi edilmesi gerekmektedir (95). Bozuklukların erken teşhisi ve yönetimi, daha fazla komplikasyonun önlenmesi ve hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için oldukça önemlidir (96).

2.2. KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ

2.2.1. Kişilik Ve Kişilik Gelişiminde Etkili Faktörler

Kişinin düşünce, duygu ve davranış örüntüleri, kendine özgü özelliklerini yansıtan, diğer insanlardan ayrılmasını sağlayan ve çevresiyle kurduğu tutarlı bir ilişki sistemi genel anlamda "kişilik" kavramıyla ifade edilir. Bireylerin çevreleriyle etkileşimlerinde ortaya çıkan, belirli özelliklerin ve davranış şekillerinin bir bütünüdür (97). Bireyin hem iç hem de dış dünyasıyla kurduğu, görünen özellikleri kadar içsel özelliklerini de kapsayan, birbirine bağlı birimlerden oluşan karmaşık bir yapıyı ifade eder. Kişilik bireyin yaşamı boyunca sabit kalan özellikleri kadar gelişen ve değişen özellikleri de kapsar (98).

Kişilik kavramı, psikolojinin önemli çalışma alanlarından biri olmuş ve tarih boyunca farklı teorik yaklaşımlar çerçevesinde ele alınmıştır. Kavramsal gelişimi 1920'li yıllara dayanmakta olup birçok araştırmacı kişilik üzerine farklı tanımlar geliştirerek kavramı çeşitli boyutlarda incelemiştir. Günümüzde kişilik, bireyleri birbirinden ayıran

özellikler ve bireylerin belli örüntüler çerçevesinde sınıflandırılmasına odaklanan çeşitli tanımlarla ele alınmaktadır (99, 100).

Allport, kişilik kavramının öncülerinden biri olarak bu kavramı bireyin kendine özgü düşünce, duygu ve davranış kalıplarının dinamik bir organizasyonu olarak tanımlamaktadır (101). Allport'un tanımına göre, kişilik hem bireyin psikolojik hem de fizyolojik yapısından etkilenir ve bireye özgü bir düzen oluşturur. Bunun yanında, kişilik bireyin yaşam boyunca değişimi sürekli olan, dinamik bir örgütlenme özelliği taşır (101).

Kişilik, bireyin kendine özgü düşünce, duygu ve davranış kalıplarını içeren ve süreklilik gösteren bir yapı olarak tanımlanabilir. Bu kompleks yapı, biyolojik, sosyal, kültürel ve ailesel faktörlerin etkileşimi sonucunda şekillenir ve gelişir (98). Kişilik üzerine yapılan araştırmalar, kişilik gelişimini açıklamaya yönelik farklı modeller ve teoriler sunmuş, biyolojik ve çevresel unsurların önemini vurgulamıştır (102).

Kişilik teorisyenleri, bireylerin kişiliklerini belirleyen biyolojik faktörlerin önemini vurgulamıştır. Bu faktörler, genetik aktarım, beyin yapısı ve biyokimyasal süreçler gibi unsurlardan oluşmaktadır. Araştırmalar, genetik yapının kişilik özelliklerinin aktarımında önemli bir rol oynadığını göstermiştir (103, 104).

Bireyin kişilik gelişiminde sosyal çevrenin etkisi de vardır. Sosyokültürel faktörler, bireyin yaşadığı toplumun dil, din, ırk, gelenek, görenek, yargılar ve toplumsal kuralları gibi unsurlarını içerir. Bu unsurlar, bireyin davranışlarını, değerlerini ve tutumlarını etkileyerek kişilik yapılanmasına katkı sağlar. Sosyal faktörler ayrıca bireyin toplumsal rollerini ve sosyal etkileşimlerini şekillendirir (105).

Toplumun ekonomik, sosyal ve politik koşulları, bireyin kişilik gelişiminde dolaylı yoldan etkili olabilir. Sosyal çevrenin etkisi, bireyin davranışlarını toplumun normlarına uygun hale getiren öğrenme süreçleri ile daha belirgin hale gelir. Bu bağlamda, bireyin öğrendiği toplumsal normlar ve bu normlara verdiği tepkiler, kişilik gelişimini şekillendirir (105, 106).

Ailenin, çevresel ve biyolojik faktörlerin etkileşimi ile kişilik oluşumunda önemli katkısı bulunmaktadır. Aile, bireyin sosyalleşme sürecinde ilk deneyimlerini yaşadığı sosyal yapı olarak kişilik gelişiminde temel bir rol oynar (107). Aile, bireyin davranış örüntülerini, düşünce sistemlerini ve duygusal tepkilerini şekillendirir. Çocuk, ailesinden ödül-ceza sistemi, rol model alma ya da doğrudan öğrenme yoluyla birçok davranışı ve tutumu edinir. Bu süreç, bireyin kişilik yapılanmasında derin etkiler yaratır (107).

2.2.2. Kişilik Özellikleri Kuramlarının Gelişimi

Kişilik özellikleri, bireylerin davranışlarını, düşünce tarzlarını ve duygusal tepkilerini nasıl farklı şekilde deneyimlediğini açıklar (98). Kişilik özellikleri uzun zamandır psikoloji araştırmacılarının ilgi odağı olmuştur. Kişilik özelliklerinin sınıflandırılmasının yapıldığı ilk çalışmalarda insan davranışlarını tanımlayan çeşitli terimler belirlenmiştir. McDougall, kişiliğin eğilim, mizaç, huy, zekâ ve karakter olmak üzere beş ayrı unsura ayrılabileceğini öne sürmüştür (108). Allport ve Odbert (109), bu çalışmalar çerçevesinde yaklaşık 18.000 kişilik terimi tanımlamışlardır. Bu terimler daha sonra, kişilik özellikleri, geçici durumlar, kişisel davranışlar, sosyal değerlendirmeler ve fiziksel özellikler gibi kategorilerde düzenlenmiştir.

Cattell (110), bu terimleri daha da daraltarak yalnızca 12 temel özellik üzerinde durmuştur. Fiske (111), Cattell'in araştırmalarına dayanarak, bu kategorilerin daha sade bir versiyonunu geliştirmiştir. Goldberg (112) ise bu yapıyı "Büyük Beşli" olarak adlandırmıştır. Yapılan bir çalışma, Cobb-Clark ve Schurer (113), Beş Faktör Kişilik özelliklerinin dört yıl boyunca büyük ölçüde istikrarlı kaldığını ve sadece küçük değişiklikler görüldüğünü göstermektedir. Costa ve McCrae (114), anket bazlı araştırmalarına dayanarak beş boyutu duygusal denge/dengesizlik, dışa dönüklük, deneyime açıklık, uyumluluk ve sorumluluk olarak tanımlamışlardır.

2.2.3. Beş Faktör Kişilik Kuramı

Beş faktör kişilik kuramı (Five Factor Model), kişilik psikolojisinde yaygın olarak kabul gören ve kişilik özelliklerini beş temel boyut üzerinden tanımlayan bir teorik yaklaşımdır (114). Bu kuram, bireylerin davranış, düşünce ve duygusal tepki modellerini anlamak ve ölçmek için kullanılır. Beş Faktör Kişilik Kuramı, kültürler arası genellenebilirliği olan bir model olarak kabul edilmektedir ve kişilik ölçümünde genellikle geçerli ve güvenilir bulunmuştur (115).

Bu kuramda, kişilik, deneyime açıklık, sorumluluk, dışa dönüklük, uyumluluk ve duygusal denge/dengesizlik olmak üzere beş temel boyutta ele alınır (116). Her bir boyut, bireylerin davranış ve düşünce tarzlarını anlamada farklı yönlerden katkı sağlar (117). Costa ve McCrae (114), John ve Srivastava (117), ve McCrae ve Costa (118) tarafından yapılan çalışmalara göre, her bir özellik farklı düzeylerde değerlendirilmiştir. Her bir kişilik özelliği, düşük ve yüksek puanlarına dayalı olarak bu özelliklerin belirgin özelliklerini

açıklamaktadır. Beş faktör kişilik kuramında tanımlanan beş temel boyuta ait düzeyler ve özellikleri Tablo 1.3'te gösterilmiştir.

Beş temel kişilik özelliğinin ikili kategorilerden ziyade bir spektrumu kapsadığını belirtmek önemlidir. Bireyleri sınıflandırmak yerine, Beş Faktör Modeli, her bir özelliğin bir süreklilik içinde var olduğunu ileri sürer (119). Herkes beş özelliğin hepsine farklı derecelerde sahiptir. Bu spektrum, bireylerin her bir boyuttaki göreceli konumlarına göre sıralanmasına olanak tanır. Bireylerin bu özellikler üzerindeki konumlarını değerlendirerek, kişilikteki farklılıkları değerlendirmek, ölçmek ve anlamak mümkün hale gelir. Çoğu kişi gerçek hayatta bu spektrum üzerinde arada bir yere düşer (120).

2.2.3.1. Deneyime Açıklık: Deneyime açıklık, bireyin entelektüel merak eğilimi, yeni uyaranlara yönelik bir tercih, yeni fikirlere, deneyimlere ve yaratıcılığa olan açıklığını ifade eder. Bir bireyin yeni şeyler keşfetmeye ve yaratıcı ve entelektüel arayışlara girmeye ne kadar istekli olduğunu tanımlar. Deneyime açıklık düzeyi yüksek olan bireyler, orijinal, sofistike, yaratıcı, zeki, anlayışlı, hayal gücü yüksek ve yeniliklere meraklıdır, çok çeşitli ilgi alanları sergilerler ve yeni bilgi ve deneyimler edinme konusunda heveslidirler. Düşük açıklık seviyesine sahip bireyler ise geleneksel, alışılmış olana bağlı, yeniliklere karşı daha temkinlidir ve rutini tercih ederler (120). Bu alt boyutta düşük puan alanlar, geleneksel, ayakları yere basan, dar ilgi alanlarına sahip, yaratıcı olmayan olma eğilimindedir. Tanıdık olmayan şeyleri benimsemek yerine tanıdık ortamlarda kendilerini daha rahat hissederler. Deneyime açıklık boyutu, hayal gücü, estetik hassasiyet, duygusal zenginlik, fikirlere açıklık, değerlere esneklik nitelikleri kapsar (120).

2.2.3.2. Sorumluluk: Sorumluluk, bireyin düzenli, planlı, düşünceli hedef odaklı eylem planlarının olması ve öz disiplinli olma derecesini ifade eder. Kendini kontrol etmeyi, sorumluluk duygusunu ve organizasyona yönelik bir eğilimi gerektirir. Bireyin hedefleriyle uyumlu davranışlarda bulunmak için dürtüleri üzerindeki kontrolünü yansıtır (121). Yüksek sorumluluk düzeyine sahip bireyler dikkatli, organize, disiplinli, azimli ve güvenilirdir. Bu bireyler organizasyon becerileri ve detaylara dikkat gösterirler. Proaktif planlama yaparlar, eylemlerinin başkaları üzerindeki etkisini göz önünde bulundururlar ve eylem planlarına yönelik dikkatli bir yaklaşım sergilerler. Bu kişilik özelliğinde düşük puan alanlar ise daha dağınık, öz disiplini düşük, ihmalkâr ve ani kararlar almaya eğilimlidirler, daha az yapı ve organizasyon sergilerler (122). Erteleme eğilimi gösterebilir ve görevleri belirlenen sürede tamamlamak için mücadele edebilirler. Sorumluluk kişilik boyutu, yetkinlik, düzen, başarı odaklılık, öz disiplin, gelenekçilik ve düşüncelilik niteliklerini kapsamaktadır (123).

2.2.3.3. Dışa Dönüklük: Dışa dönüklük, heyecan, sosyallik, konuşkanlık, atılganlık ve duygusal ifade ile tanımlanır (120). Bireyin sosyal etkileşimlere katılabilme ve dış dünyadan enerji alabilme kapasitesini ifade eder. Bireylerin aktif olarak sosyal etkileşim arama derecesiyle ilgilidir. Dışa dönüklüğü yüksek kişiler, sosyal etkileşimlerden enerji alır ve düşünce ve görüşlerini ifade etmekte kendilerini rahat hissederler. Dışa dönük kişilik özelliğinde yüksek puan alan bireyler sosyal, enerjik, konuşkan ve kendine güvenen bir yapıya sahiptir. Öte yandan, genellikle içe dönük olarak bilinen düşük dışa dönüklüğe sahip bireyler ise daha çekingen, sessiz, sakin olma eğilimindedirler, sosyal etkileşimlerden daha az enerji alırlar ve aktif olarak duyulmak istemek yerine başkalarını dinlemeyi tercih ederler (120). Dışa dönüklük alt boyutu, sosyallik, kendine güven, heyecan arayışı ve pozitif duygular niteliklerini içerir (124).

2.2.3.4. Uyumluluk: Uyumluluk, bireyin başkalarıyla olan ilişkilerinde nasıl bir tutum takındığını ve kişilerarası ilişkilere yaklaşımını ifade eder. İlişki arayışına odaklanan dışa dönüklüğün aksine, uyumluluk güven, dürüstlük, yardımseverlik, özgecilik ve nezaket gibi özelliklerle karakterize edilir. Ayrıca, bu kişilik özelliği, başkalarıyla olan etkileşimlerin niteliği ve kalitesinde etkilidir (125). Uyumluluk düzeyi yüksek kişiler, başkalarıyla iş birliği yapmaya ve empati kurmaya yatkın, başkalarına güvenen, bağışlayıcı ve nazik olma gibi özellikler gösterir ve genellikle başkaları tarafından sevilir. Uyumluluk kişilik boyutunda düşük puanlar alan bireyler ise daha eleştirel, sert, şüpheci, rekabetçi ve mesafeli bir tavır sergileyebilirler, ayrıca bu kişiler zaman zaman manipülatif olarak algılanabilir. Uyumluluk kişilik boyutu, güven, dürüstlük, yardımseverlik, alçakgönüllülük ve şefkatlilik özelliklerini kapsar (126).

2.2.3.5. Duygusal Denge/Dengesizlik: Duygusal denge/dengesizlik, bireyin stresli durumlarla başa çıkma kapasitesini, dünyayı ve gerçekliği algılayışını, duygusal istikrarını ve kararlılığını ifade eder ve kaygı, depresyon veya ruh hali değişimleri gibi olumsuz duyguları yaşama derecesini yansıtır (117). Bu boyut, genellikle nevrotiklik olarak da adlandırılır, güvensizlik ve kendine acıma duygularıyla belirginleşen duygusal istikrarsızlıkla bağlantılıdır. Yüksek düzeyde duygusal dengesizlik bireyin duygusal olarak daha kararsız, hassas, gergin, sinirli, güvensiz, karamsar, aşırı üzüntüye eğilimli, düşük öz saygılı ve endişeli olma eğiliminde olduğunu gösterebilir. Bunun aksine, bu alt boyuttan düşük puan alan kişiler ise duygusal olarak daha dengeli, sakin bir yapıyı ifade eder (117). Bu kişiler, güvenlik ve memnuniyet sergileme eğilimindedir; daha fazla duygusal istikrar ve

esneklik sergilerler. Duygusal denge/dengesizlik, kaygı, düşmanlık, depresiflik, kendine yetersizlik ve stresle başa çıkma niteliklerini içerir (120).

Tablo 2.3: Beş faktör kişilik kuramında tanımlanan boyutlara ait özellikler

Kişilik Özelliği	Düşük	Yüksek
Deneyime Açıklık	Yeni deneyimlere kapalı, geleneksel, tutucu, değişikliği sevmeyen, sıkılgan	Yeni deneyimlere açık, meraklı, hayal gücü geniş, değişimi seven, yaratıcı
Sorumluluk	Düzensiz, amaç doğrultusunda hareket etmeyen, ihmalkâr	Düzenli, kontrollü, organize olan, hırslı, hedef odaklı, öz disiplinli
Dışa Dönüklük	Mesafeli, çekingen, sessiz, yalnızlığı seven ve duygusal olarak mesafeli olma	Konuşkan, enerjik, neşeli, eğlenceyi seven, sosyal
Uyumluluk	Şüpheci, güvenilmez, arkadaş canlısı olmayan, eleştirel, sinirli	İnsancıl, güvenilir, cömert, açık sözlü, kabul edici, hoşgörülü, yardımsever, cömert
Duygusal Denge/Dengesizlik	Sakin, soğukkanlı, duygusal olmama, tutarlı duygudurum	Endişeli, değişken duygudurum, kaygılı, duygusal, stresle alakalı sorunlara karşı daha hassas

2.2.4. İnme Ve Kişilik Özellikleri

İnme, bireyin fiziksel, bilişsel ve duygusal durumunda önemli değişimlere yol açan ciddi bir nörolojik olaydır ve hastalık, hastalar için oldukça güç olabilecek bir iyileşme sürecini beraberinde getirmektedir (127). Bu durum, inmenin beyin yapılarında meydana

getirdiği hasarın bilişsel, duygusal ve davranışsal süreçleri etkileyebileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, inme sonrası kişilik değişiklikleri sadece nörolojik hasarla değil, aynı zamanda bağımsızlık kaybı, sosyal rollerin değişimi ve tekrar inme geçirme korkusu gibi psikososyal faktörlerle de şekillenebilmektedir. Bu bağlamda, inme sonrası kişilik özelliklerinin psikolojik iyi oluş üzerindeki etkisinin anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Genel olarak kişilik özellikleri yaşam boyu stabil olsa da Specht ve arkadaşları (128) yaşam boyu ve önemli yaşam olayları karşısında kişilik değişikliklerinin meydana gelebildiğini ileri sürmüşlerdir. Özellikle kronik hastalıkların başlangıcı, yaşlanmaya bağlı değişimlerden daha belirgin kişilik değişimlerine neden olabilmektedir (129). Alan yazında, inme sonrası hastalarda olan değişimlerde kişilik özelliklerinin etkilerini anlamaya yönelik bulgular sunan araştırmalar mevcuttur ve bu bölümde çalışmaların bazıları sunulacaktır.

Kişilik özelliklerinin koroner kalp hastalığı ve inme kaynaklı ölüm riskiyle ilişkili olup olmadığını incelemeyi amaçlayan bir çalışmada, farklı çalışmalardan elde edilen veriler incelenmiştir (129). Yapılan analizler sonucunda, dışa dönüklüğün inme kaynaklı ölüm riskini artırdığı bulunmuştur. Buna karşın, yüksek duygusal dengesizlik kişilik özelliği seviyelerinin inme kaynaklı ölüm riskinden çok koroner kalp hastalıkları kaynaklı hastalıklar ile ilişkili olduğu görülmüştür. Yüksek sorumluluk düzeyi hem koroner kalp hastalığı hem de inme kaynaklı ölüm riskinin azalmasıyla ilişkili bulunmuştur. Bu bulgular ile kişilik özelliklerinin kardiyovasküler hastalıklar üzerindeki etkilerinin hastalık türüne göre farklılık gösterebileceğini göstermektedir (129).

İnme sonrası depresyon ve inme sonrası apati gelişiminde kişilik özelliklerinin rolünü incelemeyi amaçlayan prospektif kohort tasarımı ile yürütülmüş bir diğer çalışmada, yüksek duygusal dengesizlik kişilik özellikleri hastalığın başlangıç dönemlerinde daha yüksek depresyon seviyeleriyle ilişkili bulunmuş ve bu ilişki hastalığın ilerleyen dönemlerinde değişmeden kalmıştır (130). Hastaların dışa dönüklük ve sorumluluk düzeyleri ise daha düşük apati seviyeleri ile ilişkilendirilmiştir. İnme sonrası dönemde dışa dönüklük ve sorumluluk kişilik özellikleri, psikolojik iyi oluşun korunmasında koruyucu bir faktör olarak ortaya çıkabileceği belirtilmiştir. Ayrıca çalışmada, duygusal dengesizlik zamanla apati seviyelerinin artışıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Çalışma bulguları, inme sonrası depresyon ve apati gelişimi ve sürekliliğinde kişilik özelliklerinin önemli olduğunu ve her iki durumun farklı kişilik faktörleriyle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (130).

Kim ve arkadaşlarının yürüttüğü, inme sonrası ilk üç ay içinde kişilik özelliklerinin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini incelemeyi amaçlayan çalışmalarında (6), duygusal

dengesizlik kişilik özellikleri daha düşük yaşam kalitesi seviyeleri ile ilişkili bulunmuştur. Dışa dönüklük, uyumluluk ve sorumluluk kişilik özellikleri ise yaşam kalitesi ile ilgili belli alanları etkilemiş, ancak tüm alanlarda belirgin bir etki gözlemlenmemiştir. Çalışmada, deneyime açıklık kişilik özelliği, genel yaşam kalitesini etkilememiş, ancak psikolojik ve çevresel yaşam kalitesi alanlarında zaman içindeki değişimle etkileşim göstermiştir. Bu bulgular, inme sonrası yaşam kalitesinin çeşitli kişilik faktörlerinden etkilendiğini göstermekte olup, duygusal dengesizlik kişilik özelliğinin genel yaşam kalitesini düşüren, deneyime açıklık kişilik özelliğinin ise zaman içindeki değişimleri etkileyen bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır (6).

İnme sonrası kişilik değişikliklerinin neden olduğu duygusal ve davranışsal değişiklikleri ve psikopatolojik belirtileri araştıran bir diğer çalışmada, hastaların kaygı, duygusal dalgalanmalar ve aşırı mükemmeliyetçilik gibi olumsuz etkilerle ilişkili uyumsuz kişilik özellikleri sergilediği ve hastaların kişilerarası sorunlar yaşadığı belirlenmiştir (131). Olumsuz duygusal durumlar, özellikle çekingen, bağımlı ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluklarıyla ilişkili bulunmuştur. Çalışmada inme sonrası kişilik değişikliklerinin belirgin olduğu ve bu değişikliklerin değerlendirilmesinin, hastaların davranışsal sorunlarının yönetilmesine katkı sağlayabileceği gösterilmiştir (131).

Aben ve arkadaşlarının inme sonrası depresyon ile kişilik özelliklerini araştırdıkları çalışmalarında, depresif semptomları hastalığın farklı dönemlerinde değerlendirmişlerdir (76). Çalışma sonucunda, bir yıl içinde inme sonrası depresyon gelişme oranının %38,7 olduğu bulunmuş ve yüksek duygusal dengesizlik skoruna ve kişilik özelliklerine sahip hastaların depresyon geliştirme riskinin düşük duygusal dengesizlik skoruna sahip hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, inme sonrası depresyon gelişiminde engellilik düzeyinin de ilişkili bir etken olduğu bildirilmiştir (76).

İnme sonrası psikolojik uyum sürecinde kişilik özelliklerini ve inme geçiren hastalarda premorbid kişilik ve kişilik değişimlerini değerlendirmeyi ve kişilik ile duygudurum ilişkisini araştırmayı amaçlayan çalışmada, duygusal dengesizlik kişilik özelliği ile depresyon ve anksiyete belirtileri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çalışmada ayrıca, dışa dönüklük ile duygudurumu ve uyumluluk ile anksiyete arasında da negatif yönde anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir (8). İnme geçiren hastaların kişilik değerlendirmeleri, kontrol grubu ile benzerlik gösterirken, taburculuktan sonra dışa dönüklük seviyelerinin azaldığı ve uyumluluk seviyelerinin arttığı çalışmada belirtilmiştir (8).

İnme sonrası ayaktan rehabilitasyon tedavi hastalarında kişilik özelliklerinin depresyon ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini incelemeyi amaçlayan ve çoklu regresyon analizlerinin yürütüldüğü çalışmada, duygusal dengesizlik ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve duygusal dengesizlik ile uyumluluk düzeylerinin yaşam kalitesiyle anlamlı şekilde ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (132). Ayrıca, depresyon ile yaşam kalitesi arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kişilik özellikleri arasında duygusal dengesizlik, uyumluluk ve dışa dönüklüğün yaşam kalitesi üzerinde belirgin bir etkisi olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, inme geçiren hastaların yaşam kalitesini artırmak için kişilik özelliklerinin ve rehabilitasyon sürecinde bireysel psikolojik özelliklerin önemli olduğunu göstermektedir (132).

İnme hastalarında anksiyete düzeyleri ile ilişkili olabilecek belirleyicileri inceleyen kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmada, yüksek duygusal dengesizlik ve düşük uyumluluk düzeylerinin anksiyete değişkenliğinin %50'sini açıkladığını ve daha genç yaşın yüksek anksiyete düzeyleriyle ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (133). Çalışma sonucunda, inme hastalarında anksiyetenin büyük ölçüde kişilik özellikleri ve yaş ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (133).

2.3. BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI

2.3.1. Başa Çıkma Tutumları Kuramları

Başa çıkma tutumları, bireylerin karşılaştıkları stresli durumlarda olayların olumsuz etkilerini azaltmak veya ortadan kaldırmak amacıyla kullandıkları stratejilerdir. Bu stratejiler, bireylerin duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkilerinde belirleyici olup bireylerin kendilerine yük oluşturan ve stres veren durumlarla nasıl başa çıktıklarını, bu süreçte bireylerin gelecekte karşılaşabilecekleri zorlu durumlarda etkili yanıt oluşturmasında belirleyicidir (134). Başa çıkma tutumları, kişiden kişiye farklılıklar göstermekte ve yaş, cinsiyet, kültür ve sağlık durumları gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Başa çıkma tutumları, bireyin algılanan tehdit veya sorunlara karşı korunmasını sağlayarak işlevselliğini sürdürmede, stresli durumlara uyum sağlamada ve kişiyi aktif tutmada kritik bir öneme sahiptir (134).

Folkman ve Lazarus'un başa çıkma tutumları için geliştirdikleri modelde, başa çıkma tutumlarını problem odaklı başa çıkma ve duygu odaklı başa çıkma olmak üzere genel olarak iki ana kategoriye ayırmışlardır (135).

Problem odaklı başa çıkma, stresli bir durumda, sorunun doğrudan ana kaynağını çözmeye yönelik stratejileri ifade eder. Bu yaklaşımda, bireyler stres yaratan durumu anlamaya, çözüm yolları aramaya, aktif bir şekilde çözüm üretmeye ve stres yaratan durumu değiştirmeye odaklanır (136, 137). Kişi sorunla baş edebilmek amacıyla iç ve dış kaynaklarını kullanır. Etkili problem çözme teknikleri, bilgi toplama, olayı farklı açılardan değerlendirme, sorunla mücadele etme, planlama yapma gibi beceriler sorunu çözme, etkisini azaltma veya ortadan kaldırmak amaçlı kullanılan stratejilerdir. Problem odaklı başa çıkma, genellikle kontrol edilebilen bir duruma müdahale etme stratejisidir ve kişinin olayları daha mantıklı ve sistematik bir şekilde ele almasını sağlar. Problem odaklı başa çıkma, kontrol edilebilirlik algısının yüksek olduğu durumlarda daha etkili olabilmektedir (136, 137). Araştırmalar, sorun odaklı başa çıkmanın, bireylerin durum üzerinde daha fazla kontrol algıladığında daha etkili olduğunu göstermektedir (138). Her iki başa çıkma stratejisi de genellikle birlikte kullanılır ve hangi stratejinin baskın olacağını belirlemede bağlam ve değerlendirme en etkili faktörlerdir (139). Cinsiyet, yaş ve stresli olayın niteliği gibi faktörler başa çıkma stratejisi seçimini etkileyebilir, ancak bağlamsal faktörler en önemli faktörler olarak görünmektedir (140).

Lazarus ve Folkman (135), problem odaklı başa çıkma stratejilerinin, bireylerin stresle daha verimli başa çıkmalarını sağladığını ve psikolojik sağlığı desteklediğini öne sürmüştür. Problem odaklı başa çıkma, genellikle sorunları çözmeye yönelik somut adımlar atmayı ve mantıklı çabaları içermekte olup kişilerin duygusal tepkilerini yönetmeye yönelik bir yaklaşım değildir. Problem odaklı başa çıkma çözüm arayışında olan bireyler için etkili bir başa çıkma stratejisi olabilmektedir (135). Örneğin, insanlar stresli bir durumu kontrol altına alabileceğini düşündüğünde, daha fazla çözüm arayışına girerler. Ancak, çözülmesi zor olan veya bireyin kontrolü dışında gelişen durumlarla karşılaşıldığında, problem odaklı başa çıkma stratejileri yetersiz kalabilir (134). Bu noktada, daha farklı başa çıkma yöntemlerine ihtiyaç duyulabilir.

Duygu odaklı başa çıkma tutumları ise stresli bir durumla başa çıkmak için duygusal tepkilerin yönetilmesini içeren stratejileri içermektedir (135). Bu yaklaşımda, bireyler stresli durumu değiştirmektense, duygusal rahatlama sağlamaya yönelik stratejiler geliştirirler ve olumsuz duygusal tepkilerini azaltmaya odaklanırlar. Duygu odaklı başa çıkma tutumları,

duygusal iyileşmeye yönelik bir çaba olarak düşünülebilir. Kişi, olayı yeniden değerlendirerek olumlu görmeye çalışma, stres duygusunu ortadan kaldırma ve etkisini azaltma, sosyal destek arama, olumsuz duygularını paylaşma ve sorunu sindirme ve kabullenmeye çalışmaktadır (141). Bu tür başa çıkma, stresin yarattığı duygusal sıkıntıları azaltmaya yönelik anlık bir çözüm sunar ve kişi geçici süreliğine rahatlamış hisseder. Duygu odaklı başa çıkma, genellikle bireyin sorunu değiştiremeyeceği ya da çözüm bulamayacağı durumlarda kullanılır (142).

Duygu odaklı başa çıkma, zaman zaman önemli bir psikolojik koruma mekanizması olabilir çünkü bireylerin stresin etkilerini hafifletmesine yardımcı olur. Ancak, bu tür stratejiler uzun vadede durumu değiştirmez. Özellikle kaçınma davranışlarına dayanan duygusal başa çıkma yöntemleri, kişinin problemle yüzleşmesini engelleyebilir ve uzun vadede daha büyük sorunlara yol açabilir (141). Duygu odaklı başa çıkma, bireylerin başa çıkma stratejilerinin daha pasif yönünü temsil eder ve bu yüzden alanyazında yapılan çalışmalarda psikopatoloji ve işlevsellikteki bozulmalarla ilişkilendirilmiştir (142, 143).

Başa çıkma tutumlarının bir diğer sınıflandırması aktif ve pasif başa çıkma tutumları şeklindedir (144, 145). Aktif başa çıkma tutumları, stresli durumları çözümlemek için bilinçli ve doğrudan çaba harcanmasıdır, stresli durumu ortadan kaldırmak amaçlanır. Problem odaklı başa çıkma tutumları ile benzer şekilde, stresin kaynağına yönelik doğrudan bir müdahaleyi hedefler. Bu yaklaşımlar, stres faktörünü ortadan kaldırma veya etkisini azaltma amacı taşıyan psikolojik ya da davranışsal tepkileri içerir. Bu stratejiler, bireyin stresli durumlarla etkili bir şekilde mücadele etmesine yardımcı olabilecek problem çözme, bilgi arama ya da sosyal destek arayışı gibi uygulamaları kapsar. Aktif başa çıkma yaklaşımları hem davranış hem de duygusal açıdan stresle başa çıkmada etkili bir yöntem olarak kabul edilmektedir. Bu stratejiler, bireyin mevcut durumu değiştirmeye çalışmasını ve bu süreci kontrol altına almasını sağlar. Bu nedenle aktif yaklaşımlar genellikle uyuma yönelik (adaptif) stratejiler olarak tanımlanır (145). Bunun tersine, pasif başa çıkma stratejileri genellikle stresli durumlardan kaçınma ya da bu durumlardan uzaklaşma davranışlarını içerir. Bu yaklaşımda birey, stres faktörünü doğrudan ele almak yerine ondan uzak durmayı tercih eder. Pasif stratejiler, bireylerin alkol veya madde kullanımı gibi stres faktörünün etkilerini azaltmaya yönelik etkinliklere ya da duygusal geri çekilme gibi zihinsel kaçınma davranışlarına yönelmesine yol açabilir (145). Bu tür stratejiler, genellikle psikolojik risk faktörleri ve olumsuz yaşam olaylarına verilen tepkilerle ilişkilendirilir (146). Pasif yaklaşımların, bireylerin stresle etkili bir şekilde mücadele etmesini engellediği ve

uzun vadede psikolojik sorunlara yol açabileceği gösterilmiştir. Bu nedenle, pasif başa çıkma yöntemleri genellikle uyuma yönelik olmayan (maladaptif) stratejiler olarak sınıflandırılmaktadır (144, 145).

Bu sınıflamaların haricinde, Carver ve arkadaşları, başa çıkma tutumlarını problem odaklı, duygusal odaklı ve işlevsel olmayan tutumlar olarak sınıflandırmışlardır (141). Problem odaklı ve duygusal odaklı başa çıkma tutumlarının dışında tanımlanmış olan işlevsel olmayan başa çıkma stratejileri, stresli bir durumdan ya da zorluklardan uzaklaşma ya da bu durumları görmezden gelme eğilimidir. Bu başa çıkma tarzı, stresin kaynağından kaçmak yerine, durumu tamamen reddetmeye ya da görmezden gelmeye dayalıdır. İşlevsel olmayan ve kaçmaya odaklı başa çıkma genellikle, bireylerin duygusal olarak zorlandıkları ya da durumu kontrol edemedikleri durumlarla başa çıkmalarına yardımcı olabilir. Ancak, bu strateji genellikle geçici bir rahatlama sağlar ve uzun vadede sorunların daha karmaşık hale gelmesine yol açabilir (141). Theorell (147), kaçınma başa çıkma stratejisinin genellikle sağlık üzerinde olumsuz etkiler yarattığını belirtmişlerdir. Kaçınmaya dayalı başa çıkma tutumları, stresin yalnızca geçici olarak hafiflemesine sağlar, ancak problemli durum çözülmez.

Başa çıkma stratejileri, kişisel özelliklerine, çevreye ve sosyal destek sistemlerine bağlı olarak farklılık gösterebilir (148). Kişinin kişilik özellikleri, başa çıkma stratejilerinde etkili olabilmektedir. (149). Ayrıca, geçmiş deneyimler ve kültürel faktörler de başa çıkma tarzlarını şekillendirebilir. Sosyal destek, stresle başa çıkma sürecini etkileyen önemli bir faktördür. Araştırmalar, sosyal destek alan bireylerin daha etkili bir şekilde başa çıkma stratejilerini kullandıklarını ve stresle daha sağlıklı bir şekilde başa çıktıklarını göstermektedir (150).

Lazarus ve Folkman (135) başa çıkma süreçlerinin, stresli durumlarda tepkilerin şekillenmesindeki rolünü inceledikleri çalışmalar gerçekleştirmişlerdir. Çalışmalar, başa çıkma tutumlarının sadece bireysel stratejilerle değil, aynı zamanda stresli durumların nasıl algılandığı ve bireyin bu duruma nasıl tepki verdiğiyle de şekillendiğini göstermiştir. Endler ve Parker (149), başa çıkma stratejilerini daha sistematik bir şekilde kategorize ederek, başa çıkma tarzlarının psikolojik ve fizyolojik sağlık üzerindeki etkilerini incelemişlerdir. Carver ve arkadaşları (141) da duygusal başa çıkma stratejilerinin, bireylerin sağlık durumları üzerindeki uzun vadeli etkilerini araştırmış ve kaçınma başa çıkma stratejilerinin sağlık üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceğini ortaya koymuşlardır.

2.3.2. İnme Ve Başa Çıkma Tutumları

İnme hastaları, hastalıkla birlikte gelişen engellilik durumu, yaşam koşullarının değişmesi ve psikolojik durumlarının etkisiyle ortaya çıkan olayları yönetebilme ve günlük yaşamdaki rollerinin sürdürülmesi amacıyla başa çıkma becerilerini kullanmaktadırlar. Hastalar, yaşamlarındaki amaçları gerçekleştirmeye çalışma ve zorluklarla mücadele etmek durumunda olduklarından başa çıkma becerileri bu süreçlerin nasıl ilerleyeceği hakkında belirleyici olabilmektedir. İnme ve başa çıkma tutumları üzerine yapılan çalışmalar, inme sonrası hastaların başvurdukları başa çıkma stratejilerinin, iyileşme süreçleri ve yaşam kaliteleri üzerindeki etkilerini incelemektedir (11, 12, 151-154). Bu süreçte, hastaların başa çıkma tutumları, iyileşme sürecinin nasıl ilerleyeceğini ve psikolojik durumlarını nasıl etkileyebileceğini belirleyebilmektedir.

İnme geçiren hastaların kullandıkları başa çıkma stratejilerinin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilen bir derleme çalışmasında, hastalarının kullandıkları başa çıkma stratejilerinin yaşam kaliteleri üzerinde önemli bir etkisi olduğu gösterilmiştir (11). Çalışmada, uyum sağlayıcı veya aktif başa çıkma stratejilerini kullanan hastaların, uyumsuz başa çıkma stratejilerini benimseyen hastalara kıyasla daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, inme sonrası rehabilitasyon sürecinde etkili başa çıkma stratejilerinin desteklenmesi gerektiği ve hastaların psikososyal uyumlarını güçlendiren müdahalelerin önemi vurgulanmıştır (11).

Literatür çalışmaları incelendiğinde, kronik hastalığı olan hastaların daha çok duygu odaklı başa çıkma tutumları gösterirken (155, 156) inme tanılı hastaların problem odaklı başa çıkma (153, 157) tutumları sergilediği bulunmuştur. Bu farklılığın sebebi, inme sonrası hastaların aktif yaşam tarzından uzun süreli pasif bir yaşama geçiş yaparak, günlük yaşam aktivitelerinde karşılaştıkları zorlukları aşmak ve yaşamlarını kolaylaştırmak amacıyla problem çözme ihtiyacını gidermeye yönelik olarak değerlendirilmektedir. Bu durum, problem odaklı başa çıkma stratejilerinin bireylerin stresli durumu daha iyi anlamalarına ve çözmeye yönelik aktif adımlar atmalarına olanak tanıması ile açıklanabilmektedir.

İnme sonrası kronik dönem hastalarda başa çıkma stratejileri ve depresyonun sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini incelemeyi amaçlayan kesitsel tasarıma sahip bir diğer çalışmada, uyum sağlayıcı başa çıkma stratejilerinin psikolojik sağlık alanında anlamlı bir olumlu etkisi tespit edilmiştir (153). Çalışmada, inme sonrası dönemde uygun başa çıkma stratejilerinin desteklenmesi ile depresyon semptomlarının azaltılabileceği ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini artırılabileceği gösterilmiştir (153).

Tramonti ve arkadaşlarının yürüttüğü bir diğer çalışmada (12), rehabilitasyon sürecinde olan inme hastalarının fonksiyonel durumları ile yaşam kalitesi ölçümleri arasındaki ilişkileri incelenmiş ve psikolojik sıkıntı, başa çıkma stratejileri ve sosyal desteğin rolünün değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda, rehabilitasyonun fonksiyonel durumu belirgin şekilde iyileştirdiği ancak bireyselleştirilmiş yaşam kalitesi üzerinde daha sınırlı bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir. Adaptif başa çıkma stratejileri ve sosyal desteğin belirli yaşam kalitesi alanlarında olumlu etkileri olduğu bulunmuştur (12).

İnme geçiren hastaların hastalıkla başa çıkma tutumlarının yaşam kalitesi üzerindeki etkisini inceleyen bir diğer çalışmada, aktif başa çıkma, geri durma, mizah ve alkol/madde kullanımının yaşam kalitesi üzerinde anlamlı belirleyiciler olduğu gösterilmiştir (158). Bu doğrultuda, inme sonrası bireylerin yaşam kalitesini artırmaya yönelik olarak başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi, bireylere uygun eğitimlerin sağlanması ve multidisipliner ekiplerin yer aldığı rehabilitasyon programlarının geliştirilmesi önerilmiştir (158).

İnme geçiren hastalarda yaşam kalitesinin zaman içerisinde nasıl değiştiğini ve başa çıkma stratejilerinin bu süreçteki rolünü incelemeyi amaçlayan bir diğer çalışmada, başa çıkma stratejilerinin erken dönemlerde yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı ancak beşinci aydan itibaren etkili olduğu saptanmıştır (159). Çalışma, inme sonrası erken dönemde yaşam kalitesinin daha çok genel işlevsellikle belirlendiğini, ancak ilerleyen süreçte başa çıkma stratejilerinin önemli bir belirleyici haline geldiğini ortaya koymaktadır. Bu bulgular, uzun vadeli rehabilitasyon programlarında başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesine yönelik müdahalelerin önemini vurgulamaktadır (159).

İnme geçiren kadınların inme sonrası iyileşme sürecinde kullandıkları başa çıkma mekanizmaları ve sağlıklı yaşamı teşvik etmek için gereken yaşam tarzı değişikliklerini incelemeyi amaçlayan nitel bir çalışmada, inme yönetiminde tıbbi kurallara uyma gerekliliği, güç ve kararlılık ile dini inanç ve ibadetin başa çıkma stratejileri olarak öne çıktığı gösterilmiştir (160).

İnme sonrası psikolojik iyilik halini etkileyen bir değişken olarak başa çıkma öz yeterliğini incelemeyi amaçlayan bir diğer çalışmada, başa çıkma öz yeterliği ile psikolojik iyilik hali arasındaki ilişki, başa çıkma davranışlarının bu ilişkideki rolü ve bireysel mizaç özelliklerinin etkisi araştırılmıştır (161). Çalışma sonucunda, başa çıkma öz yeterliğinin inme sonrası psikolojik iyilik hali için önemli bir değişken olduğu ve başa çıkma davranışlarının bu ilişkiye aracılık ettiği gösterilmiştir. Kabul ve duygusal ifadeye yönelik başa çıkma stratejileri, uyum ve iyilik hali açısından kritik bulunmuştur.

2.4. HASTALIK ALGISI

2.4.1. Hastalık Algısı Kuramları

Hastalık algısı, kişinin bir hastalık tanısı alması durumunda, sağlık durumunu, hastalığı ve tedavi süreçlerini nasıl deneyimlediği ve anlamlandırdığıyla ilgili olup kişinin hastalığa yönelik inanç ve beklentileri ile şekillenmektedir (162). Kişi, psikolojik veya fizyolojik bir hastalık olmasından bağımsız, geçmiş deneyimleri, değerleri, bilgileri ve ihtiyaçlarından faydalanarak hastalığı anlamlandırmaya çalışır (163).

Leventhal ve arkadaşlarının (164) geliştirdiği Hastalık Temsili modelinde, kişinin durumuna yönelik ve olası sonuçları değerlendirerek bilişsel temsiller ve inanışlar geliştirdiği ve sonucunda kişinin kendi hastalık temsilleri oluşturduğu sunulmuştur. Hastalık algısı, bu temsiller ile oluşturulmakta ve hastalığın nasıl yorumlandığı, süresinin tahmini, ortaya çıkış nedenleri, kişinin yaşamında ne kadar etkili olacağı ve belirtilerin kontrol edilebilirliği gibi faktörleri içermektedir (164, 165). Özetle, hastalık algısı, bireyin bir hastalık ya da semptom hakkındaki inanç ve beklentilerinin bilişsel bir yansımasıdır (163). Hastalık tanısı alan bir birey, bu duruma yönelik bir inanç modeli geliştirir ve bu model, hastalığı yönetmeye yönelik davranışlarının temel belirleyicisi olur. Bu model, bireylerin hastalığı anlamalarının, kişisel inançlara, deneyimlere ve sağlıkla ilgili bilgiye dayanarak oluştuğunu savunur (164, 166).

Kişilerin hastalığa dair biliş ve inançları tedavi sürecindeki tutum ve davranışları, tedaviye uyum, yaşam kalitesi ve psikolojik iyilik hali gibi konularla ilişkisinin incelendiği çalışmalarda da hastalık algısı ve bu durumlar arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir (167-169). Aspinwall ve Taylor (170) yürüttüğü çalışmada kanser hastalarında hastalığın algısının, onların stresle başa çıkma yöntemlerini ve psikolojik sağlığını nasıl şekillendirdiğini incelemiş ve hastaların daha olumlu hastalık algıları geliştirdiğinde, iyileşme süreçlerinin daha başarılı olduğunu bulmuşlardır. Hastaların hastalığını kontrol edilebilir ve geçici bir durum olarak algıladıkları durumda problem odaklı başa çıkma stratejilerini, hastalığı ciddi ve tedavi edilemez bir tehdit olarak algıladıklarında duygu odaklı başa çıkma stratejilerini tercih ettikleri saptanmıştır (170).

Hastaların hastalıkla ilgili algıları, tedavi sürecine yönelik tutumlarını etkilemektedir (163). Hastalığı kontrol edilebilir bir durum olarak algılayan hastaların, hastalığı kaçınılmaz ve tedaviye yanıt vermeyen bir durum olarak algılayan hastalara göre tedavi uyumlarının

daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Yapılan çalışmalarda, hastalık algısı ile ilaç kullanımı ve tedavi uyumu arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır (171, 172). Hastalığa yönelik olumlu inanışların olduğu hastaların daha fazla tedavi uyumu ve düzenli ilaç kullanımı gösterdiği bulunmuştur.

2.4.2. İnme Ve Hastalık Algısı

İnme sonrası hastaların, hastalığa ilişkin algıları, yorumlamaları ve değerlendirmeleri, hastalık sonrası gösterdikleri duygusal tepkilerle ve psikopatolojik belirtilerle birlikte, iyileşme süreçleri, yaşam kaliteleri, tedaviye uyumu etkileyebilecek önemli bir etkenlerdir (7, 13, 14, 173). İnme, beyin hasarı sonucu, motor, duyusal, bilişsel ve psikolojik problemlere sebep olmaktadır. Hastalığın şiddeti, kalıcı olup olmadığı ve etkileri, hastalarda kayıp, belirsizlik ve kontrolsüzlük duygularına sebep olmaktadır (2). Hasta, inme ve inme sonucu gelişen problemleri ciddi ve kalıcı bir kayıp olarak algılıyorsa, iyileşme süreci genellikle daha uzun ve zorlayıcı algılamaktadır. Diğer yandan, hastalığı daha geçici ve tedavi edilebilir bir durum olarak algılayan hastaların, tedaviye uyumları ve iyileşme sürecinin daha iyi olacağı düşünülmektedir. Hastalık sonrası ortaya çıkan problemlerin nasıl algılandığı, hastaların iyileşme süreci, tedaviye uyum, başa çıkma stratejileri ve psikopatolojik durumlarını etkileyebilmektedir. Alan yazında, hastalık algısının inme sonrası hastaların durumlarını nasıl şekillendirdiğini ele alan ve etkilerini anlamaya yönelik birçok bulgu sunan araştırmalar mevcuttur (7, 13, 14).

İnme hastalarında hastalık algısı ve başa çıkma tarzlarının sağlık davranışlarıyla ilişkisini incelemeyi ve başa çıkma tarzlarının, hastalık algısı ile sağlık davranışları arasındaki aracı rolünü araştırmayı amaçlayan bir çalışmada, olumsuz hastalık algısının düşük sağlık davranışlarıyla, olumlu başa çıkma stratejilerinin ise yüksek sağlık davranışlarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (173). Ayrıca, hastalık algısının sağlık davranışları üzerindeki etkisinin başa çıkma tarzı aracılığıyla gerçekleştiği ortaya konmuştur. Bu bulgular, inme hastalarının hastalık algısını değiştirmeye yönelik müdahalelerin, olumlu başa çıkma stratejilerini teşvik ederek sağlık davranışlarını iyileştirebileceğini göstermektedir. Çalışmada, rehabilitasyon süreçlerinde hastalık algısını hedefleyen girişimlerin önemi vurgulanmaktadır (173). Bunun yanında bazı araştırmacılar, hastalık algısının yalnızca hastaların sağlık davranışlarıyla doğrudan ilişkili olmadığını, aynı zamanda bazı aracılık eden değişkenler üzerinden sağlık davranışlarını dolaylı olarak da iyileştirebileceğini öne sürmektedir (174).

Aujla ve arkadaşlarının yürüttüğü bir çalışmada (13), inme hastalarında olumlu hastalık algısının iyileşme süreci ve ruh sağlığı ile pozitif bir ilişki içinde olduğu ortaya koyulmuştur. Bu bulgu, hastaların hastalıklarını daha az tehdit edici ve daha yönetilebilir algıladıklarında hem fiziksel hem de psikolojik olarak daha iyi sonuçlar elde edebildiklerini göstermektedir. Olumlu hastalık algısına sahip hastaların, rehabilitasyon süreçlerine daha fazla uyum sağladığı, sağlık davranışlarını geliştirebildiği ifade edilmiştir. Çalışmada, inme sonrası hastaların hastalık algılarını olumlu yönde değiştirmeye yönelik müdahalelerin tedavi sürecinde önemli bir rol oynayabileceği ileri sürülmüştür (13).

Bilişsel ve duygusal faktörlerin inme ve geçici iskemik atak geçiren hastaların sağlık davranışları üzerindeki etkisini incelemeyi amaçlayan bir diğer çalışmada, hastalığa ve tedaviye yönelik bilişsel ve duygusal tepkilerin, inme önleyici ilaçlara uyum ve objektif inme riskini ne ölçüde tahmin ettiğini değerlendirmek hedeflenmiştir (175). Çalışma sonucunda, tedaviye yönelik duygusal tepkilerin, ilaç uyumundaki en büyük değişkenliği açıkladığı gösterilmiştir. Buna karşın, hastalığa yönelik bilişsel inançların inme riskini en iyi tahmin eden faktör olduğu bulunmuştur. Bu çalışma ile inme önleme stratejilerinin geliştirilmesi için bilişsel ve duygusal faktörlerin önemi vurgulanmaktadır (175).

İnme sonrası hastalık algılarının zaman içindeki değişimini ve yaşam doyumu ile ilişkisini incelemeyi amaçlayan bir çalışmada, 287 inme hastası, inmeden iki ay ve iki yıl sonra değerlendirilmiştir (14). Çalışma sonucunda, hastalar iki ay ve iki yıl sonra hem olumlu hem de olumsuz hastalık algıları deneyimlemiştir; ancak bu süreçte yalnızca kabul düzeyinde anlamlı bir artış görülmüştür. Çaresizlik, kabul ve yarar algılarının yaşam doyumu ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuş, ayrıca iki ay sonraki hastalık algıları ve bu algılardaki değişimlerin, iki yıl sonraki yaşam doyumunu anlamlı şekilde yordadığı belirlenmiştir. Bu bulgular, rehabilitasyon sürecinde, olumsuz hastalık algılarının azaltılması ve olumlu hastalık algılarının desteklenmesinin hastaların yaşam doyumlarını artırmada kritik bir rol oynadığını göstermektedir (14).

İnmeli hastaların hastalık algısı ile maneviyat düzeyleri arasındaki ilişkiyi ve bu ilişkiyi etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yürütülen bir tez çalışmasında hastaların spiritüel iyi oluş düzeylerinin yüksek olduğu, ancak hastalıklarına ilişkin endişelerinin ve olumsuz düşüncelerinin de yoğun olduğu belirlenmiştir. Çalışma, inme hastalarının psikolojik ve manevi destek mekanizmalarının hastalık algısı üzerindeki etkisini vurgulamaktadır (176).

İnme hastalarının hastalık algılarına yönelik yürütülen bir diğer çalışmada, inme hastalarının ilk yıl içerisindeki hastalık algılarının tanımlaması, benzer hastalık algısı değişim süreçlerine sahip hasta kümelerinin belirlemesi ve bunların sağlıkla ilişkilerinin incelemesi amaçlanmaktadır (177). Prospektif olarak yürütülen çalışmada, hastalık algısının sekiz boyutu ve zaman içindeki değişimleri analiz edilmiştir. Bulgular, hastaların hastalığın ilk dönemlerinde tedavi kontrolü ve hastalık kavrayışı puanlarının en iyi, hastalığın süresi ve sonuçları ile ilgili puanlarının ise en kötü düzeyde olduğunu göstermiştir. İlk yılın sonunda hastalığın süresi ve tedavi kontrolü ile ilgili algıların daha da kötüleştiği belirlenmiştir. Olumsuz hastalık algısına sahip hastalar, ilk dönemde daha kötü fiziksel ve ruhsal sağlıkla ilişkilendirilmiş ve ilk yılın sonunda depresif semptomlar gösterme olasılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak, inme hastalarının hastalık algılarının zaman içinde değişebildiği ve özellikle olumsuz algıya sahip hastaların uzun vadede daha fazla depresif belirti gösterebildiği ortaya konmuştur. Bu nedenle, hastalık algısının iyileştirilmesine yönelik müdahaleler, inme sonrası tedavi süreçlerinde önemli bir hedef olarak değerlendirilmesi gerektiği şeklinde sonuçlandırılmıştır (177).

2.5. ÖZ YETERLİK

2.5.1. Öz Yeterlik Kuramı

Öz yeterlik, kişilerin belli bir görevi veya durumu yönetebilme, gerekli eylem yollarını planlama, düzenleme ve yürütme kapasitelerine olan inancı olarak tanımlanmaktadır (178, 179). Öz yeterlik inancı, bireylerin hedeflerini gerçekleştirmede ve karşılaştıkları zorluklarda duygularını, düşüncelerini, kendilerini nasıl motive ettikleri ve davranışlarını belirlemede kritik bir rol oynadığı ve eylemi yürütmede bilişsel bir araç olduğu belirtilmiştir. Diğer bir deyişle, öz yeterlik, kişilerin duygudurum, motivasyon, davranış ve problem çözme becerilerinde etkili olabilecek psikolojik bir faktördür (178, 178).

Bandura, sosyal bilişsel teoriye dayanarak, öz yeterlik teorisini insan davranışına yönelik etkin bir bakış açısı ile tanımlamış ve bireyleri, ortaya çıkan olaylarda pasif alıcılar olmak yerine, aktif ve etkili kişiler olarak belirtmiştir. Bilişsel, duygusal ve biyolojik içsel faktörler, dış çevre ile etkileşim içerisinde kişilerin bilişsel bir faktör olarak öz yeterlik inançları ile hayatlarını nasıl yaşadıkları üzerinde etkili olmaktadır (180).

Kişilerin, karşılaştıkları durumlarda planlama ve yürütme kararlarında etkili olan öz yeterlik inancının gelişmesinde, geçmiş yaşantılar, dolaylı öğrenme yaşantıları, çevrelerinden aldıkları geri bildirim, fiziksel durumları ve duygudurumlarının etkili olduğu belirtilmiştir (179). Kişinin geçmiş yaşantıları ve başarı deneyimleri, planlamada ve aldıkları kararlarda etkili olacaktır. Dolaylı öğrenme yaşantıları ise başkalarının yaşam deneyimlerine tanık olarak kişinin kendi deneyimlerine yönelik öz yeterlik inancının gelişmesi şeklinde kaynak olacaktır. Geri bildirim, diğer insanların yorum ve düşünceleri aracılığıyla etkili olmaktadır. Son olarak, fiziksel ve duygu durumları, kişinin stres, kaygı veya rahatlık hissine göre öz yeterlik algısını etkileyebilir (179).

Öz yeterlik inançları, bireylerin kendileri için belirledikleri hedefler, davranışları başlatma kararı, başarı beklentileri ve başarısızlık durumlarında pes etmeme davranışları, zorluklar karşısında dayanma ve tehdit algıları dahil olmak üzere performans ve sonuçları üzerinde çok çeşitli şekillerde etkisinin olduğu öne sürülmüştür (180, 181). Bunların yanı sıra, öz yeterlik, dikkat ve değerlendirme süreçleri, başa çıkma süreçleri ve bilişsel beceriler yoluyla psikolojik iyilik halini etkilemektedir (182). Bu mekanizmalar aracılığıyla, öz yeterlik duygusu daha yüksek olan bireylerin stresli bir olayla karşılaştıklarında kendilerini daha iyi başa çıkabilir ve sıkıntıya daha az eğilimli hissedeceklerini öngörmektedir. Bu kişilerin daha fazla mücadeleci, yeteneklerine daha fazla güvenen, başa etme çabaları daha yüksek olan, kendilerini uğraştıran zor görevlerden kaçmak yerine üstesinden gelmek için çaba gösteren kişiler olduğu belirtilmiştir. Bunun aksine, öz yeterliği düşük olanlar duygusal uyarılmaya yatkın olabilir, kişisel eksiklikleri ve karşılaşabilecekleri potansiyel zorluklarla ilgili düşüncelerle meşgul olabilirler (183). Özetle öz yeterlik, kişinin karşılaştığı zorlukla mücadele etmesi ve psikolojik iyilik hali için önemli bir kavramdır.

Yapılan araştırmalarda, öz yeterlik inancının, kişilerin akademik ve iş performanslarında, sağlıklı yaşam tarzı seçimleri ve sosyal etkileşim gibi birçok alanda etkili olduğu gösterilmiştir (184). Schunk ve Ertmer'in yürüttükleri çalışmada öğretmenlerin öz yeterlik inançlarının, öğrencilerin öğrenme süreçlerini nasıl etkilediğini incelemiş ve öz yeterlik algısının öğrencilerin motivasyonlarını ve başarılarını artırdığını gösterilmiştir (185).

Öz yeterlik, sadece dışsal başarılarla ilgili değil, aynı zamanda psikolojik iyilik haliyle de yakından ilişkilendirilmiştir (186, 187). Lazarus ve Folkman'ın stres ve başa çıkma kuramı çerçevesinde (135), öz yeterlik inancı, bireylerin stresli durumlarla başa

çıkabilme kapasiteleri üzerinde önemli bir etkendir. Öz yeterlik, bir bireyin stresli durumlarla karşılaştığında nasıl başa çıkacağına olan inancını şekillendirmektedir.

2.5.2. İnme Ve Öz Yeterlik

İnme, hastaların hayatlarında çeşitli fiziksel ve psikososyal zorluklara neden olarak yaşam biçimlerini büyük ölçüde değiştirebilmektedir. İnme geçiren hastaların öz yeterlik düzeyleri, iyileşme süreçlerinde, tedaviye uyumlarında, başa çıkma stratejilerinde ve genel yaşam kalitelerinde etkili olabileceğinden araştırılması önemli olan bir faktördür (15). Hastaların hastalık sürecinde karşılaştıkları zorlukları ve etkili bir şekilde başa çıkabilme süreçlerini desteklemek amacıyla hastaların öz yeterlik düzeylerini inceleyen çeşitli araştırmalar yapılmıştır.

İnme hem fiziksel hem de psikolojik açıdan zorluk yaratırken, hastaların öz yeterlik inançları, bu sürecin nasıl geçeceğini belirleyen temel bir psikolojik faktör olabilmektedir. Yapılan araştırmalar, öz yeterlik düzeyi yüksek olan hastaların depresyon düzeylerinin daha düşük olduğunu ve hastalıkla daha etkili bir şekilde başa çıkabildiklerini göstermektedir (188-191).

Jones ve Riazi'nin yürüttükleri, inme sonrası faktörlerin araştırıldığı bir meta analiz çalışmasında (15), hastaların öz yeterlik algılarının hastalık sonrasında depresif belirtiler, yaşam kalitesi, günlük yaşam aktiviteleri ve fiziksel işlevsellik ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Hastaların olay sonrasında, başarılı bir şekilde öz yeterliğin sağlanmasının depresif semptomların azaltılmasıyla bağlantılı olduğu belirtilmiştir (15). Ayrıca, öz yeterliği yüksek inme hastalarının, günlük yaşamlarında karşılaştıkları zorluklarla başa çıkma ve değişen yaşam koşullarına uyum sağlama konusunda daha iyi oldukları bulunmuştur (192).

İnme sonrası psikolojik ve klinik faktörleri incelemeyi amaçlayan bir diğer çalışmada (191), öz yeterlik, sosyal destek, bilişsel işlevsellik, günlük yaşam aktiviteleri, yaş ve inme öncesi depresyon geçmişi gibi değişkenlerin inme sonrası depresyon üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda, yüksek öz yeterlik, inme öncesi depresyon öyküsünün olmaması ve algılanan sosyal desteğin yüksek olması, inme sonrası depresyon gelişimine karşı en güçlü koruyucu faktörler olarak belirlenmiştir. Ayrıca, bilişsel işlevselliğin depresif semptomlar üzerindeki etkisinin tamamen genel öz yeterlik aracılığıyla gerçekleştiği ve genel öz yeterliğin inme spesifik öz yeterlikten daha güçlü bir yordayıcı olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, inme sonrası depresyonun önlenmesinde öz yeterlik ve

sosyal desteğin önemli olduğunu ve rehabilitasyon sürecinde bu faktörlerin dikkate alınmasının hasta bakımını iyileştirebileceğini göstermektedir (191).

İnme hastalarının öz yeterlik düzeylerinin fonksiyonel iyileşme ve performanslarında etkili olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (193, 194). Hastaların hastalıkla ilgili özellikleri, hareketlilik performansı ve öz yeterlik düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada, 106 inme hastasına ait veriler incelenmiştir (193). Çalışma sonucunda, hastaların öz yeterlik düzeylerinin fiziksel rehabilitasyona katılımıyla bağlantılı olduğu ve öz yeterlik düzeyleri yüksek hastaların motor gelişiminde ve hareketlilik performansında artış olduğu bildirilmiştir (193). Bu çalışmanın bulguları, öz yeterlik algısının, inme sonrası fiziksel iyileşmenin yanı sıra psikolojik iyileşme üzerinde de önemli bir etkisi olduğunu ortaya koymaktadır.

Alan yazı incelendiğinde, inme hastalarında öz yeterliğin mobilite, günlük yaşam aktiviteleri, depresyon ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelemeyi amaçlayan sistematik bir derleme çalışmasında, konu ile ilgili yayımlanmış araştırmalar taranmış ve 17 çalışma incelenmiştir (190). Çalışma sonucunda, öz yeterliğin, hastaların mobilite, günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi ile pozitif, depresyon ile negatif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir (190). Sonuç olarak, öz yeterlik algısı yüksek olan hastaların, hastalıklarını ve tedavi süreçlerini daha olumlu bir şekilde değerlendirebildiği, iyileşme süreçlerinde daha yüksek bir yaşam kalitesi sergileyebildikleri ifade edilmiştir.

Çalışmalarda, öz yeterlik algısı yüksek olan hastaların değişime daha kolay uyum sağladıkları, günlük yaşam aktivitelerinde karşılaştıkları zorluklarla daha iyi başa çıkabildikleri bildirilmiştir (190, 193). İnme hastalarında öz yeterlik ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir diğer çalışmada, inme sonrası verilen eğitim ile hastaların öz etkililik ve yaşam kalitelerinin yükseldiği saptanmıştır (195).

İnme hastalarında öz yeterlik ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemeyi amaçlayan, kesitsel bir çalışmada, 170 inme hastasına ait veriler incelenmiştir. Çalışma sonucunda, öz yeterlik ile yaşam kalitesi arasında güçlü bir pozitif ilişki ortaya konmuştur. Çalışmada, erkek ve evli hastaların daha yüksek öz yeterlik ve yaşam kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışmada, hastaların öz yeterlik ve yaşam kalitesinin dikkate alınarak bireysel ihtiyaçlara yönelik planlamalar yapılması ile rehabilitasyon süreçlerinin daha etkili hale getirebileceği sonucuna erişilmiştir. Bu nedenle, hastaların bakım ve tedavi süreçlerinde öz yeterliğin güçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (196).

İnme hastalarında, öz yeterlik algısının hastalıkla başa çıkma ve psikopatolojik süreçler üzerindeki etkilerini araştıran Lorig ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada (197), inme hastalarının öz yeterlik algısının, hastaların iyileşme süreçlerine olan etkisini incelemişlerdir. Çalışma, öz yeterlik inancı yüksek olan inme hastalarının tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğunu ve bu hastaların fiziksel rehabilitasyon süreçlerinde daha başarılı olduklarını göstermiştir. Öz yeterliğin hastaların kendilerine olan güvenlerini artırarak, tedavi sürecine katılımlarını güçlendirdiği ve iyileşmelerini hızlandırdığı ifade edilmiştir.

2.6. İNME SONRASI PSİKOPATOLOJİYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

İnme hastalarında psikopatolojik süreçlerle ilgili yapılan araştırmalar, inme sonrası iyileşme sürecini ve hastaların yaşadığı psikolojik sorunları anlamak için büyük önem taşımaktadır. İnme, beyin fonksiyonlarında kalıcı hasarlara yol açabilen bir durumdur ve bunun sonucunda hastalarda motor, kognitif, duygusal ve psikolojik değişiklikler görülebilir. Bu değişiklikler ile hastalara ait psikososyal faktörler, hastaların psikopatolojik süreçlerini şekillendirebilmektedir. Bu alandaki araştırmalarda, psikososyal faktörlerin psikopatolojik semptomlar, özellikle depresyon, anksiyete ve stres ile ilişkisini incelenmiştir.

İnme geçirmiş hastalar üzerinde yapılan araştırmalar, inme sonrası iyileşme ve bakımda psikososyal faktörlerin önemini vurgulamaktadır. Hastaların kişilik özellikleri, başa çıkma stratejileri, hastalığa ilişkin değerlendirme ve algıları ve öz yeterlik durumları, inme geçirenlerde yaşam kalitesini ve psikolojik iyi oluşu önemli ölçüde etkilediği gösterilmiştir (7). Proaktif başa çıkma ve öz yeterlik, duygusal sorunların azalması ve tedaviye katılımın artması dahil olmak üzere daha iyi psikososyal sonuçlarla ilişkilendirilmiştir (198). İnme hastalarına bakım verenlerde ise öz yeterlik, sorun odaklı ve duygu odaklı başa çıkma stratejilerini olumlu yönde etkilemektedir (199).

İnme geçiren hastaların, hastalık algısı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkide öz yeterlik, başa çıkma tarzları, depresyon ve anksiyetenin aracı rolünü değerlendirmeyi amaçlayan bir çalışmada (7), 72 inme hastasına ait veriler incelenmiştir. Çalışmada yürütülen korelasyon analizlerinde, hastalık algısı, uyumsuz başa çıkma, düşük öz yeterlik, depresyon ve anksiyetenin yaşam kalitesi ile anlamlı ve negatif bir ilişkiye sahip olduğu gösterilmiştir. Analizler sonucunda, uyumsuz başa çıkma ve öz yeterliğin hastalık algısı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkide aracılık etmediği, ancak depresyon ve anksiyetenin bu ilişkiye aracılık ettiği belirlenmiştir. Bu çalışmada, inme sonrası yaşam kalitesini etkileyen

psikososyal faktörlerin önemi vurgulanmaktadır. Özellikle depresyon ve anksiyetenin hastalık algısı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkide kritik bir aracı rol oynadığı görülmüştür. Çalışma küçük bir örneklem ile gerçekleştirilmiş olmasına rağmen, bulgular inme sonrası psikososyal desteğin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini anlamada önemli bulgular sağlamaktadır.

Alan yazında incelenen bir diğer çalışmada (200), inme sonrası hastalarda başa çıkma stratejilerini etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçlanmıştır. İnme sonrası yaşanan engellerin, inme sonrasında stres düzeyleri ile ilişkilendirilerek uyumsuz başa çıkma stratejilerinin gelişmesine sebep olabileceği düşünülmüş, bu nedenle başa çıkma stratejilerinin belirlenmesinin, hastaların iyileşme sürecini anlamak açısından önemli olduğu ileri sürülmüştür. Çalışmada farklı veri tabanlarından elde edilen ve belirli kriterlere uygun toplam 18 makale analiz edilmiştir. Analiz sonucunda, başa çıkma stratejilerini etkileyen psikolojik faktörler, sosyal destek, öz yeterlik, inmeye bağlı sekeller, spiritüel faktörler, inmenin şiddeti, maddi faktörler, bağımlılık düzeyi, rehabilitasyon süreci, bakım faktörleri, cinsiyet ve hastalık algısı gibi çeşitli faktörler belirlenmiştir. Bu faktörlerin, hastaların problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma stratejilerini şekillendirdiği görülmüştür. Sonuç olarak, inme sonrası başa çıkma sürecinin birçok farklı faktörden etkilendiği ve özellikle psikolojik faktörler, sosyal destek ve bireysel yeterlik gibi unsurların hastaların iyileşme sürecinde önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir. Bu çalışma, başa çıkma stratejilerini etkileyen faktörleri anlamak ve bu doğrultuda etkili müdahaleler geliştirmek için önemli veriler sunmaktadır (200).

İnme sonrası psikolojik faktörlerin zaman içindeki değişimi ve istikrarını incelemeyi amaçlayan ve Wijenberg ve arkadaşları tarafından yürütülen bir diğer çalışmada (2019), inme tanılı hastaların psikolojik faktörleri 2 ay ve 2 yıl sonra olmak üzere iki farklı zaman noktasında, öz bildirim anketleri ile değerlendirilmiştir. İncelenen psikolojik faktörler arasında proaktif başa çıkma, öz yeterlik, dışa dönüklük, iyimserlik, pasif başa çıkma, duygusal dengesizlik kişilik özelliği ve kötümserlik yer almıştır. Çalışma sonucunda yürütülmüş analizler sonucunda, yalnızca pasif başa çıkma puanlarının zaman içinde değişmediği görülmüştür. Katılımcıların zamanla daha az proaktif başa çıkma tutumları sergilediği, öz yeterlik düzeylerinin düştüğü, dışa dönüklük ve iyimserlik seviyelerinin azaldığı, buna karşılık duygusal dengesizlik ve kötümserlik düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. Çoğu psikolojik faktör arasında anlamlı ilişkiler bulunmuş ve zaman içindeki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır.

İnme sonrası psikolojik iyi oluş ile Beş Faktör kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlayan çalışmada (8) farklı veri tabanlarına ait çalışmalar incelenmiştir. İncelenen çalışmalar sonucunda, yüksek duygusal dengesizlik kişilik özelliğinin inme sonrası daha düşük psikolojik iyi oluş ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu bulgusu elde edilmiştir. Diğer beş faktör özellikleri için ise tutarsız bulgular elde edilmiştir. İki kesitsel çalışmada, inme sonrası hastalarda yüksek oranda artmış duygusal dengesizlik ve düşük dışa dönüklük kişilik değişimleri bildirmiştir. Sonuç olarak, duygusal dengesizlik kişilik düzeyi yüksek bireylerin inme sonrası psikolojik iyi oluş açısından daha fazla risk taşıdığı belirlenmiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, evren ve örneklemi, çalışmada kullanılan veri toplama araçları ile uygulama ve verilerin analizi hakkında bilgilere yer verilmiştir.

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu araştırmada, kişilik özellikleri, başa çıkma tutumları, hastalık algısı, öz yeterlik ve psikopatolojik belirtilerin incelenmesinde ilişkisel (korelasyonel) tarama modeli ve betimsel analizler kullanılmıştır. Betimsel istatistik, bir değişkene ilişkin sayısal verilerin toplanıp özetlenerek sunulmasını sağlayarak, bireylerin özelliklerine dair bilgi edinmeyi mümkün kılmaktadır (201, 202). İlişkisel tarama modeli ise iki veya daha fazla değişken arasındaki ilişkinin varlığını ve derecesini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır (203, 202).

3.2. ARAŞTIRMANIN YÜRÜTÜLMESİNDE GEREKLİ İZİNLER

Araştırmanın tüm adımları Dünya Tabipleri Birliği Helsinki Bildirgesi ve İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu'na uygun şekilde, katılımcıların esenliğini ve haklarını koruyacak şekilde planlanmış, ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Ek-1). Çalışmanın verilerinin toplandığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, veri toplama sürecine başlamadan önce, çalışma, hastanenin Eğitim Planlama Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve gerekli kurum izni alınmıştır. Çalışmanın amacı, araştırmacı tarafından çalışmaya katılım gösteren tüm gönüllülere açıklanmıştır ve araştırmaya katılımlarına dair yazılı onamları alınmıştır.

3.3. ÖRNEKLEM

Araştırmanın örneklemini Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesinin fizik tedavi yataklı servisinde tedavi gören veya hastanenin fizik tedavi polikliniğine başvuran ve ayaktan takip edilen hastalar oluşturmuştur. Katılımcılar basit rastgele örneklem yöntemiyle seçilmiştir. Çalışmaya dahil edilen toplam katılımcı sayısı uygulanan güç analizi ile bulunmuştur. G*Power for Mac versiyon 3.1. programında Pearson Korelasyonu için Power Analizi hesaplanarak yanılma düzeyi (α)=,05, testin gücü (1-β) =,80 ve beklenen korelasyon=,30 alındığında araştırmanın en az 84 katılımcı ile yapılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların çalışmaya

dahil edilme kriterleri ve çalışmadan dışlanma kriterleri Tablo 3.1 ve Tablo 3.2'de verilmiştir.

Tablo 3.1: Katılımcıların çalışmaya dahil edilme kriterlerini gösteren tablo

Katılımcıların Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri
• Hemorajik veya iskemik inme tanısı almış olması
• İnme tanısını en az 6 ay önce almış olması
• Okur yazar olması
• Türkçe konuşuyor olması
• Normal bilişsel işlevsellikte olması

Tablo 3.2: Katılımcıların çalışmadan dışlanma kriterlerini gösteren tablo

Katılımcıların Çalışmadan Dışlanma Kriterleri
• Ciddi işitme veya görme bozukluğunun olması
• İletişimi ve iş birliğini etkileyebilecek bir güçlüğün olması
• Psikiyatrik veya nörolojik başka herhangi bir hastalığının olması

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

1. Sosyodemografik Bilgi Formu (Ek-3)
2. Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ölçeği (Ek-4)
3. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-R) (Ek-5)
4. Hastalık Algısı Ölçeği (Ek-6)
5. İnme Öz Yeterlik Ölçeği (Ek-7)
6. SCL-90 Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) (Ek-8)

3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Sosyodemografik bilgi formu, çalışmaya katılan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, inme tipi, hastalık sonucu etkilenen ekstremite, hastalık süresi, birlikte yaşadığı kişiler, bakımına yardımcı olan kişi/kişiler ve tanı konulmuş diğer kronik hastalıklarına ilişkin maddelerden oluşmaktadır. Sosyodemografik bilgi formundaki bilgiler yüz yüze görüşme yöntemi ile hastanın kendisinden, yakınından veya hasta dosyasından elde edilmiştir.

3.4.2. Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ölçeği

Beş Faktör Kişilik Ölçeği, Benet-Martinez ve John (204) tarafından geliştirilmiş ve kişilik özelliklerini beş faktör kişilik modeline göre ölçmeyi amaçlamaktadır. Beş faktör kişilik özellikleri ölçeğinin Türkçe'ye uyarlaması, 56 ülkeye ait katılımcıların kişilik özellikleri konusunda yapılan bir çalışmanın (205) Türkiye'de yürütülen kısmı kapsamında, Sümer ve Sümer (206) tarafından yapılmıştır. Çalışmanın alt boyutlarına ilişkin güvenirlik katsayıları 0,64 ile 0,77 arasında bulunmuştur.

Beş faktör kişilik özellikleri ölçeği, öz bildirime dayalı olup 5'li Likert tipi (1-Hiç Katılmıyorum, 5-Tamamen Katılıyorum), 44 maddeden oluşan bir ölçme aracıdır. Ölçek, dışa dönüklük, duygusal dengesizlik, uyumluluk, sorumluluk ve deneyime açıklık olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır.

Maddelerin faktörlere göre dağılımı şu şekildedir: Dışa dönüklük faktörünü 1, 6, 11, 16, 21, 26, 31 ve 36. maddeleri; sorumluluk faktörünü 3, 8, 13, 18, 23, 28, 33, 38, 43. maddeler; uyumluluk faktörünü 2, 7, 12, 17, 22, 27, 32, 37, 42. maddeler; deneyime açıklık faktörünü 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 41, 44. maddeler ve duygusal dengesizlik faktörünü ise 4, 9, 14, 19, 24, 29, 34, 39. maddeler oluşturmaktadır.

3.4.3. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-R)

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-R), 1989 yılında Carver ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (141). Ölçek, 2003 yılında Zuckerman ve Gagne tarafından revize edilmiştir (207). Türkçe uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Dicle ve Ersanlı tarafından yapılmış, uyumsuz maddeler çıkarılarak ölçek 32 madde ve 5 alt boyut şeklinde yeniden düzenlenmiştir (208). Ölçek, kendine yardım, yaklaşma, uyum sağlama, kaçınma ve kendini cezalandırma olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır.

Ölçeğin Türkçe uyarlamasında yapılan güvenirlik analizleri sonucunda, iç tutarlılık için Cronbach Alfa katsayısı 0,76 olarak belirlenmiştir (208).

Kendine yardım alt ölçeğinde kişinin duygularını ifade etmek için zaman ayırmasıyla ilgili maddeler bulunmaktadır ve ölçeğin 1, 2, 3, 4, 5 ve 6. maddeleri bu alt ölçeği oluşturmaktadır. Yaklaşma alt ölçeğinde, kişinin yaptığı işe yoğunlaşmasını değerlendiren maddeler bulunmaktadır ve ölçeğin 7, 8, 9, 10, 11, 12 ve 13. maddeleri yaklaşma alt boyutuna ait maddelerdir. Uyum sağlama, kişinin başına gelen durumlarda iyimserlik derecesini değerlendirmektedir ve ölçeğin 14, 15, 16, 17, 18, 19 ve 20. maddelerinden oluşmaktadır. Kaçınma alt boyutu, ölçeğin 21, 22, 23, 24, 25 ve 26. maddelerini kapsar ve kişinin durumun gerçekliğini değerlendirme ve durumun kabulü ile ilgili maddeler bulunmaktadır. Kendini cezalandırma ise 27, 28, 29, 30, 31 ve 32. numaralı maddelerden oluşmaktadır, bu alt boyutta kişinin problemin nedenini değerlendiren maddeleri içermektedir.

Dörtlü Likert tipi olan ölçek, 1 ile 4 (1- Asla Böyle Yapmam, 4- Çoğunlukla Böyle Yaparım) arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 32, en yüksek puan ise 128'dir. Ölçekten alınan puanların düzeyi, kişilerin başa çıkma tutumlarının düzeyi hakkında bilgi verir. Her bir alt boyut, toplam puandan bağımsız olarak değerlendirilmekte olup, yüksek puanlar güçlü başa çıkma tutumlarını, düşük puanlar ise daha zayıf başa çıkma tutumlarını ifade etmektedir.

3.4.4. Hastalık Algısı Ölçeği

Hastalık Algısı Ölçeği, 1996 yılında Weinman ve ekibi tarafından geliştirilmiş (209) ve ölçek, 2007 yılında Kocaman ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır (210). Hastalık Algısı Ölçeği hastalık tipi boyutu, hastalık hakkındaki görüşler boyutu ve hastalık nedenleri boyutu olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır.

Hastalık tipi boyutu, sıklıkla karşılaşılan boğazda yanma, ağrı, soluk almada güçlük, bulantı, yorgunluk, kilo kaybı, gözlerde yanma, eklem sertliği, baş ağrıları, mide sorunları, hırıltılı soluma, sersemlik hissi, güç kaybı ve uyku güçlükleri olmak üzere birçok hastalık belirtisini değerlendirmektedir. Hasta, her bir belirti için hastalığın başlangıcından itibaren belirtinin kendisinde var olup olmadığını değerlendirir. Her belirti için "evet" veya "hayır" şeklinde yanıt verilmekte ve belirtinin hastada var olması durumunda, hastanın ilgili belirtiyi hastalığı ile alakalı görüp görmediği değerlendirilir. Bu ölçekten alınan yüksek puanlar,

hastada, hastalığa eşlik eden belirti sayısının yüksek olduğuna dair güçlü inancın var olduğunu göstermektedir (210).

Hastalık hakkındaki görüşler boyutu, 5'li Likert tipinde tasarlanmış olup kişisel kontrol, süre (akut/kronik), süre (döngüsel), sonuçlar, hastalığı anlama, duygusal etkiler ve tedavi kontrolü olmak üzere 7 alt boyutu içermektedir. Kişisel kontrol alt boyutu, hastanın hastalığının süreci, süresi ve tedavisi üzerinde ne kadar kontrol sahibi olduğuna dair algısını yansıtır. Bu alt boyuttan yüksek puan almak, hastanın hastalığını yönetebildiğine dair olumlu inançlara sahip olduğunu gösterir. Süre alt boyutu, hastalığın akut, kronik veya döngüsel olup olmadığına ilişkin algıları değerlendirir. Süre (akut/kronik) alt boyutunda yüksek puan almak, hastalığın kronik olarak algılandığını, süre (döngüsel) alt boyutunda yüksek puan almak ise hastalığın belirli aralıklarla tekrarlayan bir doğası olduğunu gösterir. Sonuçlar alt boyutu, hastanın hastalığının fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevselliği üzerindeki etkilerine dair inançlarını ortaya koyar. Bu boyutta yüksek puan almak, hastalığın olumsuz sonuçlara yol açtığına dair güçlü bir algının varlığını gösterir. Hastalığı anlayabilme alt boyutu, hastanın hastalığını ne ölçüde kavrayabildiğini değerlendirir. Yüksek puan, hastanın durumunu daha iyi anladığını gösterir. Duygusal temsiller alt boyutu, hastanın hastalığıyla ilgili endişe ve duygusal tepkilerini ölçer. Bu boyuttan alınan yüksek puanlar, olumsuz duyguların arttığını işaret eder. Tedavi kontrolü alt boyutu ise hastanın uygulanan tedavinin etkinliği konusundaki inançlarını değerlendirir. Bu boyuttan alınan yüksek puanlar, hastanın tedavisini kontrol edebildiğine ve tedavinin etkili olduğuna dair olumlu bir bakış açısına sahip olduğunu gösterir. Ölçeğin Türk toplumunda yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına göre, bu alt boyutun Cronbach Alfa katsayıları 0,69 ile 0,77 arasında bulunmuştur (210).

Hastalık nedenleri boyutu, hastalığın nedenlerine yönelik 5'li Likert tipinde 18 maddenin olduğu dört alt boyutu kapsamaktadır. Psikolojik atıflar boyutu, hastalığın kaynağı olarak aile problemleri, stres, endişe, aşırı çalışma, kişilik özellikleri ve duygusal durumu ele alır. Risk faktörleri boyutu, beslenme alışkanlıkları, kalıtsal etkenler, bireysel davranışlar, yaşlanma, geçmişte alınan yetersiz tıbbi bakım, alkol ve sigara kullanımını içeren faktörleri değerlendirir. Kaza veya şans boyutu, hastalığın nedeni olarak şanssızlık, kötü talih, kaza veya yaralanma gibi dışsal faktörleri içerir. Bağışıklık boyutu ise vücut direncinin azalması, çevre kirliliği ve mikrop ya da virüs gibi enfeksiyon kaynaklı etkenlere odaklanır. Ölçeğin Türk toplumunda yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, bu alt boyutlara ait Cronbach Alfa katsayıları 0,25 ile 0,72 arasında bulunmuştur (210).

Bu çalışmada, Hastalık Algısı Ölçeği'ne ait hastalık hakkındaki görüşler boyutu analize dahil edilmiştir.

3.4.5. İnme Öz Yeterlik Ölçeği

İnme Öz Yeterlik Ölçeği, Jones ve arkadaşları tarafından 2008 yılında, inme hastalarının belirli fonksiyonel alanlardaki öz yeterlik algılarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (189, 211). Ölçeğin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Arkan ve arkadaşları tarafından 2019 yılında gerçekleştirilmiştir (212). Geçerlik ve güvenilirlik analizleri sonucunda, aktivite alt boyutu için Cronbach alfa katsayısı 0,89, öz yönetim alt boyutu için ise 0,66 olarak belirlenmiştir.

Toplam 13 maddeden oluşan ölçek, iki alt boyuta ayrılmaktadır. Aktivite alt boyutu, kişinin günlük yaşam aktivitelerini kendi başına gerçekleştirebilme konusundaki özgüvenini ve kendi işini yapabilme yeterliğine olan inancını değerlendirmektedir, ölçeğin 1-8. maddelerinden oluşmaktadır. Öz yönetim alt boyutu ise inme sonrası kişinin iyileşme sürecini aktif olarak yönetme ve sürdürme konusundaki inancını, kendi davranışlarını, düşüncelerini ve duygularını düzenleyebilme kapasitesini değerlendirmektedir ve ölçeğin 9-13. maddelerinden oluşmaktadır. Dört dereceli Likert tipi bir ölçek olan bu ölçek, 0 ile 3 arasında (0- Kendime hiç güvenmiyorum, 3- Kendime çok güveniyorum) puanlanmaktadır. Ölçekten elde edilen toplam puan 0 ile 39 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar bireyin güçlü bir öz yeterlik algısına sahip olduğunu göstermektedir.

3.4.6. SCL-90 Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)

SCL-90 Psikiyatrik Belirti Tarama Listesi, Derogatis ve ekibi tarafından geliştirilmiş bir değerlendirme aracıdır (213). Ölçeğin Türkçe uyarlaması, 1991 yılında Dağ tarafından gerçekleştirilmiş ve geçerlik güvenirlik çalışmaları sonucunda Türkçe standardizasyonu sağlanmıştır. Türkçe standardizasyon çalışmalarında ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,97 olarak tespit edilmiştir (214).

Bu ölçek, 90 maddeden oluşmakta olup, somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke ve düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek maddeler olmak üzere 10 alt boyutu kapsamaktadır. Ölçekteki maddeler, 0 ile 5 arasında puanlanan (0- Hiç, 4- İleri Derecede) beşli Likert tipi maddelerden oluşmaktadır.

Somatizasyon, kişinin duygusal çatışmalarını, fiziksel bir nedeni bulunamayan ağrı, yorgunluk ve baş dönmesi gibi semptomlarla ifade etmesi ile ilgili olup vücudun mide, bağırsak, solunum, kalp, damar ve diğer sistemlerinde tekrarlanan ve sık sık değişen fonksiyon bozuklukları ile ilgili sıkıntıları yansıtmaktadır. Toplam 12 maddeden oluşmaktadır.

Obsesyon, kişinin mantıksız olduğunu bilmesine rağmen zihninden atamadığı düşünceler olup, bunları kontrol etmek için tekrar eden kompulsif davranışlarla birleştiğinde bireyin işlevselliğini bozarak obsesif-kompulsif bozukluk haline gelebilen bozukluktur. Ölçeğin obsesif-kompulsif alt ölçeği obsesif-kompulsif bozukluğunun klinik sendroma ait semptomlarını yansıtır. Sürekli ve karşı konulmaz bir şekilde tekrarlayan düşüncelerin varlığını değerlendiren bu ölçek toplam 10 maddeden oluşur.

Kişilerarası duyarlık alt ölçeği, kişinin başkalarıyla karşılaştırdığında kendini yetersiz ve zayıf hissetmesi, bu hisleri sosyal ilişkilere yansıtması, bu ilişkilerden rahatsızlık duyma ve zorluk yaşaması, kolay incinmesi ve eleştirilme kaygısı gibi belirtileri değerlendirmekte ve toplam 9 maddeden oluşmaktadır.

Depresyon, bireyin duygusal, bilişsel ve fiziksel işlevselliğini olumsuz etkileyen, ümitsizlik, değersizlik, ilgi kaybı ve işlev bozukluklarıyla seyreden bir hal olup ölçeğe ait depresyon alt ölçeği, depresif ruh hali, isteksizliğin artması, karamsarlık, ümitsizlik, güdü eksikliği, intihar düşünceleri gibi klinik depresyon belirtilerini yansıtmaya yöneliktir ve toplam 13 maddeden oluşur.

Anksiyete, belirgin bir tehdit olmaksızın kişinin yoğun endişe ve korku hissetmesiyle ortaya çıkan, fiziksel belirtilerle seyreden ve günlük işlevselliğini bozabilen ruhsal bir durum olup ölçeğin anksiyete alt boyutu, sürekli sinirlilik, gerginlik, tedirginlik gibi klinik anksiyete belirtisi olan semptom ve davranışları içerir. Toplam 10 maddeden oluşmaktadır.

Öfke, kişinin engellendiğinde veya beklentileri karşılanmadığında ortaya çıkan doğal bir duygu olup, kontrol edilmediğinde saldırganlığa ve düşmanlığa dönüşebilmektedir. Öfke ve düşmanlık alt ölçeği sinirlilik, huzursuz olma, karşı koyma, düşmanlık, saldırganlık, öfke, kıskançlık gibi özellikleri değerlendirir. Toplam 6 maddeden oluşmaktadır.

Fobi, kişinin belirli bir nesne veya durum karşısında mantıksız ve aşırı korku hissetmesi, bu korkunun günlük yaşamını kısıtlaması ve kaçınma davranışlarına yol açması olup fobik anksiyete alt ölçeği bu korkuları yansıtan toplam 7 maddeyi içermektedir.

Paranoya, kişinin şiddetli güvensizlik ve kuşku içinde olması, zarar göreceğine dair

sanrılar geliştirmesi ve bu düşünceler doğrultusunda çevresine karşı savunmacı veya saldırgan bir tutum sergilemesi olup paranoid düşünce alt ölçeği düşmanlık, şüphe, yansıtıcı düşünceler, büyüklük, bağımsızlığı kaybetme korkusu gibi maddeleri yansıtır ve toplam 6 maddeyi kapsamaktadır.

Psikotizm alt ölçeği içe kapanma, yalnızlaşma, sosyal hayattan uzaklaşma gibi belirtileri yansıtan toplam 10 maddeden oluşur.

Son olarak, ek maddeler, toplam 7 maddeden oluşan ve uyku, iştah bozukluğu ve suçluluk duyguları gibi belirtileri yansıtan alt boyuttur.

Ölçek sonucunda Genel Belirti Ortalaması, tüm maddelere verilen cevapların toplam puanının ortalaması alınarak hesaplanır. Alt ölçeğe ilişkin puanlar ise o alt ölçeğin maddelerine verilen puanların toplanarak o alt ölçekteki madde sayısına bölünerek bulunmaktadır. Puanın artması psikolojik belirti düzeyinin de artmasına işaret etmektedir.

3.5. UYGULAMA

Çalışma için katılımcılardan Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek-2) aracılığıyla çalışmaya katılım rızası alınmış ve çalışmadan istedikleri zaman vazgeçebilecekleri bilgisi verilmiştir. Değerlendirme ölçeklerinden önce katılımcılardan Sosyodemografik Bilgi Formu ile demografik bilgileri ve hastalığa ilişkin bazı bilgileri alınmış ve çalışmada veri toplama aracı olarak kullanılan ölçekler katılımcılar tarafından doldurulmuştur. Tüm katılımcılara Beş Faktör Kişilik Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği, Hastalık Algısı Ölçeği, İnme Öz Yeterlik Ölçeği, SCL-90 Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) uygulanmıştır. Katılımcıların verilen ölçeklerdeki tüm maddelerin cevaplanılmasına dikkat edilmiştir. Tüm değerlendirme ölçekleri öz bildirime dayalı olup ortalama 30-45 dakikada tamamlanmıştır.

3.6. VERİLERİN ANALİZİ

Elde edilen verilerin istatistiksel analizi için SPSS 30.0 for MAC programı kullanılmıştır. Katılımcılar arasından klinik tanısı olan ve uç değer gösterenlerin verileri analizden çıkarılmıştır. Her bir ölçek için Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları, çarpıklık ve basıklık değerleri hesaplanmış ve normallik sınaması yapılmıştır. Ölçeklerin normallik kriterlerini karşılaması durumunda veri analizine geçilmiştir. Histogram grafikleri de dikkate alınarak verilerin büyük oranda normale yakın dağıldığı sonucuna varılmış ve parametrik

testler uygulanmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenler için parametrik olmayan testlerin uygulanması planlanmıştır.

Katılımcıların demografik özellikleri, hastalık özellikleri ve ölçeklerden elde edilen veriler için tanımlayıcı istatistik tablosu oluşturulmuş; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ise ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler hesaplanmıştır.

Araştırmada değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla, verilerin normal dağılım gösterdiği durumda ölçeklerden elde edilen toplam puanlar kullanılarak Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayıları Analizi uygulanmıştır.

Korelasyon analizinin ardından, kişilik özellikleri değişkeninin başa çıkma tutumları, hastalık algısı, öz yeterlik ve psikopatolojik belirtiler üzerindeki yordayıcılığını belirlemek amacıyla aşamalı (stepwise) çoklu doğrusal regresyon analizleri gerçekleştirilmiştir. Bununla birlikte değişkenlerin sosyodemografik (cinsiyet) ve hastalığın klinik özelliklerine (inme türü ve hemisfer tutulumu) göre karşılaştırmaları için Bağımsız Gruplar t-Testi uygulanmıştır. Çalışmada istatistiksel anlamlılık seviyesi $p <,05$ ve $p <,01$ olarak kabul edilmiştir.

3.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmamızın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Çalışmamızın evreni, veri toplama sürecinde fizik tedavi yatan hasta servisinde ve ayaktan fizik tedavi polikliniğine başvuran, inme tanısı ile takip edilen ve fizik tedavi gören hastalardan oluşmaktadır. Örneklem grubu, belirlenen dahil edilme kriterlerine uygun inmeli hastaları kapsamaktadır. Elde edilen sonuçlar yalnızca bu örneklem grubuna özgüdür ve tüm inmeli hastalar için genellenemez.

4. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel bulgularına yer verilmiştir. Öncelikle araştırmada yer alan katılımcıların demografik ve hastalık bilgilerine ilişkin veriler analiz edilmiş, ardından da araştırmanın temel sorusu olan konularla ilgili veriler incelenip sunulmuştur.

4.1. ÖRNEKLEMİN İNCELENMESİ

4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya, İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi yatan hasta servislerinde fizik tedavi gören veya ayaktan tedavi polikliniklerine başvuran en az 6 aydır inme tanısı almış, çalışmaya katılmayı kabul eden, çalışmanın dahil etme ve çalışmadan dışlama kriterlerini karşılayan 84 hasta dahil edilmiştir. Araştırmaya katılan inme hastalarının demografik bilgilerine ilişkin bulgular Tablo 4.1'de gösterilmektedir.

Araştırmanın örneklem grubunu oluşturan 84 inme tanılı katılımcının 40'ı (%47,6) kadın, 44'ü (%52,4) erkek olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların medeni durumu ile ilgili bulgular incelendiğinde, 60 katılımcının (%71,4) evli, 6 katılımcının (%7,1) bekar, 14 katılımcının dul (%16,7) ve 4 katılımcının boşanmış (%4,8) olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Örneklemin eğitim durumu ile ilgili olarak, katılımcıların 13'ü (%15,5) okuryazar, 38'i ilköğretim (%45,2), 24'ü (%28,6) lise, 1'i (%1,2) ön lisans ve 8'i (%9,5) lisans ve üstü mezunu olarak saptanmıştır. Katılımcıların 9'u (%10,7) çalışmaya devam ettiğini, 35'i (%41,7) çalışmadığını ve 40'ı (%47,6) emekli olduğunu bildirmiştir. Çalışmaya katılan katılımcıların gelir durumu ile ilgili olarak da katılımcıların 55'i (%65,5) 0-25000 gelir düzeyinde, 15'i (%17,9) 25000-50000 gelir düzeyinde, 13'ü (%15,5) 50000-100000 gelir düzeyinde ve 1 kişi (%1,2) de 100000+ gelir düzeyinde olduğunu bildirmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Katılımcıların demografik bilgilerine ilişkin tanımlayıcı bulgular

Değişken	Grup	Frekans (*f*)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	40	47,6
	Erkek	44	52,4
Medeni Durum	Evli	60	71,4
	Bekar	6	7,1
	Dul	14	16,7
	Boşanmış	4	4,8
Eğitim Düzeyi	Okuryazar	13	15,5
	İlköğretim	38	45,2
	Lise	24	28,6
	Ön Lisans	1	1,2
	Lisans +	8	9,5
Çalışma Durumu	Çalışıyor	9	10,7
	Çalışmıyor	35	41,7
	Emekli	40	47,6
Gelir Düzeyi (₺)	0-25000	55	65,5
	25000-50000	15	17,9
	50000-100000	13	15,5
	100000+	1	1,2

Çalışmaya dahil edilen 84 katılımcının yaş özelliklerine bakıldığında, katılımcıların yaş ortalamasının 57,90 (SS =11,41) olduğu ve yaş aralığının 32 ile 82 arasında değiştiği saptanmıştır.

Tablo 4.2: Katılımcıların yaş değişkenine ilişkin bilgiler

Değişken	Katılımcı Sayısı (N)	Minimum	Maksimum	Ortalama ($\bar{X}$)	Standart Sapma (SS)
Yaş	84	32	82	57,90	11,41

4.1.2 Katılımcıların Hastalığa İlişkin Bilgileri

Araştırmanın örneklem grubunu oluşturan 84 inme hastasının hastalığa ilişkin özelliklerinin yer aldığı bulgular Tablo 4.3 ve Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.3: Katılımcıların inme tipi ve hastalık sonucu etkilenen ekstremite durumlarına ilişkin frekans bilgileri

Değişken	Grup	Frekans (*f*)	Yüzde (%)
İnme Tipi	İskemik	57	67,9
	Hemorajik	27	32,1
Etkilenen Ekstremite	Sağ	36	42,9
	Sol	48	57,1

Çalışmaya katılan inmeli hastaların 57'si (%67,9) iskemik inme, 27'si (%32,1) ise hemorajik inme tanısı almıştır. Hastalık sonucu sağ ekstremite tutulumu olan 36 hasta (%42,9) olup, sol ekstremite tutulumu olan 48 (%57,1) hasta vardır.

Tablo 4.4: Katılımcıların inme tipine göre etkilenen ekstremite ve cinsiyete ilişkin bilgileri

		Etkilenen Ekstremite		Cinsiyet	
		Sağ	Sol	Kadın	Erkek
İnme Tipi	İskemik	26	21	23	34
	Hemorajik	10	17	17	10

Çalışmaya katılan iskemik inme tanılı hastaların 26'sında sağ ekstremite, 21'inde ise sol ekstremite; hemorajik inme tanılı hastaların 10'unda sağ ektremite, 17'sinde sol ekstremite tutulumu vardır. Bunun yanında, iskemik inme tanılı hastaların 23'ü kadın, 34'ü erkektir; hemorajik inme tanılı hastaların ise 17'si kadın ve 10'u erkektir.

4.2. ÖLÇEKLERİN İNCELENMESİ

4.2.1. Ölçüm Araçlarına Ait Betimsel Özellikler

Araştırmada kullanılan Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-R), İnme Öz Yeterlik Ölçeği, Hastalık Algısı Ölçeği, SCL-90 Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) ve her bir ölçüm aracının alt boyutlarından elde edilen puanların ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri Tablo 4.5'te sunulmuştur.

Tablo 4.5: Ölçüm araçlarından elde edilen puanların ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri

Ölçüm Aracı	Alt Boyut	Ortalama ($\bar{X}$)	Standart Sapma (*SS*)	Minimum Değer	Maksimum Değer
Beş Faktör Kişilik Ölçeği	Dışa Dönüklük	24,93	8,90	10	39
	Sorumluluk	33,36	5,18	18	45
	Uyumluluk	37,37	5,70	20	45
	Duygusal Dengesizlik	25,37	6,01	12	37
	Deneyime Açıklık	29,13	10,20	13	49
Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-R)	Kendine Yardım	15,45	5,31	7	27
	Yaklaşma	19,59	5,90	8	28
	Uyum Sağlama	17,69	4,47	8	28
	Kaçınma	11,78	4,59	6	21
	Kendini Cezalandırma	13,90	5,34	6	24
İnme Öz Yeterlik Ölçeği	Aktivite	13,11	6,82	,00	24,00
	Öz Yönetim	9,21	4,06	,00	14,00
Hastalık Algısı Ölçeği	Süre (Akut/Kronik)	17,34	6,79	6,00	30,00
	Süre (Döngüsel)	11,09	4,00	4,00	19,00
	Sonuçlar	21,49	4,42	10,00	30,00
	Kişisel Kontrol	22,39	6,07	7,00	30,00
	Tedavi Kontrolü	19,37	4,98	8,00	25,00

Tablo 4.5 (devam)

	Hastalığı Anlayabilme	15,78	5,64	5,00	25,00
	Duygusal Temsiller	18,46	5,70	7,00	29,00
SCL-90 Belirti Tarama Listesi	Genel Değerlendirme	69,31	53,67	4,00	258,00
	Somatizasyon	13,63	8,53	,00	35,00
	Obsesif-Kompulsif	8,94	7,20	,00	29,00
	Kişilerarası Duyarlık	6,12	6,87	,00	36,00
	Depresyon	14,64	12,69	,00	46,00
	Anksiyete	7,28	6,22	,00	30,00
	Öfke/Düşmanlık	3,42	4,22	,00	23,00
	Fobik Anksiyete	4,49	4,86	,00	21,00
	Paranoid Düşünceler	2,37	3,47	,00	16,00
	Psikotizm	2,71	4,05	,00	22,00
	Ek Maddeler	5,77	4,67	,00	18,00

4.2.2. Kişilik Özellikleri, Başa Çıkma Tutumları, Öz Yeterlik, Hastalık Algısı ve Psikopatolojik Belirtilerin Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Göre Karşılaştırması

Kişilik özellikleri, başa çıkma tutumları, öz yeterlik, hastalık algısı ve psikopatolojik belirtilerin bazı sosyodemografik ve hastalığa ilişkin klinik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla istatistiksel analizler uygulanmıştır.

Katılımcılara ait cinsiyet değişkenine göre kişilik özellikleri, başa çıkma tutumları, öz yeterlik, hastalık algısı ve psikopatolojik belirtileri arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının incelenmesi amacıyla bağımsız gruplar t-testi uygulanmıştır. Yapılan analizlerin sonuçları Tablo 4.6'da gösterilmiştir.

Kişilik özellikleri, başa çıkma tutumları, öz yeterlik, hastalık algısı ve psikopatolojik belirtileri arasındaki farkın cinsiyet değişkenine göre anlamlı olup olmadığının incelenmesi amacıyla uygulanan bağımsız gruplar t-testi sonucunda, erkeklerde duygusal dengesizlik ($t(82) = 2,85$ $p = ,006$), deneyime açıklık ($t(82) = 3,13$ $p = ,02$), kendine yardım ($t(82) = 4,88$ $p < ,001$), duygusal temsiller ($t(82) = 2,34$ $p = ,022$) ve SCL-90 genel değerlendirme puanları ($t(82) = 2,18$ $p = ,032$) kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür. Kadın ve erkek arasında dışa dönüklük, sorumluluk, uyumluluk, yaklaşma, uyum sağlama,

kaçınma, kendini cezalandırma, aktivite, öz yönetim, süre (akut/kronik), süre (döngüsel), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrol ve hastalığı anlayabilme puanları arasında istatiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 4.6: Kişilik özellikleri, başa çıkma tutumları, öz yeterlik, hastalık algısı ve psikopatolojik belirtilerin cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılması

	Kadın		**Erkek**			
	Ortalama *(X̄)*	**Standart Sapma *(SS)***	**Ortalama *(X̄)***	**Standart Sapma (SS)**	***t***	***p***
Dışa Dönüklük	25,40	9,85	24,50	8,02	,461	,646
Sorumluluk	32,85	5,54	33,81	4,85	-,854	,396
Uyumluluk	38,02	4,69	36,77	6,48	1,005	,318
Duygusal Dengesizlik	27,25	5,71	23,66	5,83	2,846	**,006**
Deneyime Açıklık	32,60	11,00	25,98	8,35	3,126	**,002**
Kendine Yardım	18,07	5,08	13,07	4,33	4,876	**<,001**
Yaklaşma	19,47	5,39	19,70	4,86	-,205	,838
Uyum Sağlama	18,27	4,87	17,16	3,98	1,154	,252
Kaçınma	11,70	4,58	11,86	4,66	-,162	,872
Kendini Cezalandırma	14,70	5,93	13,18	4,69	1,307	,195
Aktivite	13,92	6,29	12,36	7,27	1,048	,298
Öz Yönetim	9,60	4,18	8,86	3,96	1,045	,299
Süre (Akut/Kronik)	17,52	6,64	17,18	6,99	,230	,819
Süre (Döngüsel)	11,72	3,91	10,52	4,04	1,383	,171
Sonuçlar	21,32	4,52	21,64	4,37	-,321	,749
Kişisel Kontrol	22,87	6,36	21,95	5,69	,699	,486
Tedavi Kontrolü	19,45	5,48	19,29	4,54	,141	,888
Hastalığı Anlayabilme	15,40	5,84	16,14	5,50	-,595	,553
Duygusal Temsiller	19,95	5,27	17,11	5,80	2,338	**,022**
SCL-90 Genel Değerlendirme	82,42	57,78	57,39	47,18	2,183	**,032**

Katılımcıların geçirmiş oldukları inme tipine göre kişilik özellikleri, başa çıkma tutumları, öz yeterlik, hastalık algısı ve psikopatolojik belirtileri arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının incelenmesi amacıyla bağımsız gruplar t-testi uygulanmıştır. Yapılan analizlerin sonuçları Tablo 4.7'de gösterilmiştir.

Tablo 4.7: Kişilik özellikleri, başa çıkma tutumları, öz yeterlik, hastalık algısı ve psikopatolojik belirtilerin inme türü değişkenine göre karşılaştırılması

	İskemik		Hemorajik			
	Ortalama ***(X̄)***	**Standart Sapma (SS)**	**Ortalama** ***(X̄)***	**Standart Sapma** ***(SS)***	***t***	***p***
Dışa Dönüklük	22,68	8,18	29,67	8,60	-3,592	**<,001**
Sorumluluk	33,42	4,89	33,22	5,84	,163	,871
Uyumluluk	37,10	5,73	37,92	5,70	-,614	,541
Duygusal Dengesizlik	25,00	5,98	26,15	6,14	-,815	,417
Deneyime Açıklık	26,26	9,08	35,18	9,90	-4,083	**<,001**
Kendine Yardım	14,39	4,90	17,70	5,50	-2,783	**,007**
Yaklaşma	18,63	4,74	21,63	5,28	-2,608	**,011**
Uyum Sağlama	17,31	4,37	18,48	4,55	-1,126	,263
Kaçınma	12,92	4,43	9,37	4,01	3,539	**<,001**
Kendini Cezalandırma	14,17	5,20	13,33	5,67	,673	,503
Aktivite	12,12	6,95	15,18	6,16	-1,953	,054
Öz Yönetim	8,54	4,12	10,63	3,61	-2,241	**,028**
Süre (Akut/Kronik)	18,42	6,84	15,07	6,21	2,156	**,034**
Süre (Döngüsel)	11,68	3,79	9,85	4,22	1,995	**,049**
Sonuçlar	21,73	4,29	20,69	4,71	,748	,457
Kişisel Kontrol	21,31	5,92	24,67	5,64	-2,460	**,016**
Tedavi Kontrolü	18,75	4,85	20,67	5,08	-1,162	,100
Hastalığı Anlayabilme	14,72	5,66	18,04	4,97	-2,603	**,011**
Duygusal Temsiller	18,28	5,71	18,85	5,76	-,427	,671
SCL-90 Genel Değerlendirme	72,09	52,69	63,44	56,23	,687	,494

Kişilik özellikleri, başa çıkma tutumları, öz yeterlik, hastalık algısı ve psikopatolojik belirtileri arasındaki farkın katılımcıların geçirmiş oldukları inme türüne göre istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığının incelenmesi amacıyla uygulanan bağımsız gruplar t-testi sonucunda, iskemik inme tanılı hastalara ait dışa dönüklük ($t(82) = -3,59$ $p < ,001$), deneyime açıklık ($t(82) = -4,08$ $p < ,001$), kendine yardım ($t(82) = -2,78$ $p = ,007$), yaklaşma ($t(82) = -2,61$ $p = ,011$), öz yönetim ($t(82) = -2,24$ $p = ,028$), kişisel kontrol ($t(82) = -2,46$ $p = ,016$) ve hastalığı anlayabilme ($t(82) = -2,60$ $p = ,011$) puanları hemorajik inme tanılı hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük; kaçınma ($t(82) = 3,54$ $p < ,001$), süre

(akut/kronik) (t(82) = 2,16 p = ,034) ve süre (döngüsel) (t(82) = 1,99 p = ,049) puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. İskemik ve hemorajik inme tanılı hastalar arasında sorumluluk, uyumluluk, duygusal dengesizlik, uyum sağlama, kendini cezalandırma, aktivite, süre (döngüsel), sonuçlar, tedavi kontrolü, duygusal temsiller ve SCL-90 genel değerlendirme puanları arasında istatiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Katılımcıların inme sonucu etkilenen hemisfere göre kişilik özellikleri, başa çıkma tutumları, öz yeterlik, hastalık algısı ve psikopatolojik belirtileri arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının incelenmesi amacıyla bağımsız gruplar t-testi uygulanmıştır. Yapılan analizlerin sonuçları Tablo 4.8'de gösterilmiştir.

Kişilik özellikleri, başa çıkma tutumları, öz yeterlik, hastalık algısı ve psikopatolojik belirtileri arasındaki farkın katılımcıların inme sonrası etkilenen hemisfere göre istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığının incelenmesi amacıyla uygulanan bağımsız gruplar t-testi sonucunda, sağ hemisfer tutulumu olan hastalara ait kaçınma (t(82) = -2,22 p = ,029) puanı sol hemisfer tutulumu olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük; uyum sağlama (t(82) = 2,97 p = ,004) ve öz yönetim (t(82) = 2,38 p = ,023) puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Sağ hemisfer ve sol hemisfer tutulumu olan hastalar arasında dışa dönüklük, sorumluluk, uyumluluk, duygusal dengesizlik, deneyime açıklık, kendine yardım, uyum sağlama, yaklaşma, kendini ceza, aktivite, süre (akut/kronik), süre (döngüsel), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, duygusal temsiller ve SCL-90 genel değerlendirme puanları arasında istatiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 4.8: Kişilik özellikleri, başa çıkma tutumları, öz yeterlik, hastalık algısı ve psikopatolojik belirtilerin inme sonucu etkilenen hemisfer değişkenine göre karşılaştırılması

	Sağ Hemisfer		Sol Hemisfer			
	Ortalama ***(X̄)***	**Standart Sapma** ***(SS)***	**Ortalama** ***(X̄)***	**Standart Sapma** ***(SS)***	***t***	***p***
Dışa Dönüklük	26,92	8,18	23,44	9,20	1,797	,076
Sorumluluk	34,36	4,86	32,60	5,34	1,551	,125
Uyumluluk	38,39	5,16	36,60	6,01	1,428	,157
Duygusal Dengesizlik	24,33	5,54	26,14	6,30	-1,373	,173
Deneyime Açıklık	31,44	9,84	27,39	10,21	1,826	,072
Kendine Yardım	16,02	5,65	15,02	5,05	,859	,393
Yaklaşma	20,22	4,98	19,12	5,17	,977	,331
Uyum Sağlama	19,28	4,16	16,50	4,29	2,970	**,004**
Kaçınma	10,53	4,39	12,73	4,55	-2,224	**,029**
Kendini Cezalandırma	12,78	5,61	14,75	5,01	-1,694	,094
Aktivite	14,69	6,29	11,92	7,03	1,874	,065
Öz Yönetim	10,50	3,42	8,25	4,26	2,384	**,023**
Süre (Akut/Kronik)	16,19	6,30	18,21	7,07	-1,352	,180
Süre (Döngüsel)	10,42	3,21	11,60	4,47	-1,353	,180
Sonuçlar	21,28	4,37	21,64	4,49	-,376	,708
Kişisel Kontrol	23,86	5,18	21,29	6,39	1,974	,052
Tedavi Kontrolü	20,50	4,36	18,52	5,28	1,829	,071
Hastalığı Anlayabilme	16,47	5,06	15,27	6,04	,965	,337
Duygusal Temsiller	17,72	4,99	19,02	6,17	-1,034	,304
SCL-90 Genel Değerlendirme	65,16	50,76	72,42	56,08	-,610	,543

4.2.3. Kişilik Özellikleri ve Psikopatolojik Semptomların İlişkisinin Değerlendirilmesi

Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ölçeği'nin alt boyutları olan dışa dönüklük, sorumluluk, uyumluluk, duygusal dengesizlik ve deneyime açıklık ile SCL-90 Belirti Tarama Ölçeği'nin (SCL-90-R) genel değerlendirme puanı arasında ilişkiyi değerlendirmek amacıyla Pearson korelasyon analizi yürütülmüştür. Yürütülen analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo 4.9'da verilmiştir.

Tablo 2.9: Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ölçeği alt boyutları ve SCL-90 Belirti Tarama Ölçeği Genel Değerlendirme arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon analizi sonuçları

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1. Dışa Dönüklük	1					
2. Sorumluluk	,12	1				
3. Uyumluluk	,20	,42**	1			
4. Duygusal Dengesizlik	-,47**	-,27*	-,26*	1		
5. Deneyime Açıklık	,44**	,21	,24*	-,14	1	
6. SCL-90 Genel Değerlendirme	-,32**	-,21	-,19	,44**	-,26*	1

*p <,05, **p <,01

Analiz sonucunda, dışa dönüklük ile genel değerlendirme puanı arasında anlamlı negatif ilişki (r =-,32, p <,01) ve deneyime açıklık ile genel değerlendirme arasında anlamlı negatif ilişki (r =-,26, p <,05) bulunmuştur. Bu bulgular, dışa dönüklük ve deneyime açıklık seviyelerinin arttıkça genel değerlendirme puanının azaldığını göstermektedir. Korelasyon analizi sonucunda, duygusal dengesizlik alt boyutu ile genel değerlendirme puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur (r = ,44, p <,01).

Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ölçeği alt boyutları ve SCL-90 Belirti Tarama Ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla Pearson korelasyon analizi yürütülmüştür. Yürütülen analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo 4.10'da verilmiştir.

Analiz sonucunda, dışa dönüklük ile somatizasyon (r =-,32, p <,01), obsesif-kompulsif (r =-,36, p <,01), kişilerarası duyarlık (r =-,34, p <,01), depresyon (r =-,41, p <,01), öfke/düşmanlık (r =-,26, p <,05), fobik anksiyete (r =-,25, p <,05), psikotizm (r =-,29, p <,01) ve ek maddeler (r =-,46, p <,01) arasında istatistiksel olarak negatif ilişki bulunmuştur.

Sorumluluk alt boyutu ile somatizasyon (r =-,27, p <,01), kişilerarası duyarlık (r =-,26, p <,05), anksiyete (r =-,22, p <,05) ve fobik anksiyete (r =-,24, p <,05) arasında istatistiksel olarak negatif ilişki bulunmuştur.

Uyumluluk alt boyutu ile kişilerarası duyarlık (r =-,32, p <,01), anksiyete (r =-,22, p <,05), öfke/düşmanlık (r =-,42, p <,01) ve paranoid düşünce (r =-,34, p <,01) arasında istatistiksel olarak negatif ilişki bulunmuştur.

Duygusal dengesizlik ile somatizasyon (r = ,43, p <,01), obsesif-kompulsif (r = ,49, p <,01), kişilerarası duyarlık (r = ,48, p <, 01), depresyon (r = ,58, p <,01), anksiyete (r =

,41, p <,01), öfke/düşmanlık (r = ,38, p <,01), fobik anksiyete (r = ,38, p <,01), paranoid düşünce (r = ,28, p <,01), psikotizm (r = ,41, p <,01) ve ek maddeler (r = ,44, p <, 01) arasında istatistiksel olarak pozitif ilişki bulunmuştur.

Deneyime açıklık ile somatizasyon (r =-,29, p <, 01), kişilerarası duyarlık (r =-,26, p <,05), depresyon (r =-,24, p <,05), öfke/düşmanlık (r =-,23, p <,05) ve ek maddeler (r =-,29, p <,01) arasında istatistiksel olarak negatif ilişki bulunmuştur.

Tablo 4.10: Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ölçeği ve SCL-90 Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90-R) alt boyutları arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon analizi sonuçları

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1. Dışa Dönüklük	1														
2. Sorumluluk	,12	1													
3. Uyumluluk	,20	,42**	1												
4. Duygusal Dengesizlik	-,47**	-,27*	-,26*	1											
5. Deneyime Açıklık	,44**	,21	,24*	-,14	1										
6. Somatizasyon	-,32**	-,27**	-,16	,43**	-,29**	1									
7. Obsesif-Kompulsif	-,36**	-,19	-,16	,49**	-,21	,66**	1								
8. Kişilerarası Duyarlık	-,34**	-,26*	-,32**	,48**	-,26*	,58**	,72**	1							
9. Depresyon	-,41**	-,12	-,17	,58**	-,24*	,60**	,79**	,69**	1						
10. Anksiyete	-,19	-,22*	-,22*	,41**	-,15	,53**	,63**	,67**	,56**	1					
11. Öfke/Düşmanlık	-,26*	-,21	-,42**	,38**	-,23*	,44**	,49**	,60**	,44**	,65**	1				
12. Fobik Anksiyete	-,25*	-,24*	-,06	,38**	-,16	,55**	,61**	,57**	,62**	,57**	,37**	1			
13. Paranoid Düşünceler	-,10	-,15	-,34**	,28**	-,20	,31**	,36**	,63**	,30**	,52**	,57**	,27**	1		
14. Psikotizm	-,29**	-,06	-,10	,41**	-,18	,54**	,66**	,71**	,67**	,51**	,44**	,58**	,45**	1	
15. Ek Maddeler	-,46**	-,08	-,08	,44**	-,29**	,57**	,73**	,62**	,74**	,47**	,36**	,56**	,26**	,59**	1

*p <,05, **p <,01

4.2.4. Başa Çıkma Tutumları ve Psikopatolojik Semptomların İlişkisinin Değerlendirilmesi

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği'nin alt boyutları olan kendine yardım, yaklaşma, uyum sağlama, kaçınma ve kendini cezalandırma ile SCL-90 Belirti Tarama Ölçeği'nin (SCL-90-R) genel değerlendirme puanı arasında ilişkiyi değerlendirmek amacıyla Pearson korelasyon analizi yürütülmüştür. Yürütülen analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo 4.11'de verilmiştir.

Tablo 4.11: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği alt boyutları ve SCL-90 Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90-R) Genel Değerlendirme arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon analizi sonuçları

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1. Kendine Yardım	1					
2. Yaklaşma	,27*	1				
3. Uyum Sağlama	,24*	,48**	1			
4. Kaçınma	-,28**	-,49**	-,37**	1		
5. Kendini Cezalandırma	-,06	-,24*	-,25*	,46**	1	
6. SCL-90 Genel Değerlendirme	-,13	-,35**	-,39**	,38**	,40**	1

*p <,05, **p <,01

Analiz sonucunda, yaklaşma ile genel değerlendirme puanı arasında anlamlı negatif ilişki (r =-,35, p <,01), uyum sağlama ile genel değerlendirme arasında anlamlı negatif ilişki (r =-,39, p <,01), kaçınma ile genel değerlendirme arasında anlamlı pozitif ilişki (r = ,38, p <,01) ve kendini cezalandırma ile genel değerlendirme arasında anlamlı pozitif ilişki (r = ,40, p <,01) bulunmuştur. Kendine yardım ile genel değerlendirme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği alt boyutları ve SCL-90 Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90-R) alt boyutları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla Pearson korelasyon analizi yürütülmüştür. Yürütülen analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo 4.12'de verilmiştir.

Tablo 4.12: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve SCL-90 Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90-R) alt boyutları arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon analizi sonuçları

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1. Kendine Yardım	1														
2. Yaklaşma	,27*	1													
3. Uyum Sağlama	,24*	,48**	1												
4. Kaçınma	-,28**	-,49**	-,37**	1											
5.Kendini Cezalandırma	-,06	-,24*	-,25*	,46**	1										
6. Somatizasyon	-,16	-,41**	-,22*	,37**	,29**	1									
7. Obsesif-Kompulsif	-,04	-,28**	-,37**	,27**	,41**	,66**	1								
8. Kişilerarası Duyarlık	-,13	-,21	-,41**	,35**	,36**	,58**	,72**	1							
9. Depresyon	-,08	-,28**	-,37**	,34**	,34**	,60**	,79**	,69**	1						
10. Anksiyete	-,05	-,11	-,25*	,22*	,25*	,53**	,63**	,67**	,56**	1					
11. Öfke/Düşmanlık	-,23*	-,11	-,31**	,21	,33**	,44**	,49**	,60**	,44**	,65**	1				
12. Fobik Anksiyete	,05	-,32**	-,19	,27**	,26*	,55**	,61**	,57**	,62**	,57**	,37**	1			
13. Paranoid Düşünceler	-,15	-,04	-,21	,20	,30**	,31**	,36**	,63**	,30**	,52**	,57**	,27**	1		
14. Psikotizm	-,07	-,19	-,27**	,28**	,28**	,54**	,66**	,71**	,67**	,51**	,44**	,58**	,45**	1	
15. Ek Maddeler	-,04	-,29**	-,36**	,34**	,39**	,57**	,73**	,62**	,74**	,47**	,36**	,56**	,26**	,59**	1

*p <,05, **p <,01

Analiz sonucunda, kendine yardım ile öfke/düşmanlık (r =-,23, p <,05) arasında istatistiksel olarak negatif ilişki bulunmuştur.

Yaklaşma alt boyutu ile somatizasyon (r =-,41, p <,01), obsesif-kompulsif (r =-,28, p <,01), depresyon (r =-,28, p <,01), fobik anksiyete (r =-,32, p <,01) ve ek maddeler (r =-,29, p <,01) arasında istatistiksel olarak negatif ilişki bulunmuştur.

Uyum sağlama alt boyutu ile somatizasyon (r =-,22, p <,05), obsesif-kompulsif (r =-,37, p <,01), kişilerarası duyarlık (r =-,41, p <,01), depresyon (r =-,37, p <,01), anksiyete (r =-,25, p <,05), öfke/düşmanlık (r =-,31, p <,01), psikotizm (r =-,27, p <,01) ve ek maddeler (r =-,36, p <,01) arasında istatistiksel olarak negatif ilişki bulunmuştur.

Kaçınma alt boyutu ile somatizasyon (r = ,37, p <,01), obsesif-kompulsif (r = ,27, p <,01), kişilerarası duyarlık (r = ,35, p <,01), depresyon (r = ,34, p <,01), anksiyete (r = ,22, p <,05), fobik anksiyete (r = ,27, p <,01), psikotizm (r = ,28, p <,01) ve ek maddeler (r = ,34, p <,01) arasında istatistiksel olarak pozitif ilişki bulunmuştur.

Kendini cezalandırma alt boyutu ile somatizasyon (r = ,29, p <,01), obsesif-kompulsif (r = ,41, p <,01), kişilerarası duyarlık (r = ,36, p <,01), depresyon (r = ,34, p <,01), anksiyete (r = ,25, p <,05), öfke/düşmanlık (r = ,33, p <,01), fobik anksiyete (r = ,26, p <,05), paranoid düşünce (r = ,30, p <,01), psikotizm (r = ,28, p <,01) ve ek maddeler (r = ,39, p <,01) arasında istatistiksel olarak pozitif ilişki bulunmuştur.

4.2.5. Hastalık Algısı ve Psikopatolojik Semptomların İlişkisinin Değerlendirilmesi

Hastalık Algısı Ölçeği'nin alt boyutları olan süre (akut/kronik), süre (döngüsel), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme ve duygusal temsiller ile SCL-90 Belirti Tarama Ölçeği'nin (SCL-90-R) genel değerlendirme puanı arasında ilişkiyi değerlendirmek amacıyla Pearson korelasyon analizi yürütülmüştür. Yürütülen analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo 4.13'te verilmiştir.

Tablo 4.13: Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutları ve SCL-90 Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90-R) Genel Değerlendirme arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon analizi sonuçları

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
1. Süre (Akut/Kronik)	1							
2. Süre (Döngüsel)	,24*	1						
3. Sonuçlar	,34**	,33**	1					
4. Kişisel Kontrol	-,55**	-,20	-,09	1				
5. Tedavi Kontrolü	-,60**	-,23*	-,19	,65**	1			
6. Hastalığı Anlayabilme	-,39**	-,40**	-,32**	,38**	,47**	1		
7. Duygusal Temsiller	,31**	,32**	,55**	-,29**	-,24*	-,31**	1	
8. SCL-90 Genel Değerlendirme	,40**	,25*	,29**	-,36**	-,37**	-,29**	,47**	1

*p <,05, **p <,01

Analiz sonucunda, süre (akut/kronik) ile genel değerlendirme puanı arasında anlamlı pozitif ilişki (r = ,40, p < ,01), süre (döngüsel) ile genel değerlendirme arasında anlamlı pozitif ilişki (r = ,25, p < ,05), sonuçlar ile genel değerlendirme arasında anlamlı pozitif ilişki (r = ,29, p < ,01), kişisel kontrol ile genel değerlendirme arasında anlamlı negatif ilişki (r = -,36, p < ,01), tedavi kontrolü ile genel değerlendirme arasında anlamlı negatif ilişki (r = -,37, p < ,01), hastalığı anlayabilme ile genel değerlendirme arasında anlamlı negatif ilişki (r = -,29, p < ,01) ve duygusal temsiller ile genel değerlendirme arasında anlamlı pozitif ilişki (r = ,47, p < ,01) bulunmuştur.

Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutları ve SCL-90 Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90-R) alt boyutları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla Pearson korelasyon analizi yürütülmüştür. Yürütülen analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo 4.12'de verilmiştir.

Tablo 4.14: Hastalık Algısı Ölçeği ve SCL-90 Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90-R) alt boyutları arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon analizi sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. Süre (Akut/Kronik)	1																
2. Süre (Döngüsel)	,24*	1															
3. Sonuçlar	,34**	,33**	1														
4. Kişisel Kontrol	-,55**	-,20	-,09	1													
5. Tedavi Kontrolü	-,60**	-,23*	-,19	,65**	1												
6. Hastalığı Anlayabilme	-,39**	-,40**	-,32**	,48**	,47**	1											
7. Duygusal Temsiller	,31**	,32**	,55**	-,19	-,24*	-,31**	1										
8. Somatizasyon	,32**	,25*	,23*	-,35**	-,39**	-,33**	,38**	1									
9. Obsesif-Kompulsif	,31**	,17	,24*	-,26*	-,29**	-,25*	,58**	-,29**	1								
10. Kişilerarası Duyarlık	,32**	,22*	,24*	-,31**	-,34**	-,18	,47**	-,21	,66**	1							
11. Depresyon	,47**	,26*	,33**	-,37**	-,40**	-,32**	,62**	-,26*	,58**	,72**	1						
12. Anksiyete	,23*	,21	,28**	-,18	-,22*	-,12	,48**	-,24*	,60**	,79**	,69**	1					
13. Öfke/Düşmanlık	,23*	,19	,17	-,27**	-,27**	-,11	,26*	-,15	,53**	,63**	,67**	,56**	1				
14. Fobik Anksiyete	,28**	,13	,19	-,21	-,19	-,23*	,46**	-,23*	,44**	,49**	,60**	,44**	,65**	1			
15. Paranoid Düşünceler	,16	,17	,09	-,22*	-,19	-,01	,14	-,16	,55**	,61**	,57**	,62**	,57**	,37**	1		
16. Psikotizm	,26*	,17	,13	-,30**	-,29**	-,26*	,45**	-,20	,31**	,36**	,63**	,30**	,52**	,57**	,27**	1	
17. Ek Maddeler	,40**	,03	,16	-,34**	-,32**	-,21	,45**	-,18	,54**	,66**	,71**	,67**	,51**	,44**	,58**	,45**	1

*p <,05, **p <,01

Analiz sonucunda, hastalık algısı ölçeğinin süre (akut/kronik) alt boyutu ile SCL-90 Belirti Tarama Ölçeği'nin (SCL-90-R) somatizasyon (r = ,32, p < ,01), obsesif-kompulsif (r = ,31, p < ,01), kişilerarası duyarlık (r = ,32, p < ,01), depresyon (r = ,47, p < ,01), anksiyete (r = ,23, p < ,05), öfke/düşmanlık (r = ,23, p < ,05), fobik anksiyete (r = ,28, p < ,01), psikotizm (r = ,26, p < ,05) ve ek maddeler (r = ,40, p < ,01) alt boyutları arasında istatistiksel olarak pozitif ilişki bulunmuştur.

Süre (döngüsel) alt boyutu ile somatizasyon (r = ,25, p <,05), kişilerarası duyarlık (r = ,22, p <,05) ve depresyon (r = ,26, p <,05) alt boyutları arasında istatistiksel olarak pozitif ilişki bulunmuştur.

Sonuçlar alt boyutu ile somatizasyon (r = ,23, p <,05), obsesif-kompulsif (r = ,24, p <,05), kişilerarası duyarlık (r = ,24, p <,05), depresyon (r = ,33, p <,01) ve anksiyete (r = ,28, p <,01) alt boyutları arasında istatistiksel olarak pozitif ilişki bulunmuştur.

Kişisel kontrol alt boyutu ile somatizasyon (r =-,35, p <,01), obsesif-kompulsif (r =-,26, p <,05), kişilerarası duyarlık (r =-,31, p <,01), depresyon (r =-,37, p <,01), öfke/düşmanlık (r =-,27, p <,01), paranoid düşünceler (r =-,22, p <,05), psikotizm (r =-,30, p <,01) ve ek maddeler (r =-,34, p <,01) alt boyutları arasında istatistiksel olarak negatif ilişki bulunmuştur.

Tedavi kontrolü alt boyutu ile somatizasyon (r =-,39, p <,01), obsesif-kompulsif (r =-,29, p <,01), kişilerarası duyarlık (r =-,34, p <,01), depresyon (r =-,40, p <,01), anksiyete (r =-,22, p <,05), öfke/düşmanlık (r =-,27, p <,01), psikotizm (r =-,29, p <,01) ve ek maddeler (r =-,32, p <,01) alt boyutları arasında istatistiksel olarak negatif ilişki bulunmuştur.

Hastalığı anlayabilme alt boyutu ile somatizasyon (r =-,33, p <,01), obsesif-kompulsif (r =-,25, p <,05), depresyon (r =-,32, p <,01), fobik anksiyete (r =-,23, p <,05) ve psikotizm (r =-,26, p <,01) alt boyutları arasında istatistiksel olarak negatif ilişki bulunmuştur.

Duygusal temsiller alt boyutu ile somatizasyon (r = ,38, p <,01), obsesif-kompulsif (r = ,58, p <,01), kişilerarası duyarlık (r = ,47, p <,01), depresyon (r = ,62, p <,01), anksiyete (r = ,48, p <,01), öfke/düşmanlık (r = ,26, p <,05), fobik anksiyete (r = ,46, p <,01), psikotizm (r = ,45, p <,01) ve ek maddeler (r = ,45, p <,01) alt boyutları arasında istatistiksel olarak pozitif ilişki bulunmuştur.

4.2.6. Öz Yeterlik ve Psikopatolojik Semptomların İlişkisinin Değerlendirilmesi

İnme Öz Yeterlik Ölçeği alt boyutları olan aktivite ve öz yönetim ile SCL-90 Belirti Tarama Ölçeği'nin (SCL-90-R) genel değerlendirme puanı arasında ilişkiyi değerlendirmek amacıyla Pearson korelasyon analizi yürütülmüştür. Yürütülen analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo 4.15'te verilmiştir.

Tablo 4.15: İnme Öz Yeterlik Ölçeği alt boyutları ve SCL-90 Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90-R) Genel Değerlendirme arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon analizi sonuçları

	1	**2**	**3**
1. Aktivite	1		
2. Öz Yönetim	,49**	1	
3. SCL-90 Genel Değerlendirme	-,32**	-,38**	1

*p <,05, **p <,01

Analiz sonucunda, aktivite ile genel değerlendirme puanı arasında anlamlı negatif ilişki (r =-,32, p <,01), öz yönetim ile genel değerlendirme arasında anlamlı negatif ilişki (r =-,38, p <,01) bulunmuştur.

İnme Öz Yeterlik ölçeği alt boyutları ve SCL-90 Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90-R) alt boyutları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla Pearson korelasyon analizi yürütülmüştür. Yürütülen analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo 4.16'da verilmiştir.

Tablo 4.16: İnme Öz Yeterlik Ölçeği ve SCL-90 Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90-R) alt boyutları arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon analizi sonuçları

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
1. Aktivite	1											
2. Öz Yönetim	,49**	1										
3. Somatizasyon	-,44**	-,47**	1									
4. Obsesif-Kompulsif	-,22*	-,29**	-,29**	1								
5. Kişilerarası Duyarlık	-,31**	-,27**	-,21	,66**	1							
6. Depresyon	-,41**	-,38**	-,26*	,58**	,72**	1						
7. Anksiyete	-,32**	-,37**	-,24*	,60**	,79**	,69**	1					
8. Öfke/Düşmanlık	-,26*	-,25*	-,15	,53**	,63**	,67**	,56**	1				
9. Fobik Anksiyete	-,30**	-,38**	-,23*	,44**	,49**	,60**	,44**	,65**	1			
10. Paranoid Düşünceler	-,24*	-,24*	-,16	,55**	,61**	,57**	,62**	,57**	,37**	1		
11. Psikotizm	-,21	-,23*	-,20	,31**	,36**	,63**	,30**	,52**	,57**	,27**	1	
12. Ek Maddeler	-,35**	-,33**	-,18	,54**	,66**	,71**	,67**	,51**	,44**	,58**	,45**	1

*p <,05, **p <,01

Analiz sonucunda, aktivite ile somatizasyon (r =-,44, p <,01), obsesif-kompulsif (r =-,22, p <,05), kişilerarası duyarlık (r =-,31, p <,01), depresyon (r =-,41, p <,01), anksiyete (r =-,32, p <,01), öfke/düşmanlık (r =-,26, p <,05), fobik anksiyete (r =-,30, p <,01), paranoid düşünceler (r =-,24, p <,05) ve ek maddeler (r =-,35, p <,01) arasında istatistiksel olarak negatif ilişki bulunmuştur.

Öz yönetim alt boyutu ile somatizasyon (r =-,47, p <,01), obsesif-kompulsif (r =-,29, p <,01), kişilerarası duyarlık (r =-,27, p <,01), depresyon (r =-,38, p <,01), anksiyete (r =-,37, p <,01), öfke/düşmanlık (r =-,25, p <,05), fobik anksiyete (r =-,38, p <,01), paranoid düşünceler (r =-,24, p <,05), psikotizm (r =-,23, p <,05) ve ek maddeler (r =-,33, p <,01) arasında istatistiksel olarak negatif ilişki bulunmuştur.

4.2.7. Kişilik Özellikleri, Başa Çıkma Tutumları, Öz Yeterlik ve Hastalık Algısının Psikopatolojik Belirtilere Yordayıcı Etkisine Yönelik Regresyon Modelleri

Kişilik özellikleri, başa çıkma tutumları, öz yeterlik ve hastalık algısının psikopatolojik belirtilere etkisini belirlemek amacıyla aşamalı (step-wise) çoklu doğrusal regresyon analizleri yapılmıştır.

Psikopatolojik belirtiler için yapılan regresyon analizi üç aşamada tamamlanmış ve psikopatolojik belirti puanlarına ilişkin varyansa katkıları açısından üç değişkenin yordayıcı olduğu bulunmuştur. Analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo 4.17'de verilmiştir.

Tablo 4.17: Kişilik özellikleri, başa çıkma tutumları, öz yeterlik ve hastalık algısının psikopatolojik belirtilere etkisine yönelik regresyon modelleri

Model	Yordayıcı Değişkenler	Standart Olmayan		Standart	*t*	*p*	*F*	*R*
		β	*Standart Hata*	*β*			*p*	AdjR²
1	Duygusal Dengesizlik	5,932	,736	,665	8,065	<,001	65,042	,436
2	Duygusal Dengesizlik	3,798	,848	,426	4,478	<,001	47,433	,528
	Kendini Cezalandırma	3,950	,956	,393	4,132			
3	Duygusal Dengesizlik	3,825	,819	,429	4,667	<,001	36,113	,559
	Kendini Cezalandırma	3,229	,964	,321	3,348			
	Yaklaşma	-2,127	,819	-,202	-2,597			

Analiz sonuçlarına göre Beş Faktör Kişilik Değerlendirme ölçeğine ait duygusal dengesizlik alt boyutu (β = 0,665; t = 8,065; p <,001), Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme ölçeğine ait kendini cezalandırma alt boyutu (β = 0,393; t = 4,132; p <,001) ve yaklaşma alt boyutu (β = -0,202; t = -2,597; p <,001) yordayıcı değişkenler olarak belirlenmiştir. Duygusal dengesizlik alt boyutu varyansın %44'ünü, kendini cezalandırma alt boyutu varyansın %9'unu ve yaklaşma alt boyutu varyansın %0,3'ünü açıklamaktadır.

5. TARTIŞMA

İnme sonrası, tıbbi gelişmeler sonucunda hayatta kalma oranlarının artması (215) olumlu bir gelişme olup yapılan çalışmalar inme sonrası hastaların sağlıklı kontrol gruplarına kıyasla daha yüksek depresyon ve anksiyete gibi psikopatolojik belirtiler bildirdiği bilinmektedir (78, 80, 216, 217). Bu durum göz önüne alındığında, inme geçiren kişilerde psikolojik iyilik halini desteklemek, yaşam kalitesini artırmak ve psikolojik durumlarında etkili olabilecek psikososyal değişkenlerin belirlenmesi büyük önem taşımaktadır.

Mevcut tez çalışmasında, inme tanısı almış hastalarda kişilik özellikleri, başa çıkma tutumları, hastalık algısı ve öz yeterlik düzeyleri ile psikopatolojik belirtiler arasındaki ilişki araştırılmıştır. Aynı zamanda kişilik özellikleri, başa çıkma tutumları, hastalık algısı ve öz yeterlik düzeylerinin psikopatolojik belirtileri yordama düzeyleri incelenmiştir. Giriş bölümünde belirtilen çalışmanın hedeflerine yönelik yöntem kısmında söz edilen veri toplama araçları ile elde edilen veriler istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Bu analizler sonucunda ulaşılan sonuçlara bulgular kısmında yer verilmiştir. Bununla birlikte, değişkenlerin sosyodemografik (cinsiyet) ve hastalığın klinik özelliklerine (inme türü ve hemisfer tutulumu) göre karşılaştırması yine bulgular kısmında ele alınmıştır. Son olarak, bu bölümde, yürütülen istatistiksel analizler sonucu elde edilen bulgular araştırmanın hipotezleri ile bağlantı kurularak açıklanmış ve alan yazındaki araştırmalarla birlikte tartışılmıştır.

5.1. SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER VE HASTALIĞIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ İLE ÖLÇÜM ARAÇLARININ İLİŞKİSİNE YÖNELİK BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmada, kullanılan kişilik özellikleri, başa çıkma tutumları, hastalık algısı, öz yeterlik ve psikopatolojik semptomları değerlendiren ölçüm araçlarında elde edilen puanların cinsiyet değişkenine göre karşılaştırmasında, erkek hastaların duygusal dengesizlik, deneyime açıklık, kendine yardım, duygusal temsiller alt boyutları ve SCL-90 Genel Değerlendirme düzeylerinde kadınlara kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük puanlar aldığı görülmüştür.

Kadın katılımcıların duygusal dengesizlik alt boyutuna ait puanlarının erkek katılımcılara göre daha yüksek olması, birçok araştırma ile tutarlı olarak duygusal dengesizlik alt boyutunda cinsiyet farklılıkları olduğu ve kadınların birçok çalışma ve kültürde erkeklerden daha yüksek puan aldığı bulguları ile örtüşmektedir (218, 219).

Olumsuz duygular yaşama eğilimi ile karakterize edilen duygusal dengesizlik kişilik özelliğinde, kişiler strese karşı daha hassastır, sıradan durumları tehdit edici olarak yorumlar ve küçük hayal kırıklıklarıyla başa çıkmakta zorlanırlar. Bu durum, inme sonrası kadınların duygusal uyaranlara karşı daha duyarlı olmaları ve stresli durumları daha yoğun yaşama eğilimlerinin, duygusal dengesizlik puanlarının erkeklere kıyasla daha yüksek olmasına katkıda bulunabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, kadın katılımcıların deneyime açıklık boyutuna ait puanları erkek katılımcılara göre daha yüksektir ve bu bulgu kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre yeni deneyimlere daha açık ve istekli olduklarını göstermektedir. Deneyime açıklıkta cinsiyet farklılıkları üzerine yapılan araştırmalarda ise karmaşık örüntüler ortaya koyulmuştur. Bazı çalışmalarda deneyime açıklık puanlarında erkekler ve kadınlar arasında önemli farklılıklar elde edilmezken (220), diğerlerinde boyut düzeyinde minimal farklılıklar bildirilmiştir (221). Çalışmamızda elde ettiğimiz bu bulgunun, inme sonrası kadınların yaşadıkları fiziksel ve psikolojik değişimlere karşı daha açık ve uyum sağlayıcı bir tutum geliştirmeleri ve rehabilitasyon sürecinde yeni deneyimlere daha istekli olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Kendine yardım alt boyutuna dair elde edilen bulgularda ise kadınların inme sonrası duygularını ifade etmek için erkeklere göre daha fazla zaman harcadıkları, duygusal deneyimlerini daha açık ifade etme eğiliminde olduklarını göstermektedir. Alanyazındaki çalışmalar incelendiğinde de kadınların duygusal sorunları tanıma ve kabul etme becerilerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu kadınların duygusal işleme, iç görü ve yardım arama davranışlarında daha aktif bir tutum sergileyebildikleri gösterilmiştir (222). Kadınların duygusal deneyimlerini daha açık ifade etme eğiliminde olmaları ve başa çıkma süreçlerinde sosyal destek arayışını daha sık kullanmaları bu farklılığı açıklayabilecek unsurlardandır.

Kadınların duygusal temsiller alt boyutuna ait puanlarının erkek katılımcılara göre daha yüksek olması ise kadın hastaların hastalıklarıyla ilgili endişe ve duygusal tepkilerinin arttığını göstermektedir. Bu bulgu, kadın hastaların duygusal tepki ve kaygı düzeylerinin erkek hastalara göre daha fazla olduğunu belirten çalışmalarla da örtüşmektedir (223, 224). Çalışmamızda da kadın katılımcıların hastalık algılarında duygusal temsilleri daha yoğun yaşadıkları ve hastalıkla ilgili daha derin bir içsel değerlendirme gerçekleştirdikleri düşünülmektedir.

Son olarak, kadınların genel psikopatolojik belirti düzeyleri ise erkek hastalara göre daha fazla bulunmuştur. Bu durum, kadın hastaların psikolojik sıkıntıyı daha yoğun yaşadığını gösterebileceği gibi, diğer yandan kadınların psikolojik belirtileri fark etme ve ifade etme konusunda daha açık olmalarıyla da ilişkili olabilir. Nitekim, psikolojik belirtileri daha fazla raporlayan kadınların, klinik değerlendirmelerde daha yüksek semptom düzeylerine ulaşması bu durumla tutarlıdır (225).

Çalışmada, iskemik inme tanısı alan hastaların hemorajik inme tanılı hastalara kıyasla kişilik özelliklerinden dışa dönüklük ve deneyime açıklık, başa çıkma tutumlarından kendine yardım ve yaklaşım alt boyutları, öz yeterliği değerlendiren öz yönetim alt boyutu, hastalık algısını değerlendiren kişisel kontrol ve hastalığı anlama boyutlarında anlamlı düzeyde daha düşük puanlar aldığı tespit edilmiştir. Bu bulgular, iskemik inme tanılı hastaların sosyal etkileşimlere ve yeni deneyimlere katılım, duygularını ifade etmeye zaman ayırma ve yaptığı işe odaklanma durumlarının hemorajik inme tanılı hastalara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. İskemik inme hastalarının, hemorajik inme hastalarına kıyasla daha düşük dışa dönüklük ve deneyime açıklık puanları alması, sosyal etkileşimlere katılımda zorluk yaşadıklarını ve duygusal ifadelerini sınırladıklarını göstermektedir. Ayrıca, başa çıkma stratejilerindeki farklılıklar, hastaların hastalıklarıyla başa çıkma konusunda daha az etkin olabileceklerini ve bunun da iyileşme sürecini zorlaştırabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgular, inmenin sinsi başlangıçlı, ilerleyici ve kronik seyirli olmasının hastalarda daha pasif bir başa çıkma modeli geliştirmelerine neden olabileceğini düşündürmektedir. Özellikle kaçınma puanlarının yüksek olması, bireylerin hastalıkla doğrudan yüzleşmekten kaçınma eğiliminde olduklarını göstermektedir.

Öte yandan, hemorajik inme sonrası hastalarda, hastalık algısını değerlendiren kişisel kontrol ve hastalığı anlama alt boyutlarına ait puanlar iskemik inme tanılı hastalara göre daha yüksektir. Hastaların hastalığının süreci, süresi ve tedavisi üzerinde ne kadar kontrol sahibi olduğu algısı ve hastalığını ne ölçüde kavrayabildiği durumları hemorajik inme tanılı hastalarda iskemik inme tanılı hastalara göre daha yüksek olarak elde edilmiştir. Öz yeterlik ve hastalık algısındaki farklılıklar ise, iskemik inmeli hastaların hastalıkları üzerinde daha az kontrol sahibi olduklarını ve hastalıklarını anlamada zorluk çektiklerini göstermektedir.

Çalışmada, inme sonrası sağ hemisfer etkilenimi olan hastalarda uyum sağlama ve öz yönetim başa çıkma ve yeterlikle ilişkili puanların daha yüksek, kaçınma puanlarının ise daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, sağ hemisfer tutulumu olan inme hastalarının

yaşadığı olaylara yönelik iyimserlik derecelerinin ve öz yeterlik durumlarının sol hemisfer tutulumu olan hastalara göre daha yüksek, durumun gerçekliğini değerlendirme ve durumun kabulü ile ilgili değerlendirmelerin daha düşük olduğunu göstermektedir.

5.2. ÇALIŞMANIN ÖLÇÜM ARAÇLARI VE PSİKOPATOLOJİK SEMPTOMLARIN İLİŞKİSİNE YÖNELİK BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

5.2.1. Kişilik Özellikleri ve Psikopatolojik Semptomların İlişkisine Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi

Mevcut tez çalışmasında, Beş Faktör Kişilik Özellikleri ile psikopatolojik semptomlar arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Analiz sonuçları, kişilik boyutları ile psikopatolojik semptomlar ve alt boyut puanları arasında anlamlı ilişkiler olduğunu ortaya koymuştur. Elde edilen bulgular, pozitif kişilik özellikleri olarak değerlendirilen dışa dönüklük ve deneyime açıklığın psikolojik belirti düzeyleri ile negatif, duygusal dengesizlik kişilik özelliğinin ise psikolojik belirti düzeyleri ile pozitif ilişkili olduğunu göstermektedir.

Kişilik özellikleri alt boyutlarından olan, duygusal dengesizlik boyutunun psikopatolojik belirtiler ile orta düzeyde pozitif ilişki göstermesi çalışmamızın önemli bulgularından biridir. Katılımcıların duygusal dengesizlik kişilik boyutuna ait puanları yükseldikçe genel psikopatolojik belirtilere ait puanlarında düşme gözlenmiştir. Bu bulgu, McCrae ve Costa (114) tarafından geliştirilen Beş Faktör Kişilik Kuramı çerçevesinde, duygusal dengesizlik kişilik özelliklerin belirgin olduğu kişilerde stres, kaygı, depresyon ve somatizasyon gibi belirtilere daha yatkın olduklarını ortaya koyan çalışmalarla tutarlıdır (8, 226). Düşük duygusal dengenin daha düşük psikolojik iyilik hali ile ilişkili olduğunu gösteren bu bulgu, inme sonrası çeşitli örneklem özelliklerinin ve kişiliğin değerlendirilmesine yönelik farklı yaklaşımlara sahip çalışmanın sonuçları ile de desteklenmektedir (8, 14, 76, 227).

Duygusal dengesizlik kişilik faktörünün özelliklerini ölçen maddeler kötümser düşünceler, olumsuz duygular, tehdide karşı duyarlılık, yüksek stres tepkisi ve başa çıkma becerilerinin eksikliği ile ilgili olup karamsarlık, anksiyete ve depresyon ile karakterize edilir. Yüksek duygusal dengesizlik kişilik özelliğinin, zaman içinde depresyon ve anksiyete semptomlarında artışı öngördüğü (228, 229), özellikle günlük stres faktörleriyle

birleştiğinde, genel sıkıntı ve spesifik anksiyete semptomları için bir kırılganlık faktörü olarak işlev gördüğü bildirilmiştir (229).

Kişilik özellikleri, bireylerin karşılaştığı stres ve strese verdikleri tepkileri, stresle baş edebilmek için tercih ettikleri başa çıkma yöntemlerini ve bu stratejilerin ne derece etkili olduğunu etkileyebilmektedir (230). Bu bağlamda, duygusal dengesizlik özelliği yüksek bireyler, kişilerarası çatışmalara daha sık maruz kalma, daha yoğun fizyolojik uyarılma yaşama ve kaçınma temelli başa çıkma stratejilerini daha sık kullanma eğilimindedir (230). Duygusal dengesizlik kişilik özelliği olumsuz sağlık sonuçlarıyla (129) da ilişkilendirilmiş olup inme özelinde ise, nevrotiklik ile psikopatolojik semptomlar arasındaki olumsuz ilişki, genel toplumda (230) ve klinik örneklemlerde (231, 232) elde edilen bulgularla örtüşmektedir.

Duygusal dengesizlik ile psikopatolojik semptomlar arasında gözlenen anlamlı pozitif ilişkiler çalışmanın en çarpıcı bulgularındandır. Bu bulgu, literatürde yaygın olarak ifade edilen yüksek duygusal dengesizlik düzeyinin depresyon, anksiyete, somatizasyon ve diğer psikopatolojik belirtilerle olan yakın ilişkisini doğrulamaktadır (132, 227, 233). Çalışmada, duygusal dengesizlik kişilik özellikleri ile psikopatolojik semptomlar arasındaki pozitif ilişki, Douven ve arkadaşlarının (130) inme sonrası yüksek duygusal dengesizlik kişilik özellikleri düzeyinin hastaların depresyon düzeyleri ile ilişkili olduğunu, bunun yanında başlangıçtaki yüksek duygusal dengesizlik düzeyleri, takip dönemlerindeki apati seviyelerinin artışıyla ilişkili olduğu bulgularıyla da tutarlıdır. Aynı şekilde, Aben ve arkadaşlarının çalışmasında da kırılganlık faktörleri olarak kişilik özelliklerinin önemi vurgulanmıştır (76). Çalışmada, yüksek duygusal dengesizlik puanlarının, lezyon lokasyonundan bağımsız olarak daha yüksek inme sonrası depresyon gelişme riski ile ilişkili olduğunu bulmuştur.

Çalışmada, duygusal dengesizlik kişilik özellikleri boyutunun psikopatolojik semptomların hemen hemen tüm alt boyutları ile pozitif ilişki göstermesi de dikkat çeken bir diğer bulgudur. Bu bulgu, duygusal dengesizliğin sadece depresyon veya anksiyete değil, genel psikolojik sağlık düzeyi ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda dışa dönüklük ile psikopatolojik belirtiler arasında negatif korelasyon bulunmuştur. Katılımcıların dışa dönüklük kişilik özelliklerine ait puanları yükseldikçe psikopatolojik belirtiler ve alt boyutlarına ait puanları düşük bulunmuştur. Bu bulgu, dışa dönük kişilerin sosyal destek kaynaklarına daha kolay ulaşmaları, stres faktörleriyle

karşılaştıklarında sorun odaklı başa çıkma yöntemlerini kullanmaları, duygularını ifade etmede daha başarılı olmaları ve karşılaştıkları problemlerle daha etkin başa çıkabilmeleriyle açıklanabilir (234). Dışa dönük kişiler genel olarak olumlu duygular yaşar, yüksek enerji seviyelerine sahiptir, dışa dönüktür ve sosyalleşmekten hoşlanırlar. Bu sonuç, dışa dönüklük ile olumlu duygulanım arasında güçlü bir ilişki olduğunu ortaya koyan çalışmalarla paralellik göstermektedir (235, 236).

İnme hastaları ile yapılan önceki çalışmalarda dışa dönüklük ile psikolojik iyi olma hali arasında tutarlı bağlantıların olduğu sonuçlar elde edilememiştir. Aben ve arkadaşları (76), van Mierlo ve arkadaşları (14) tarafından yürütülen çalışmalarda yüksek dışa dönüklük kişilik özelliği ile psikolojik iyi olma hali ilişkilendirilmiştir. Benzer biçimde, Kim ve arkadaşlarının inme geçirmiş hastalarla yürüttükleri araştırmada (6), dışa dönüklüğün belirli yaşam kalitesi alanlarında pozitif etkiler yarattığını, depresif belirtileri ise azalttığını göstermişlerdir. Bir diğer çalışmada düşük dışa dönüklük düzeyleri depresif belirtilerle ilişkilendirilmiştir (226). Çalışmamızda elde ettiğimiz bu sonuç, Costa ve McCrae (114) tarafından bildirilen, dışa dönük kişilerin pozitif duygulara daha açık oldukları ve psikopatolojiye karşı koruyucu bir yapıya sahip oldukları yönündeki bulgularla örtüşmektedir. Bu bulguların aksine, dışa dönüklük ile inme sonrası psikolojik belirtiler arasında anlamlı ilişkilerin kurulamadığı çalışmalar da vardır (10, 75, 133). Örneğin, Jokela ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada (129), yüksek dışa dönüklük puanları daha yüksek inmeye bağlı ölüm oranları ile ilişkilendirilmiştir. Literatürde, bu gibi karışık bulguların olası bir açıklaması, örneklem büyüklüğü ve ilgili istatistiksel güç gibi metodolojik farklılıklarla ilgili olabileceği düşünülmektedir. Bunun yanında, inme sonrası, fiziksel, bilişsel ve dil bozuklukları, insanların yaşam aktivitelerine yeniden katılma ve sosyal destek arama kapasitelerini etkileyebilmektedir. Ayrıca, dil ve iletişim gibi bazı alanlardaki bozuklukların, dışa dönüklük düzeyi yüksek kişiler için psikolojik iyi oluş üzerinde özellikle olumsuz etkileri olması da mümkündür.

Çalışmamızda, kişilik özelliklerinden sorumluluk alt boyutu ile genel psikopatolojik semptomlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki elde edilmemiştir. Somatizasyon, kişiler arası duyarlık, anksiyete ve fobik anksiyete belirtileri ile zayıf negatif ilişki elde edilmiştir. Hedef odaklılık, kontrol, planlı davranma ve öz disiplin ile karakterize edilen sorumluluk kişilik özelliğine ait puanlar azaldıkça bu alt boyutlara ait psikopatolojik belirtilerde artma bulunmuştur. Bu kişilik alt boyutu, kişinin kendini kontrol edebilirliği,

sorumluluk ve hedefleri ile uyumlu davranışlarını değerlendirmektedir. Literatürde, sorumluluk kişilik özelliği ve yaşam kalitesi (6), inme gelişme riski (237), inme hastalarında düşük ölüm riski (129) ile ilişkili bulgular mevcut iken psikopatolojik belirtilerin varlığı üzerine yürütülen çalışmaların sonucu, çalışmamızda elde ettiğimiz bulgulara paralel olarak, genel olarak ilişkinin olmadığı yönündedir (8, 133).

Diğer bir kişilik özellikleri alt boyutu, uyumluluk ile genel psikopatolojik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilmemiş, bunun yanında kişiler arası duyarlık ve öfke/düşmanlık alt boyutları ile orta, anksiyete ile zayıf düzeyde negatif korelasyon bulunmuştur. Uyumluluk kişilik özelliğinde daha düşük puanlara sahip kişilerin daha yüksek psikopatolojik belirtiler gösterdiği bulunmuştur. İnmede kişilik özellikleri ve ruh sağlığı üzerine yürütülen çalışmalarda uyumluluk alt boyutu ile ilişki elde edilmeyen çalışmaların yanında (76, 237), bu kişilik özelliğinin anksiyete (133), sosyal disfonksiyon, anhedoni (238) ve daha kötü mental durum (239) ile negatif ilişki olduğu yönünde bulgular da mevcuttur. Uyumluluk, sosyal işlevsellik açısından önemli özellikleri içermektedir ve bu çalışmada inme geçiren hastalarda uyumluluk ile bazı psikopatolojik alt boyutlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgu, literatürde uyumluluk ile ruh sağlığı arasında anlamlı ilişki bulan çalışmalarla (133, 238, 239) örtüşmektedir. Dolayısıyla, inme sonrası dönemde uyumluluğun bazı psikopatoloji alt boyutlarıyla ilişkili bulunması da bu kişilik özelliğinin mental durum ile dolaylı olarak ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda deneyime açıklık kişilik özellikleri alt boyutu ile psikopatolojik semptomlar arasında genel olarak zayıf fakat anlamlı negatif ilişkiler gözlenmiştir. Katılımcıların deneyime açıklık alt boyutundan elde edilen puanları yükseldikçe psikopatolojik semptomlara ait puanlarında düşme olduğu gözlenmiştir. Bu durum, yeni deneyimlere açık kişilerin stresli yaşam olayları karşısında daha esnek ve yaratıcı başa çıkma yolları geliştirebileceği ile açıklanabilir. Ancak bu konuda yürütülen araştırmalar, deneyime açıklık ve psikopatolojik bulgular arasında karmaşık bir ilişki olduğunu göstermektedir (238, 240). Yapılan bir çalışmada deneyime açıklığın stresli yaşam olayları ve depresyon arasındaki ilişkiye kısmen aracılık ettiği bulunmuştur (240). John ve Srivastava (117) da bu kişilik boyutunun psikolojik esneklikle pozitif yönde ilişkili olduğunu belirtmiştir. Kim ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada (6), deneyime açıklık düzeyinin psikolojik yaşam kalitesini etkileyebileceğini, özellikle çevresel koşullarla etkileşiminde önemli rol oynayabileceğini göstermiştir. Bunun yanında, inme sonrası deneyime açıklık özelliğinin

çalışıldığı araştırmalarda anlamlı bulguların elde edilemediği çalışmalar da mevcuttur. (8, 76, 133, 237).

İnme özelinde, deneyime açıklık kişilik özelliği, hastaların yaşadıkları zorlu yaşam olaylarını anlamlandırma, farklı bakış açıları geliştirme ve kendilerini ifade etme konusunda daha yetkin olabilecekleri düşünülmektedir. Ancak inme gibi bilişsel, fiziksel ve duygusal işlevleri etkileyen bir hastalık sonrasında bu özelliklerin etkisi azalabilir ve hasta, bakım desteği, sosyal çevre, rehabilitasyon olanakları gibi çevresel koşullara daha bağımlı hale gelebilir. Çalışmamızda, deneyime açıklık ile psikopatolojik belirtiler arasındaki ilişkilerin genellikle zayıf düzeyde olması ve literatürdeki sonuçların tutarsızlık göstermesi, bu alanda daha kapsamlı, uzunlamasına ve ilişkili diğer faktörleri dikkate alan ileri çalışmalara duyulan ihtiyacı ortaya koymaktadır.

Bu çalışmada, kişilik özellikleri ile psikopatolojik semptomlar arasındaki ilişkiler incelenmiş ve duygusal dengesizlik kişilik özelliğinin psikopatolojik belirtilerle pozitif yönde anlamlı ilişki gösterdiği bulunmuştur. Dışa dönüklük ve deneyime açıklık gibi olumlu kişilik özellikleri ise semptomlarla negatif ilişkiler sergilemiştir. Uyumluluk ve sorumluluk boyutlarında elde edilen bulgular sınırlı düzeyde olmakla birlikte, düşük uyumluluğun bazı psikopatolojik alt boyutlarla ilişkili olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgular, kişilik özelliklerinin psikopatolojik süreçler ile ilişkili olduğunu, hastaların kişilik yapılarının ve özelliklerinin travmatik olaylar karşısında nasıl bir psikolojik tepki vereceğini büyük ölçüde belirleyebileceğini göstermektedir. Ancak elde edilen ilişkilerin bazı boyutlarda zayıf kalması, örneklem özellikleri ve çevresel etkenlerin etkisiyle açıklanabilir. Gelecek araştırmalarda, kişilik özelliklerinin inme sonrası psikolojik uyum sürecindeki rolünü daha kapsamlı biçimde ele alan, uzunlamasına ve çok değişkenli çalışmaların yürütülmesi düşünülebilir.

5.2.2. Başa Çıkma Tutumları ve Psikopatolojik Semptomların İlişkisine Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi

Lazarus ve Folkman tarafından başa çıkma tarzlarının kişinin refahı için önemli olduğu bildirilmiş ve kişilerin yaşamında temel sonuçları belirlediği öne sürülmüştür (135). Çalışmamızın, inme geçirmiş hastaların kullandıkları başa çıkma tutumları ile psikopatolojik semptomlar arasındaki ilişkileri inceleyen analizleri sonucu elde edilen bulguların değerlendirmesi bu bölümde sunulmuştur.

Çalışmamızda da psikopatolojik belirtiler ile başa çıkma tutumlarının yaklaşım ve uyum sağlama alt boyutları arasında orta şiddette negatif, kaçınma ve kendini cezalandırma alt boyutları arasında orta şiddette pozitif ilişki bulunmuştur. Katılımcıların yaklaşma ve uyum sağlama boyutlarına ait puanları yükseldikçe psikopatolojik belirti düzeylerinde düşme, kaçınma ve kendini cezalandırma alt boyutlarına ait puanları yükseldikçe psikopatolojik belirti düzeylerinde yükselme saptanmıştır. Ayrıca analizler sonucunda, başa çıkma tutumlarından kaçınma ve kendine ceza alt boyutları ile somatizasyon, depresyon, anksiyete, kişilerarası duyarlık, öfke/düşmanlık, fobik anksiyete, psikotizm, ek maddeler ve obsesif-kompulsif belirtiler arasında anlamlı ve pozitif yönde ilişkiler bulunmuştur. Bu durum, işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarına ait puanların arttıkça psikopatolojik belirtilerin de artış gösterdiğine işaret etmektedir.

Literatür çalışmaları incelendiğinde, inmeli hastaların hastalıkla baş etme tutumlarını ele alan çalışmaların sayıca az olduğu görülmektedir (11, 153, 159, 160); bu alandaki araştırmaların büyük bölümü, daha çok hastalara bakım veren kişiler üzerine yoğunlaşmıştır (241, 242). Başa çıkma tutumları ile ilgili olarak, kaçınmacı ve içselleştirici başa çıkma stratejilerinin depresif belirtiler ve genel psikolojik bozulma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (149). Çalışmamızda da bu bulgularla paralel olacak şekilde, kaçınma, inkâr, davranışsal geri çekilme ve kendine zarar verme eğilimi gibi işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının kullanımı, kişilerde özellikle ilgi kaybı, umutsuzluk, suçluluk duyguları gibi depresif belirtilerin, gerginlik, panik hissi, huzursuzluk gibi anksiyete semptomlarının, fiziksel şikayetlere aşırı odaklanma ile ilgili somatizasyonun ve paranoid düşüncelerin artmasıyla ilişkili bulunmuştur.

İnme hastalarında olumsuz uyaranlara yoğun tepki verme eğilimini ifade eden zarardan kaçınmanın incelendiği bir çalışmada da bu özelliğin, daha yüksek inme sonrası depresyon oranları ve daha düşük yaşam kalitesini öngördüğü bulunmuştur (243). Ayrıca, düşmanlık ve öfke gibi dışavurumcu semptomlar da işlevsiz başa çıkma biçimleriyle ilişkilidir. Bu durum, Carver ve arkadaşlarının (141) COPE modelinde işlevsiz başa çıkma stratejilerinin psikolojik sağlık üzerinde olumsuz uzun vadeli etkiler yaratabileceği yönündeki açıklamaları ile uyumludur.

Çalışmamızda, yaklaşma ve uyum sağlama başa çıkma alt boyutları ile inme hastalarının psikolojik iyilik halleri arasında negatif ilişki bulunmuştur. Çalışmanın sonuçlarına göre, aktif başa çıkma, planlama, sosyal destek arama, diğer meşguliyetleri

bastırma ile karakterize edilen kendine yardım stratejileri ve duyguları anlamlandırma, pozitif yeniden yorumlama, kabullenme, hedef belirleme ve iyimser olma gibi uyum sağlama stratejileri kullanan hastalarda psikopatolojik semptom düzeyleri anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur. Kişinin yaptığı işe yoğunlaşmasını değerlendiren yaklaşma ve durumun değişmezliğini kabul edip hedef belirlemeyi değerlendiren uyum sağlama alt boyutlarından elde edilen puanlar arttıkça psikopatolojik belirtilerin azaldığı saptanmıştır. Bu bulgu, literatürdeki önceki çalışmalarla tutarlıdır ve inme sonrası iyileşme süreçlerinde aktif ve etkili başa çıkma stratejilerinin önemini vurgulamaktadır (11, 135, 153, 158). Ayrıca, bulgular, Lazarus ve Folkman'ın (135) stresle başa çıkma modelini desteklemektedir; söz konusu modele göre, stresörlere aktif biçimde müdahale etmek ve durumu yeniden anlamlandırmak, psikolojik uyumu artırmaktadır.

Literatürde benzer çalışmalar incelendiğinde de aktif, sorun odaklı başa çıkma tarzları daha iyi yaşam kalitesi ve ruh sağlığı ile ilişkilendirilmiştir. (11, 244). Tersine, pasif ve kaçınmacı başa çıkma tarzları, artan depresyon ve anksiyete de dahil olmak üzere daha kötü psikososyal işleyişi öngördüğü belirtilmiştir (244, 245).

Çalışmamızda, duygu odaklı başa çıkma stratejilerinin ise daha sınırlı etkiler gösterdiği ve psikopatolojik semptomlar ile ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı gözlemlenmiştir. Başa çıkma tutumlarından, kişinin duygularını anlama ve ifade etmek için zaman ayırması, duygusal destek arayışı ile ilgili değerlendirmede bulunan kendine yardım alt boyutu ile psikopatolojik semptomları arasında ilişki bulunamamıştır.

Çalışmalarda, başa çıkma tutumlarını değerlendiren ölçüm araçlarının farklı alt boyutlara sahip olması çalışmalar arası değerlendirme ve karşılaştırmaları güçleştirmektedir. Sonuç olarak, çalışmamızın bulguları, psikopatolojik semptomların başa çıkma tarzlarına duyarlı olduğunu inme geçirmiş bireylerin başa çıkma stratejilerinin, psikolojik iyilik halleri ile ilişkili olduğunu göstermiştir. İşlevsel başa çıkma yolları, psikopatolojik belirtilerin azalması ile ilişkili iken uyumsuz başa çıkma tutumları bu belirtilerin artması ile bağlantısı bulunmaktadır. Özellikle inme sonrası dönemde bireylerin yaşadığı bedensel işlev kaybı, bağımsızlık yitimi ve sosyal rollerin değişimi gibi stresörler, etkili başa çıkma yöntemlerinin yokluğunda psikolojik sağlığı daha da kırılgan hale getirebilmektedir. Bu bulgular, başa çıkma tutumlarının inme sonrası psikososyal müdahalelerde dikkate alınması gerektiğini ve hastalara uygun başa çıkma becerilerinin kazandırılmasının önemini ortaya koymaktadır.

5.2.3. Hastalık Algısı ve Psikopatolojik Semptomların İlişkisine Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi

Çalışmanın inme geçirmiş hastalara ait hastalık algısı ile psikopatolojik semptomlar arasındaki ilişkileri inceleyen analizleri sonucu elde edilen bulgular ve değerlendirmeler bu bölümde sunulmuştur. Çalışmada elde edilen bulgular, hastalık algısı boyutları ile hem kişilik özellikleri hem de psikopatolojik belirtiler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgular, hem teorik çerçevede yer verilen Hastalık Temsili Modeli (164) hem de hastalık ve psikopatoloji arasındaki etkileşimi açıklayan çok sayıda çalışmanın bulguları ile tutarlılık göstermektedir (13, 246, 247, 248).

Hastalığın süresine ilişkin değerlendirmeler, inme iyileşmesinde ve tedavi sonuçlarında önemli bir rol oynamaktadır. Hastalığın uzun süreli ve tekrarlayıcı olduğu algısı, bireyde umutsuzluk ve çaresizlik gibi olumsuz duygulanımı artırarak psikopatolojik belirtilerin gelişmesine zemin hazırlayabilir. Çalışmada, hastalığının süresine ilişkin alt boyut ile psikopatolojik belirtiler arasında pozitif ilişki elde edilmiş olup, hastalığın kronik olarak algılandığı durumda depresyon ve ek maddeler başta olmak üzere psikopatolojik belirtilerin varlığı ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda elde ettiğimiz bu bulgu, Dickens ve arkadaşlarının yürüttüğü ve kalp hastalıklarının uzun süreli ve tedavi edilemez olduğunu düşünen miyokard enfarktüsü hastalarının depresyon geliştirme olasılığı daha yüksek bulunduğu çalışmanın bulguları ile örtüşmektedir (249). İnme hastalarının hastalık algılarının zaman içinde değiştiği ve olumsuz hastalık algıları ve beklentilerine sahip hastaların hastalığın ileri evrelerinde depresif semptomlar yaşama olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (177). Çalışmamızda, kronik inmeli hastaların verileri incelenmiş olup uzunlamasına yürütülecek çalışmalarda algı ve beklentilerin süreç içerisindeki değişimi sonraki çalışmalarda araştırılabilir. İnme özelinde, hastalık sonrası hastaların yaşamımın geri kalan süresini hastalıkla geçireceği ya da hastalığın uzun süreceği düşünceleri inmenin kronik ve kalıcı etkilerine dair algının güçlü olduğunu ve bu durumun hastada umutsuzluk, çaresizlik gibi olumsuz duyguları ile bağlantılı olabileceğini göstermektedir.

Hastalığa ilişkin algılamalarla ilgili olarak hastanın, inme hastalığının fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevselliği üzerindeki etkilerine dair inançlarını değerlendiren sonuçlar alt boyutu, psikopatolojik belirtilerle pozitif korelasyon göstermiştir. Çalışmamızda elde

edilen bu bulgu, hastalarda hastalığın olumsuz sonuçlara neden olduğuna olan inancın yüksek olması psikopatolojik belirtilerin varlığı ile ilişkilendirilmiştir (173, 177).

Hastalık algısının sonuçlar boyutu ile psikopatolojik semptomlar arasında bulunan pozitif yöndeki anlamlı ilişki, hastanın hastalığının yaşamına olan etkisini ne denli olumsuz ve yıkıcı olarak gördüğünün, depresyon, anksiyete gibi semptomlarla ilişkili olabileceğini göstermektedir (248). Bu, inme gibi fonksiyonel kayıplar yaratabilen bir hastalığın, kişinin sosyal rolleri ve yaşam kalitesi üzerinde yarattığı etkinin psikolojik yükü ile bağlantılı olabileceğini göstermektedir. İnme sonrası depresyonun incelediği bir çalışmada da, hastalığın etkisinin olumsuz algılanmasının depresif belirtileri öngördüğü belirtilmiştir (250).

Hastalık algısının hastalığı anlayabilme alt boyutu, hastanın hastalığı kavrama durumlarını göstermektedir; bu alt boyuttan alınan yüksek puanlar hastanın durumunu daha iyi anladığını göstermektedir. Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgulara göre hastalığı anlayabilme alt boyutundan alınan puanlar yükseldikçe psikopatolojik belirtilerin düzeyi azalmıştır; değişkenler arasında negatif ilişki bulunmuştur. Çalışmamızda elde edilen bu bulgu, hastalarda hastalığı anlamanın ve hastalık algısı alt boyutundaki yüksek puanların daha düşük psikopatolojik semptomlarla ilişkili olduğunu ortaya koyan çalışmaların sonuçları ile örtüşmektedir (13, 251).

Diğer yandan, kişisel kontrol ve tedaviye ilişkin kontrol algılarının düşük psikopatolojik belirti düzeyleri ile ilişkili olması, bireyin hastalığı ve tedavi üzerinde bir kontrol hissine sahip olmasının koruyucu bir faktör işlevi gördüğünü ortaya koymaktadır (251, 252). Hagger ve Orbell tarafından yürütülen meta analiz çalışmasında (246), hastalıkla yüksek kontrol algısının daha iyi psikolojik uyumla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular, Bandura'nın öz yeterlik kuramı (180) ile ilişkili olup kişi kendini hastalık ve tedavi sürecinde etkili olarak gördüğünde stresle daha başarılı şekilde başa çıkabilmektedir ve daha az psikolojik sorun yaşamaktadır.

Son olarak, hastanın hastalığıyla ilgili endişe ve duygusal tepkilerini ölçen duygusal temsiller alt boyutunun genel psikopatolojik belirtiler dışında depresyon, anksiyete, obsesif-kompulsif belirtiler ile pozitif yönde ilişkili bulunması, bireylerin hastalığına yüklediği duygusal anlamların psikolojik sağlık durumları ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Hastaların hastalıkla ilgili duygusal tepkileri arttıkça psikopatolojik belirtilerinde de artış gözlenmiştir (251). Bu bulgular, kronik hastalığı olan ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve

duygusal semptomlar arasındaki ilişkiyi değerlendiren ve yüksek duygusal temsil düzeylerinin artmış duygusal semptomlarla ilişkili olduğunu ortaya koyan çalışmanın bulguları ile paralellik göstermektedir. (252). Bu çalışmada, hastalığın duygusal temsilleri, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik semptomlarla pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Benzer şekilde, hastalık algıları, özellikle de kontrol ve sonuç algıları, başa çıkma stratejileri ve psikolojik iyi oluş ile önemli ölçüde ilişkilendirilmiştir (246).

Sonuç olarak, bu çalışmanın bulguları, hastalık algısının bireyin psikopatolojik belirtileri ve psikolojik iyilik hali ile ilişkili olabileceğini ortaya koymaktadır. Buna karşılık, daha olumlu hastalık temsilleri geliştirilmesi, bireyin kontrol algısının desteklenmesi ve psikoeğitim programları ile duygusal temsillerin yapılandırılması, özellikle inme hastalarında psikolojik sağlığının korunması açısından önemli müdahale alanları olabileceği düşünülmektedir.

5.2.4. Öz Yeterlik ve Psikopatolojik Semptomların İlişkisine Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi

Benight ve Bandura, travmatik yaşam olaylarının ardından yüksek öz yeterlik inancına sahip bireylerin daha düşük travma sonrası stres belirtileri ve depresyon yaşadığını göstermiştir (182). Araştırmalar da travmatik olayların ardından öz yeterliliğin travma sonrası stres ve depresyona karşı koruyucu rolünü tutarlı bir şekilde ortaya koymaktadır (253). İnme sonrası öz yeterliliğin psikopatoloji ile ilişkisi incelendiğinde uluslararası çalışmaların var olduğu ancak ülkemizde bu konuya dair çalışmaların kısıtlı olduğu bulunmuştur.

Çalışmada, inme hastalarının öz yeterlik düzeyleri ile genel psikopatolojik semptomlar arasındaki ilişki incelendiğinde, Öz Yeterlik Ölçeği'nin alt boyutları olan aktivite ve öz yönetim ile SCL-90 Belirti Tarama Listesi'nin genel değerlendirme puanı arasında anlamlı düzeyde orta düzeyde negatif ilişkiler olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum, öz yeterlik düzeyi yüksek olan hastaların genel psikolojik semptom düzeylerinin daha düşük olduğunu göstermektedir. Özellikle, öz yönetim alt boyutu ile genel psikopatolojik belirtiler arasındaki daha güçlü negatif korelasyon, bireyin kendi davranışlarını, düşüncelerini ve duygularını düzenleyebilme kapasitesinin, psikolojik sağlığı ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgular, inme sonrası öz yeterlik düzeyleri ve psikopatolojik bulguların ilişkili olduğunu göstermektedir.

Hastaların genel psikopatolojik belirti düzeylerinin yanı sıra alt boyutlarına ait belirti düzeyleri incelendiğinde tüm alt boyutların öz yeterlik düzeyi ile zayıf ya da orta düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür. Özellikle somatizasyon, depresyon ve anksiyete alt boyutları ile olan orta düzeydeki ilişkiler, inme sonrası hastaların hem fiziksel kısıtlılıkları hem de yaşamlarındaki kontrolünün azalmasıyla birlikte yaşadıkları zorlanmalar ile ilişkili olarak düşünülmüştür. Depresyon ve öz yeterlik alt boyutları arasındaki orta düzeyde negatif korelasyon, literatürde sıkça vurgulanan inme sonrası depresyon riskine de dikkat çekmektedir (15, 188, 190, 191).

Yapılan bazı araştırmalar da öz yeterlik ve psikopatolojik belirtiler arasındaki bu ilişkiyi desteklemektedir. Yapılan bir çalışmada, kronik hastalıkların üzüntü, öfke, çaresizlik ve sosyal izolasyon gibi çeşitli psikososyal sorunlara yol açabildiği ve hem fizyolojik hem de psikososyal sorunları ele alan kapsamlı bir bakım gerektirdiği (254) belirtilmiş olup kronik kalp yetmezliği hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada, algılanan öz yeterlilik ile depresif semptomlar arasında anlamlı bir ters ilişki bulunmuştur (255). Benzer şekilde, Tip-2 diyabet hastalarında öz yeterlilik, anksiyete ve depresyon ile negatif korelasyon göstermiştir (256). Sonuç olarak, kronik hastalığı olan kişilerde öz yeterliğin psikopatolojik belirtilerle negatif ilişkili olduğunu, öz yeterliği yüksek kişilerin daha az psikopatolojik semptom gösterdiği bildirilmiştir.

İnme hastalarıyla yapılan çalışmalarda da öz yeterliği yüksek kişilerin günlük yaşam aktivitelerini daha bağımsız sürdürebildiği ve depresyon, kaygı gibi psikolojik sorunları daha az yaşadığı saptanmıştır (190). Korpershoek ve arkadaşlarının yürüttüğü sistematik derleme çalışmasında, inme sonrası öz yeterliğin, sadece bireyin psikolojik durumu değil, aynı zamanda sosyal katılımı ve bağımsız yaşama becerileri üzerinde de olumlu etkileri olduğu ifade edilmiştir (190). Bunun yanında, daha yüksek öz yeterlilik, günlük yaşam aktivitelerinde daha fazla bağımsızlık ve daha yüksek fonksiyonel iyileşme ile ilişkilendirilmiştir (257, 258). Öz yeterlilik, algılanan sosyal destek ve inme öncesi depresyonun olmaması ile birlikte, inme sonrası depresif semptomlara karşı koruyucu bir faktör olarak işlev gördüğü bildirilmiştir (191). Öz yeterlilik, algılanan sosyal destek ve inme öncesi depresyonun olmaması ile birlikte, inme sonrası depresif semptomlara karşı koruyucu bir faktör olarak işlev gördüğü bildirilmiştir. (191). Yine, öz etkililik düzeyi yüksek olan inme hastalarında, depresif semptomların azaldığı bildirilmiştir (188). Çalışmalardan elde edilen bu sonuçlar, tez çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlarla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızla benzer sonuçların elde edildiği, alan yazında incelen bir diğer çalışmada, öz yeterlik düzeyi yüksek olan inme hastalarının daha az anksiyete ve depresyon bildirdikleri, bunun yanı sıra yüksek öz yeterlik düzeyleri hastaların yaşam kalitesi, günlük yaşam aktiviteleri ve fiziksel işlevselliğini olumlu etkilediğini belirtmiştir (15). Çalışmada ayrıca hastalık sonrasında öz yeterliliğin başarılı bir şekilde sağlandığı hastalarda depresif belirtilerin daha az olduğu bildirilmiştir.

Silva ve arkadaşları, inme sonrası gelişen depresyonun hastaların iyileşme sürecini yavaşlattığını ve rehabilitasyon sürecine katılımı azalttığını bildirmiştir (259). Bu nedenle, psikopatolojik semptomların önlenmesinde ya da etkilerinin azaltılmasında öz yeterlik düzeyinin artırılması önemli bir müdahale alanı olabilir. Bu çalışma da inme sonrası hastaların yaşadığı işlev kaybı, bağımlılık duygusu ve sosyal izolasyon gibi etkenlerin, öz yeterliğin azalmasına ve dolayısıyla psikolojik semptomların artmasına neden olabileceği psikolojik iyilik hali ile ilişkili bir faktör olabileceğini ortaya koymaktadır. Rehabilitasyon sürecinde öz yeterliğin artırılmasına yönelik yapılandırılmış psikoeğitim, danışmanlık ve grup temelli müdahalelerin uygulanması hem psikolojik semptomların azaltılmasına hem de bireyin aktif yaşamına daha hızlı dönmesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Robinson-Smith ve arkadaşları tarafından yürütülen boylamsal çalışmada (260) inme hastalarının öz bakım öz yeterliliği inme sonrası fonksiyonel bağımsızlık, yaşam kalitesi ve depresyon ile güçlü bir ilişkilendirilmiştir, hastaların depresyon düzeyi ise zaman içerisinde azalmıştır. Çalışmamızda da akut dönemde olmayan inme hastalarının hem psikopatolojik belirti düzeyleri hem de somatizasyon ve depresyon gibi alt boyutlarına ait ilişkiler bu çalışmanın bulguları ile örtüşmektedir.

Çalışmamızda kullandığımız öz yeterlik ölçeği, hastaların günlük yaşam aktivitelerinde ne ölçüde bağımsız hareket edebildiklerini ve inme sonrası yaşadıkları işlev kayıplarına rağmen kendi yaşamlarını ne ölçüde sürdürebildiklerini değerlendirmeye yöneliktir. Hastaların hareketlerindeki bağımsızlığı, temel fiziksel işlevlerini gerçekleştirme konusundaki güvenleri, iyileşme sürecine dair motivasyon ve sorumluluk duyguları değerlendirilmiştir. Ayrıca inmeden dolayı bazı faaliyetleri yapamamanın verdiği hayal kırıklığı ile başa çıkma gibi hastaların duygusal başa çıkma becerileri ve psikolojik dayanıklılığı değerlendirilmiştir. Bu maddeler, öz yeterliğin sadece fiziksel becerilerle değil, aynı zamanda bireyin duygusal ve bilişsel kaynaklarını kullanarak yaşadığı zorluklarla başa çıkma gücünü de kapsadığını göstermektedir. Dolayısıyla, öz yeterlik düzeyinin yüksek

olması hem fiziksel hem de psikolojik olarak hastaların daha sağlıklı ve bağımsız bir yaşam sürdürmesine olanak sağlayarak, psikopatolojik semptomların düzeyi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak, çalışmanın bulguları, inme hastalarının psikopatolojik belirtilerinin yönetilmesinde öz yeterliğin ilişkili bir faktör olabileceğini göstermektedir. Hastaların psikolojik durumlarını iyileştirmek için inme rehabilitasyon programlarına öz yeterlilik geliştirme stratejilerinin dahil edilmesinin önemli olabileceği düşünülmektedir. Klinik uygulamalarda bireylerin öz yeterlik düzeylerinin değerlendirilmesi, öz yeterlilik davranışlarının teşvik edilmesi ve artırılmasına yönelik müdahalelerin planlanması ve bu alanlarda yapılacak çalışmalar ruhsal iyilik halinin desteklenmesinde etkili olabilecektir.

5.3. ÇALIŞMANIN ÖLÇÜM ARAÇLARININ PSİKOPATOLOJİK SEMPTOMLARI YORDAYICI ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mevcut çalışmada, kişilik özellikleri, başa çıkma tutumları, öz yeterlik ve hastalık algısının psikopatolojik belirtiler üzerindeki yordayıcı etkilerini belirlemek amacıyla çok değişkenli aşamalı regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Aşamalı regresyon analizleri sonucunda, psikopatolojik belirtilerin yordanmasında anlamlı katkı sağlayan değişkenler etki sırasına göre belirlenmiştir. Model kapsamında toplam üç değişkenin psikopatolojik belirti düzeylerini anlamlı biçimde yordadığı saptanmıştır. Elde edilen bulgular, inme hastalarının psikolojik belirti düzeylerinin açıklanmasında kişilik özellikleri ve başa çıkma örüntülerinin önemli rol oynadığını ortaya koymaktadır.

Regresyon modeline birinci aşamada dahil edilen kişilik özelliklerinden duygusal dengesizlik alt boyutu, psikopatolojik belirtileri anlamlı düzeyde yordayan en güçlü değişken olarak belirlenmiştir. Bu bulgu, hastaların duygusal yönden ne ölçüde dengeli olduklarının psikolojik belirti düzeylerini etkilediğini göstermektedir. Duygusal dengesizlik, stres karşısında kırılganlık, olumsuz duygulara yatkınlık ve olumsuz yaşam olaylarına karşı aşırı duyarlılık gibi eğilimleri barındırmaktadır. Bu kişilik özelliği, inme sonrası dönemde anksiyete ve depresyon gibi psikopatolojik belirtilerin artmasına zemin hazırlayabilmektedir. Bu durum, duygusal dengesizlik boyutunun anksiyete, depresyon başta olmak üzere psikopatolojik belirtiler ile olan korelasyona ilişkin literatür bulgularıyla uyumludur (14, 76, 130, 131, 133, 227). Bulgular, inme hastalarının duygusal dengesizlik düzeylerinin psikopatolojik belirtilerini büyük ölçüde etkilediğini ortaya koymaktadır.

Duygusal dengesizlik, stres karşısında kırılganlık, olumsuz duygulara yatkınlık ve negatif yaşam olaylarına karşı aşırı duyarlılık gibi eğilimleri barındırmaktadır. Bu kişilik özelliği, inme sonrası dönemde anksiyete ve depresyon gibi psikopatolojik belirtilerin artmasına zemin hazırlayabilmektedir.

Regresyon modeline ikinci aşamada, başa çıkma tutumlarından kendini cezalandırma alt boyutu eklenmiş ve bu değişkenin de psikopatolojik belirtileri anlamlı şekilde yordadığı görülmüştür. Kendini cezalandırma, stresli yaşam olayları karşısında kişilerin kendisini suçlama, kötümserlik ve kendine odaklı takıntılı düşünce biçimlerine yönelmesiyle karakterize edilir. Bu tür başa çıkma tarzları, kişinin stresle etkili bir şekilde baş etmesini engelleyerek psikolojik semptomların artmasına sebep olabilmektedir. Bu bulgu, işlevsel olmayan başa çıkma stratejilerinin psikopatoloji riskini artırdığına işaret eden araştırmalarla örtüşmektedir (200, 261). Bu bağlamda inme geçirmiş hastaların içselleştirilmiş olumsuz bilişsel değerlendirmeler aracılığıyla psikopatolojik risklerinin artabileceğini göstermektedir.

Üçüncü aşamada regresyon modeline dahil edilen yaklaşma başa çıkma tutumu ise psikopatolojik belirti düzeylerini negatif yönde yordamaktadır. Yaklaşma, kişinin stres veren olaylarla doğrudan yüzleşme, problem çözmeye yönelik davranışlarda bulunma ve aktif başa çıkma yollarını kullanma eğilimini yansıtır ve bu alt boyut, daha işlevsel ve problem çözmeye yönelik bir başa çıkma tarzı olarak kabul edilir. Elde edilen sonuç, yaklaşma düzeyi yüksek olan bireylerin daha düşük düzeyde psikopatolojik belirti gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bu bulgu, problem odaklı ve aktif başa çıkma tutumlarının psikolojik dayanıklılık üzerindeki koruyucu etkisine ilişkin bulgularla örtüşmektedir (153, 157).

Modelin açıklayıcılığı değerlendirildiğinde, psikopatolojik belirti düzeylerinin büyük bir kısmının duygusal dengesizlik değişkeni tarafından açıklandığı görülmektedir. Buna ek olarak, kendini cezalandırma değişkeni modele anlamlı bir katkı sağlamış ve açıklayıcılığı artırmıştır. Son olarak, yaklaşma başa çıkma tutumu da modele olumlu katkıda bulunarak açıklayıcılığı daha da güçlendirmiştir. Elde edilen bu sonuçlar, inme hastalarının psikopatolojik belirti düzeylerinin sadece semptom düzeyinde değil, aynı zamanda kişilik yapıları ve başa çıkma örüntüleri bağlamında değerlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Bu bağlamda, kişinin yaşadığı nörolojik hasarın ötesinde, psikososyal faktörlerin de klinik değerlendirme süreçlerine entegre edilmesi gerektiği anlaşılmaktadır.

Sonuç olarak, bu çalışma, duygusal dengesizlik başta olmak üzere kişilik özellikleri ve başa çıkma stillerinin inme sonrası psikopatolojik belirtiler üzerindeki belirleyici etkisini ortaya koymuştur. Düşük duygusal denge, içe dönük ve kendini suçlayıcı başa çıkma tarzları, bireyin psikolojik iyilik halini olumsuz etkilemektedir. Buna karşılık, yaklaşma başa çıkma gibi aktif ve işlevsel stratejiler, psikopatolojik belirtileri azaltmada koruyucu bir rol oynamaktadır. Bulgular, inme sonrası bireylerin psikolojik sağlığını desteklemek adına bütüncül müdahalelerin önemini vurgulamaktadır. Psikososyal destek programlarının bireyin kişilik yapısını, başa çıkma eğilimlerini ve bilişsel değerlendirmelerini dikkate alarak yapılandırılması, daha etkili sonuçlar elde edilmesine katkı sağlayacaktır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırma bulguları genel bir çerçevede özetlenerek elde edilen sonuçlar doğrultusunda çalışmanın sınırlılıkları açıklanmış ve gelecekte yapılacak araştırmalara yönelik öneriler sunulmuştur. Araştırmanın kapsamı, örneklem özellikleri ve kullanılan ölçme araçlarının olası etkileri değerlendirilerek çalışma bulgularının genellenebilirliği konusunda yorumda bulunulmuştur. Bunun yanı sıra, elde edilen bulguların mevcut literatüre katkısı değerlendirilmiş ve benzer konularda yapılacak gelecek araştırmalara yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Çalışmamızda inme sonrası hastalarda kişilik özellikleri, başa çıkma tutumları, hastalık algısı ve öz yeterlik düzeylerinin psikopatolojik semptomlarla olan ilişkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Elde edilen bulgular, alanyazındaki mevcut çalışmalarla büyük ölçüde paralel sonuçlar ortaya koymuştur. Çalışmanın bir diğer amacı, kişilik özellikleri, başa çıkma tutumları, öz yeterlik ve hastalık algısı değişkenlerinin psikopatolojik belirtileri hangi yollarla etkilediğini açıklamaktır. Ayrıca, çalışmada bu psikolojik değişkenlerin bazı sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği de analiz edilmiştir.

Çalışmada, duygusal dengesizlik kişilik özelliği ile psikopatolojik belirtiler arasında anlamlı pozitif ilişki bulunurken dışa dönüklük ve deneyime açıklık kişilik özelliği ile psikopatolojik belirtiler arasında anlamlı negatif ilişki bulunmuştur. Bu bulguların yanı sıra, sorumluluk ve uyumluluk kişilik özellikleri ile psikopatolojik belirtiler arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Başa çıkma tutumları ile psikopatolojik belirtiler arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, problem odaklı başa çıkma tutumlarından yaklaşım ve uyum sağlama ile psikopatolojik belirtiler arasında anlamlı negatif ilişki bulunurken işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarından kaçınma ve kendini cezalandırma ile psikopatolojik belirtiler arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur. Kendine yardım başa çıkma tutumu ile psikopatolojik belirtiler arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Hastalık algısı ile psikopatolojik belirtiler arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, süre (akut/kronik), süre (döngüsel), sonuçlar ve duygusal temsiller ile psikopatolojik belirtiler arasında anlamlı pozitif ilişki bulunurken kişisel kontrol, tedavi kontrolü ve hastalığı

anlayabilme alt boyutları ile psikopatolojik belirtiler arasında anlamlı negatif ilişki bulunmuştur.

Öz yeterlik ile psikopatolojik belirtiler arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, aktivite ve öz yönetim ile psikopatolojik belirtiler arasında anlamlı negatif ilişki bulunmuştur.

Çalışmanın bulguları cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğinde, erkek katılımcıların duygusal denge, deneyime açıklık, kendine yardım, duygusal temsiller ve SCL-90 genel değerlendirme puanları kadınlara göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur.

Katılımcıların geçirmiş oldukları inme tipine göre veriler değerlendirildiğinde, iskemik inme tanılı hastaların, dışa dönüklük, deneyime açıklık, kendine yardım, yaklaşım, öz yönetim, kişisel kontrol ve hastalığı anlayabilme düzeyleri hemorajik inme tanılı hastalara göre anlamlı düzeyde daha düşük, kaçınma, süre (akut/kronik) ve süre (döngüsel) puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Çalışmanın bulguları katılımcıların inme sonucu etkilenen hemisfere göre incelendiğinde, sağ hemisfer tutulumu olan hastalara ait kaçınma düzeyi sol hemisfer tutulumu olan hastalara göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuşken uyum sağlama ve öz yönetim düzeyleri anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Son olarak, duygusal dengesizlik ve kendini cezalandırma değişkenleri psikopatolojik belirtileri pozitif yönde, yaklaşma alt boyutu ise psikopatolojik belirtileri negatif yönde yordamaktadır.

Çalışmada birçok anlamlı bulgu elde edilmiş olsa da çalışmanın bazı sınırlılıkları da vardır. Katılımcı sayısının sınırlı olması sonuçlarda istatistiksel sapma riskini arttırmakta ve daha geniş inme örneklemine genellenebilirliğini azaltmaktadır. Araştırmanın yalnızca belirli bir hastanede yürütülmüş olması, sonuçların farklı coğrafi ve sosyoekonomik koşullardaki hasta gruplarına genellenmesini kısıtlamaktadır. Ayrıca, afazi, ciddi görme ya da işitme sorunları yaşayan hastaların çalışmaya dahil edilmemesi, araştırmanın yalnızca belirli bir hastanede yürütülmüş olması, sonuçların farklı coğrafi ve sosyoekonomik koşullardaki hasta gruplarına genellenmesini kısıtlamaktadır. Kişilik özellikleri, baş çıkma tutumları, hastalık algısı ve öz yeterlik ile psikopatolojik belirtilerin öz bildirim temelli ölçme araçlarıyla değerlendirilmiş olması, çalışmanın diğer sınırlılıkları arasındadır.

Belirtilen sınırlılıklara ek olarak, çalışmada psikopatoloji ile ilişkili olabilecek potansiyel değişkenler yer almamaktadır. Hastaların sosyal destek düzeyleri, yaşam kalitesi, bilişsel ve fiziksel işlevsellik, uyku kalitesi, yorgunluk, inme lokalizasyonu, sosyal izolasyon gibi birçok faktör psikopatoloji ile ilişkili olmasına rağmen bu çalışmada değerlendirilmemiştir. Bu değişkenlerin eksikliği, çalışmanın bütüncül bir psikopatoloji değerlendirmesi sunmasını sınırlamaktadır. Son olarak, hastaların premorbid (inme öncesi) kişilik özellikleri ya da işlevsellik düzeyleri hakkında bilgi sahibi olunamaması da bulguların yorumlanmasında kısıtlayıcı bir faktör olarak değerlendirilmelidir.

Gelecekteki araştırmalar, bu çalışmanın kısıtlamalarını dikkate alarak daha geniş örneklem grupları, farklı coğrafi alanlardan ve sosyoekonomik seviyelerden hasta gruplarını kapsayan çok merkezli araştırmalar, elde edilen sonuçların genellenme olasılığını yükseltecektir. Bunların yanı sıra, sadece öz bildirim yöntemlerine dayanmayan, klinik değerlendirmeler ve gözlem yöntemleriyle güçlendirilmiş çok yönlü veri toplama yöntemleri, daha güvenilir ve nesnel sonuçların elde edilmesine yardımcı olabilir. Gelecek araştırmalarda, inme hastalarının psikopatolojik düzeyleri ile ilişkili olabileceği düşünülen diğer değişkenlerin de modele eklenmesi, inmeden sonraki psikolojik uyumun daha derinlemesine anlaşılmasına fırsat verecektir. Ayrıca, hastaların premorbid özellikleri ve işlevsellik düzeylerinin incelenmesi, inme sonrası yaşanan psikolojik sürecin daha doğru bir şekilde anlaşılmasına yardımcı olabilir. Bu yönde, boylamsal çalışmalar aracılığıyla zamanla değişen psikolojik unsurların ve psikopatolojik belirtilerin takip edilmesi, nedensel ilişkilerin belirlenmesi ve anlaşılmasına katkı sağlayacaktır.

Kısıtlarına rağmen bu çalışma, inme sonrası gelişen psikopatolojik belirtileri anlamada kişilik özellikleri, başa çıkma tutumları, hastalık algısı ve öz yeterlik düzeylerinin birlikte ele alınarak incelendiği bütüncül yaklaşımıyla alanyazına özgün bir katkı sunmaktadır. Araştırma, özellikle inme sonrası psikolojik uyum sürecine etki eden çoklu psikolojik değişkenlerin bir arada değerlendirilmesi bakımından literatürdeki sınırlı sayıdaki çalışmadan biri olması yönüyle önemlidir. Elde edilen bulgular, klinik uygulamalarda yol gösterici nitelikte olup özellikle duygusal dengesizlik ve kendini cezalandırma gibi kişilik ve başa çıkma tutumlarının psikopatoloji açısından risk faktörleri olarak belirlenmesi, bu alanlarda müdahale gerekliliğini ortaya koymaktadır. Benzer şekilde, yaklaşım odaklı başa

çıkma stratejileri, öz yeterlik ve olumlu hastalık algısı bileşenlerinin koruyucu etkiye sahip olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular, psikolojik destek programlarının kişiselleştirilmesi, erken dönem psikoeğitimlerin yaygınlaştırılması ve inme sonrası psikolojik taramaların rutin klinik uygulamalara entegre edilmesi açısından önemli bir temel sağlamaktadır. Çalışma, sadece kuramsal bir çerçeve sunmakla kalmayıp, klinik karar süreçlerine katkı sağlayabilecek ölçüde uygulanabilir sonuçlar üretmesi bakımından özgün ve değerli bir araştırmadır.

KAYNAKLAR

1. Katan, M., & Luft, A. (2018, April). Global burden of stroke. In *Seminars in neurology* (Vol. 38, No. 02, pp. 208-211). Thieme Medical Publishers.
2. Sasikumar, S., & Pikula, A. (2018). Psychosocial needs and occupational functioning of younger adults after stroke. *EC Neurology, 10*(2), 34–47.
3. Egan, M., Davis, C. G., Dubouloz, C. J., Kessler, D., & Kubina, L. A. (2014). Participation and well-being poststroke: Evidence of reciprocal effects. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 95*(2), 262–268. *https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.08.013*
4. Ezema, C. I., Akusoba, P. C., Nweke, M. C., Uchewoke, C. U., Agono, J., & Usoro, G. (2019). Influence of post-stroke depression on functional independence in activities of daily living. *Ethiopian Journal of Health Sciences, 29*(1), 841–846. https://doi.org/10.4314/ejhs.v29i1.5
5. Knapp, P., Campbell Burton, C. A., Holmes, J., Murray, J., Gillespie, D., Lightbody, C. E., Watkins, C. L., Chun, H. Y. Y., & Lewis, S. R. (2017). Interventions for treating anxiety after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017*(5), CD008860. https://doi.org/10.1002/14651858.CD008860.pub3
6. Kim, S. Y., Kim, J. M., Stewart, R., Kang, H. J., Kim, S. W., Shin, I. S., Kim, H., & Yoon, J. S. (2013). Influences of personality traits on quality of life after stroke. *European Neurology, 69*(3), 185–192. https://doi.org/10.1159/000345699
7. Minshall, C., Ski, C. F., Apputhurai, P., Thompson, D. R., Castle, D. J., Jenkins, Z., & Knowles, S. R. (2021). Exploring the impact of illness perceptions, self-efficacy, coping strategies, and psychological distress on quality of life in a post-stroke cohort. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 28*(1), 174–180. *https://doi.org/10.1007/s10880-020-09700-0*
8. Dwan, T., & Ownsworth, T. (2019). The Big Five personality factors and psychological well-being following stroke: A systematic review. *Disability and Rehabilitation, 41*(10), 1119–1130. https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1419382
9. Dančová, K., Turzáková, J., Baňasová, K., & Romanová, M. (2019). How do personality characteristics influence recovery after stroke? A literature review. *Pomáhajúce profesie, 2*(1), 17–29. *https://doi.org/10.17846/pp.2019.2.1.17-29*
10. Greenop, K. R., Almeida, O. P., Hankey, G. J., Van Bockxmeer, F., & Lautenschlager, N. T. (2009). Premorbid personality traits are associated with post-stroke behavioral and psychological symptoms: A three-month follow-up study in Perth, Western Australia. *International Psychogeriatrics, 21*(6), 1063–1071. https://doi.org/10.1017/S1041610209990457
11. Lo Buono, V., Corallo, F., Bramanti, P., & Marino, S. (2017). Coping strategies and health-related quality of life after stroke. *Journal of Health Psychology, 22*(1), 16–28. *https://doi.org/10.1177/1359105315595117*
12. Tramonti, F., Fanciullacci, C., Giunti, G., Rossi, B., & Chisari, C. (2014). Functional status and quality of life of stroke survivors undergoing rehabilitation programmes in a hospital setting. *NeuroRehabilitation, 35*(1), 1–7. https://doi.org/10.3233/NRE-141092
13. Aujla, N., Walker, M., Vedhara, K., & Sprigg, N. (2019). The relationship between patients' illness beliefs and recovery after stroke. *Psychology, Health & Medicine, 24*(5), 551–558. *https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1557712*
14. van Mierlo, M. L., Van Heugten, C. M., Post, M. W. M., De Kort, P. L. M., & Visser-Meily, J. M. A. (2015). Life satisfaction post stroke: The role of illness cognitions. *Journal of Psychosomatic Research, 79*(2), 137–142. *https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.05.007*
15. Jones, F., & Riazi, A. (2011). Self-efficacy and self-management after stroke: A systematic review. *Disability and Rehabilitation, 33*(10), 797–810. *https://doi.org/10.3109/09638288.2010.511415*
16. Wijenberg, M. L., Van Heugten, C. M., Van Mierlo, M. L., Visser-Meily, J. M., & Post, M. W. (2019). Psychological factors after stroke: Are they stable over time? *Journal of Rehabilitation Medicine, 51*(1), 18–25. *https://doi.org/10.2340/16501977-2688*
17. Aho, K., Harmsen, P., Hatano, S., Marquardsen, J., Smirnov, V. E., & Strasser, T. (1980). Cerebrovascular disease in the community: Results of a WHO collaborative study. *Bulletin of the World Health Organization, 58*(1), 113–130.
18. Sacco, R. L., Kasner, S. E., Broderick, J. P., Caplan, L. R., Connors, J. J., Culebras, A., et al. (2013). An updated definition of stroke for the 21st century: A statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke, 44*(7), 2064–2089. https://doi.org/10.1161/STR.0b013e318296aeca
19. World Health Organization (WHO). (2018) Global health estimates: Leading causes of death. *Bulletin of the World Health Organization, 96*(3), 166–174.
20. Del Zoppo, G. J. (2006). Stroke and neurovascular protection. *The New England journal of medicine*, *354*(6), 553-555. https://doi.org/10.1056/NEJMP058312

21. Chen, P. H., Gao, S., Wang, Y. J., Xu, A. D., Li, Y. S., & Wang, D. (2012). Classifying ischemic stroke, from TOAST to CISS. *CNS Neuroscience & Therapeutics, 18*(6), 452–456. https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2011.00292.x
22. Parmar, P. (2018). Stroke: Classification and diagnosis. *Pharmaceutical Journal, 10*(1).
23. Fan, J., Li, X., Yu, X., Liu, Z., Jiang, Y., Fang, Y., ... & Xiong, L. (2023). Global burden, risk factor analysis, and prediction study of ischemic stroke, 1990–2030. *Neurology, 101*(2), e137–e150. https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000207387
24. Murphy, S. J., & Werring, D. J. (2020). Stroke: Causes and clinical features. *Medicine, 48*(9), 561–566. https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.06.002
25. Hui, C., Tadi, P., Suheb, M. Z. K., & Patti, L. (2024). Ischemic stroke. In *StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing.
26. Topçuoğlu, M., Utku, U., İnce, F., Özdemir, A., Bas, D., Kutluk, K., & Uzuner, N. (2015). General stroke management in stroke unit: Guidelines of Turkish society of cerebrovascular diseases-2015 / İnme ünitesinde genel inme tedavisi: Türk beyin damar hastalıkları derneği inme tanı ve tedavi kılavuzu-2015. *Turk Beyin Damar Hastaliklar Dergisi, 21*(2).
27. Özel, T. (2021). İskemik İnmede etiyoloji, patofizyoloji ve klinik değerlendirme. *Türk Radyoloji Derneği, 9*, 189–203. https://doi.org/10.5152/trs.2021.2021-20-25
28. Gomes, J., & Wachsman, A. M. (2013). Types of strokes. In *Handbook of Clinical Nutrition and Stroke* (pp. 15–31). https://doi.org/10.1007/978-1-62703-380-0_2
29. Unnithan, A. K. A., & Mehta, P. (2020). Hemorrhagic stroke.
30. van Gijn, J., & Rinkel, G. J. E. (2001). Subarachnoid haemorrhage: Diagnosis, causes and management. *Brain, 124*(2), 249–278. https://doi.org/10.1093/BRAIN/124.2.249
31. Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., ... & Lindsay, P. (2022). World Stroke Organization (WSO): Global stroke fact sheet 2022. *International Journal of Stroke, 17*(1), 18–29. https://doi.org/10.1177/17474930211065917
32. Strong, K., & Mathers, C. (2011). The global burden of stroke. *Stroke*, 279–289.
33. Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, M., ... & Bhutta, Z. A. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet, 396*(10258), 1204–1222.
34. GBD 2019 Stroke Collaborators. (2020). Global, regional, and national burden of stroke, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Neurology*, 19(5), 439–458.
35. Feigin, V. L., Norrving, B., Mensah, G. A., et al. (2021). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Neurology, 20*(10), 795–820.
36. Topçuoğlu, M. A. (2022). Türkiye'de inme epidemiyolojisi ve yakın gelecek projeksiyonu: Küresel hastalık yükü çalışması Türkiye verilerinin analizi. *Turk J Neurol, 28*, 200–211. https://doi.org/10.4274/tnd.2022.31384
37. Appelros, P., Stegmayr, B., & Terent, A. (2009). Sex differences in stroke epidemiology: A systematic review. *Stroke, 40*(4), 1082–1090. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.108.540781
38. Donkor, E. S. (2018). Stroke in the 21st century: A snapshot of the burden, epidemiology, and quality of life. *Stroke Research and Treatment, 2018*, Article ID 3238165. https://doi.org/10.1155/2018/3238165
39. Majersik, J. J., & Woo, D. (2020). The enormous financial impact of stroke disability. *Neurology, 94*(9), 377–378. https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000009030
40. Yetişgin, A., Hartavi, A., Kocatürk, M., Tutoğlu, A., & Boyacı, A. (2017). Risk factors affecting disability rates in patients with stroke. *Journal of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences, 20*(3).
41. van Rooy, M. J., & Pretorius, E. (2014). Obesity, hypertension and hypercholesterolemia as risk factors for atherosclerosis leading to ischemic events. *Current Medicinal Chemistry, 21*(19), 2121–2129. https://doi.org/10.2174/0929867321666131227162950
42. Boehme, A. K., Esenwa, C., & Elkind, M. S. (2017). Stroke risk factors, genetics, and prevention. *Circulation Research, 120*(3), 472–495. https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.308398
43. Özdemir, G., Özkan, S., Uzuner, N., Özdemir, Ö., & Gücüyener, D. (2000). Türkiye'de beyin damar hastalıkları için majör risk faktörleri: Türk çok merkezli strok çalışması. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi, 6*(2), 31–35.
44. Akkoca, A. (2022). Hastane öncesi serebrovasküler hastalıklara yaklaşım organizasyonu. *Hastane Öncesi Dergisi, 7*(2), 261–273. https://doi.org/10.54409/hod.1152813
45. Allen, C. L., & Bayraktutan, U. (2008). Risk factors for ischaemic stroke. *International Journal of Stroke, 3*(2), 105–116. https://doi.org/10.1111/j.1747-4949.2008.00187.x
46. Sarikaya, H., Ferro, J. M., & Arnold, M. (2015). Stroke prevention—Medical and lifestyle measures. *European Neurology, 73*(3–4), 150–157. https://doi.org/10.1159/000367652
47. Utku, U. (2007). İnme tanımı, etyolojisi, sınıflandırma ve risk faktörleri. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 53*.

48. Turin, T. C., Okamura, T., Afzal, A. R., Rumana, N., Watanabe, M., Higashiyama, A., ... & Miyamoto, Y. (2016). Hypertension and lifetime risk of stroke. *Journal of Hypertension, 34*(1), 116–122. https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000000753
49. Alloubani, A., Saleh, A., & Abdelhafiz, I. (2018). Hypertension and diabetes mellitus as predictive risk factors for stroke. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews, 12*(4), 577–584. https://doi.org/10.1016/j.dsx.2018.03.009
50. Hanan, I., Ardhi, M. S., Prajitno, J. H., & Setyowatie, S. (2024). Risk factors of ischemic stroke: A literature review. https://doi.org/10.51542/ijscia.v5i6.74
51. Zhang, Y., Tuomilehto, J., Jousilahti, P., Wang, Y., Antikainen, R., & Hu, G. (2011). Lifestyle factors on the risks of ischemic and hemorrhagic stroke. *Archives of Internal Medicine, 171*(20), 1811–1818. https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.443
52. Mosley, I., Nicol, M., Donnan, G., Thrift, A. G., & Dewey, H. M. (2014). What is stroke symptom knowledge? *International Journal of Stroke, 9*(1), 48–52. https://doi.org/10.1111/ijs.12024
53. Ojaghihaghighi, S., Vahdati, S. S., Mikaeilpour, A., & Ramouz, A. (2017). Comparison of neurological clinical manifestation in patients with hemorrhagic and ischemic stroke. *World Journal of Emergency Medicine, 8*(1), 34–38. https://doi.org/10.5847/wjem.j.1920-8642.2017.01.006
54. Tan, Y. F., Zhan, L. X., Chen, X. H., Guo, J. J., Qin, C., & Xu, E. (2018). Risk factors, clinical features and prognosis for subtypes of ischemic stroke in a Chinese population. *Current Medical Science, 38*, 296–303.
55. Kuriakose, D., & Xiao, Z. (2020). Pathophysiology and treatment of stroke: Present status and future perspectives. *International Journal of Molecular Sciences, 21*(20), 7609. *https://doi.org/10.3390/ijms21207609*
56. Alrabghi, L., Alnemari, R., Aloteebi, R., Alshammari, H., Ayyad, M., Al Ibrahim, M., ... & Aljuwayd, H. (2018). Stroke types and management. *International Journal of Community Medicine and Public Health, 5*(9), 3715–3720. https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20183439
57. Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., ... & Tirschwell, D. L. (2018). 2018 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke, 49*(3), e46–e99. *https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000158*
58. Bernhardt, J., Borschmann, K., Boyd, L., Carmichael, T. S., Corbett, D., Cramer, S. C., ... & Ward, N. (2016). Moving rehabilitation research forward: Developing consensus statements for rehabilitation and recovery research. *International Journal of Stroke, 11*(4), 454–458. https://doi.org/10.1177/1747493016643851
59. Beltrán-Rodríguez, I., Casado, L. G. T., Durán-Borrella, Ó., González-Feito, P., Sánchez-Serrano, I., & de la Fuente Blanco, R. (2022). Post-stroke rehabilitation: A necessary step. In *Post-Stroke Rehabilitation*. IntechOpen.
60. Gençer, A. G., & Hocaoğlu, Ç. (2019). İnme sonrası nöropsikiyatrik durumlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 11*(4), 419–437. https://doi.org/10.18863/PGY.483540
61. Ferro, J. M., Caeiro, L., & Figueira, M. L. (2016). Neuropsychiatric sequelae of stroke. *Nature Reviews Neurology, 12*(5), 269–280.
62. Kim, H. M., & Shim, M. K. (2015). The effects of mental health on the quality of life after stroke. *Journal of Digital Convergence, 13*(2), 237–244. *https://doi.org/10.14400/JDC.2015.13.2.237*
63. Lynch, E. B., Butt, Z., Heinemann, A., Victorson, D., Nowinski, C. J., Perez, L., & Cella, D. (2008). A qualitative study of quality of life after stroke: The importance of social relationships. *Journal of Rehabilitation Medicine, 40*(7), 518–523. *https://doi.org/10.2340/16501977-0203*
64. Babkair, L. A. (2017). Risk factors for poststroke depression: An integrative review. *Journal of Neuroscience Nursing, 49*(2), 73–84. *https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000271*
65. Haghgoo, H. A., Pazuki, E. S., Hosseini, A. S., & Rassafiani, M. (2013). Depression, activities of daily living and quality of life in patients with stroke. *Journal of the Neurological Sciences, 328*(1–2), 87–91. *https://doi.org/10.1016/j.jns.2013.02.027*
66. Matsuzaki, S., Hashimoto, M., Yuki, S., Koyama, A., Hirata, Y., & Ikeda, M. (2015). The relationship between post-stroke depression and physical recovery. *Journal of Affective Disorders, 176*, 56–60. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.020
67. Cai, W., Mueller, C., Li, Y. J., Shen, W. D., & Stewart, R. (2019). Post-stroke depression and risk of stroke recurrence and mortality: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews, 50*, 102–109. https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.01.013
68. Bartoli, F., Di Brita, C., Crocamo, C., Clerici, M., & Carrà, G. (2018). Early post-stroke depression and mortality: Meta-analysis and meta-regression. *Frontiers in Psychiatry, 9*, 530. *https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00530*

69. Poynter, B., Hon, M. S., Diaz-Granados, N., Kapral, M., Grace, S. L., & Stewart, D. E. (2009). Sex differences in the prevalence of post-stroke depression: A systematic review. *Psychosomatics, 50*(6), 563–569. https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.6.563
70. Das, J., & Rajanikant, G. K. (2018). Post stroke depression: The sequelae of cerebral stroke. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 90*, 104–114. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.04.005
71. Hackett, M. L., & Anderson, C. S. (2005). Predictors of depression after stroke: A systematic review of observational studies. *Stroke, 36*(10), 2296–2301. https://doi.org/10.1161/01.STR.0000183622.75135.a4
72. David, D., Fleminger, S., Kopelman, M., Lovestone, S., & Mellers, J. (2013). *Lishman Organik Psikiyatri* (A. E. Anıl Yağcıoğlu, Çev. Ed.). Ankara: Sözkesen Matbaacılık. https://doi.org/10.1002/9781444316803
73. Santos, E. B. D., Rodrigues, R. A. P., & Pontes-Neto, O. M. (2016). Prevalence and predictors of post stroke depression among elderly stroke survivors. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 74*(8), 621–625. https://doi.org/10.1590/0004-282X20160088
74. De Ryck, A., Brouns, R., Geurden, M., Elseviers, M., De Deyn, P. P., & Engelborghs, S. (2014). Risk factors for poststroke depression: Identification of inconsistencies based on a systematic review. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 27*(3), 147–158. *https://doi.org/10.1177/0891988714527514*
75. Storor, D. L., & Byrne, G. J. (2006). Pre-morbid personality and depression following stroke. *International Psychogeriatrics, 18*(3), 457–469. https://doi.org/10.1017/S1041610206003188
76. Aben, I., Denollet, J., Lousberg, R., Verhey, F., Wojciechowski, F., & Honig, A. (2002). Personality and vulnerability to depression in stroke patients: A 1-year prospective follow-up study. *Stroke, 33*(10), 2391–2395. https://doi.org/10.1161/01.str.0000029826.41672.2e
77. Tang, W. K., Lau, C. G., Mok, V., Ungvari, G. S., & Wong, K. S. (2013). Impact of anxiety on health-related quality of life after stroke: A cross-sectional study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 94*(12), 2535–2541. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.07.012
78. Cumming, T. B., Blomstrand, C., Skoog, I., & Linden, T. (2016). The high prevalence of anxiety disorders after stroke. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 24*(2), 154–160. doi: 10.1016/j.jagp.2015.06.003
79. Rafsten, L., Danielsson, A., & Sunnerhagen, K. S. (2018). Anxiety after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Rehabilitation Medicine, 50*(9), 769–778. doi: 10.2340/16501977-2384
80. Schöttke, H., & Giabbiconi, C. M. (2015). Post-stroke depression and post-stroke anxiety: Prevalence and predictors. *International Psychogeriatrics, 27*(11), 1805–1812. https://doi.org/10.1017/S1041610215000988
81. Chun, H. Y. Y., Whiteley, W. N., Dennis, M. S., Mead, G. E., & Carson, A. J. (2018). Anxiety after stroke: The importance of subtyping. *Stroke, 49*(3), 556–564. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.020078
82. Broomfield, N. M., Scoular, A., Welsh, P., Walters, M., & Evans, J. J. (2015). Poststroke anxiety is prevalent at the population level, especially among socially deprived and younger age community stroke survivors. *International Journal of Stroke, 10*(6), 897–902. https://doi.org/10.1111/ijs.12109
83. Kapoor, A., Si, K., Yu, A. Y., Lanctot, K. L., Herrmann, N., Murray, B. J., & Swartz, R. H. (2019). Younger age and depressive symptoms predict high risk of generalized anxiety after stroke and transient ischemic attack. *Stroke, 50*(9), 2359–2363. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.119.025464
84. Kim, J. S. (2024). Emotional incontinence (pathological laughing or crying) in stroke. In *Neuropsychiatric manifestations in neurological diseases* (pp. 15–31). Springer Nature Singapore.
85. Kim, J. S., & Choi-Kwon, S. (2013). Disturbances in the voluntary control of emotional expression after stroke. In *Neuropsychiatric symptoms of cerebrovascular diseases* (pp. 131–160). https://doi.org/10.1007/978-1-4471-2428-3_7
86. McAleese, N., Guzman, A., O'Rourke, S. J., & Gillespie, D. C. (2021). Post-stroke emotionalism: A qualitative investigation. *Disability and Rehabilitation, 43*(2), 192–200. https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1620876
87. Le Heron, C., Holroyd, C. B., Salamone, J., & Husain, M. (2019). Brain mechanisms underlying apathy. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 90*(3), 302–312. https://doi.org/10.1136/jnnp-2018-318265
88. Caeiro, L., Ferro, J. M., & Costa, J. (2013). Apathy secondary to stroke: A systematic review and meta-analysis. *Cerebrovascular Diseases, 35*(1), 23–39. https://doi.org/10.1159/000346076
89. Van Dalen, J. W., van Charante, E. P. M., Nederkoorn, P. J., van Gool, W. A., & Richard, E. (2013). Poststroke apathy. *Stroke, 44*(3), 851–860. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.112.674614
90. Mayo, N. E., Fellows, L. K., Scott, S. C., Cameron, J., & Wood-Dauphinee, S. (2009). A longitudinal view of apathy and its impact after stroke. *Stroke, 40*(10), 3299–3307. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.109.554410
91. Gao, H., Gao, X., Liang, G., Yang, Y., & Ma, B. (2011). Psychological reactions to ischemic stroke in the young. *British Journal of Medicine and Medical Research*. https://doi.org/10.9734/BJMMR/2011/578
92. Zhang, H., Qian, H. Z., Meng, S. Q., Shu, M., Gao, Y. Z., Xu, Y., … Xiong, R. H. (2015). Psychological distress, social support and medication adherence in patients with ischemic stroke in the mainland of China. *Journal of Huazhong University of Science and Technology [Medical Sciences], 35*, 405–410. doi: 10.1007/s11596-015-1445-y

93. Şahiner, İ. V., Aytaç, E., Ünal, H., Şahiner, Ş. Y., Akyüz, A., Öztürk, M., & Yoldaş, T. (2021). Akut iskemik inme ve geçici iskemik atak geçiren hastalarda mizaç kişilik özellikleri ve yaşam olaylarının incelenmesi. *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, 54*(2), 263–270. https://doi.org/10.20492/aeahtd.877071
94. van Mierlo, M. L., Schröder, C., van Heugten, C. M., Post, M. W., de Kort, P. L., & Visser-Meily, J. M. (2014). The influence of psychological factors on health-related quality of life after stroke: A systematic review. *International Journal of Stroke, 9*(3), 341–348. https://doi.org/10.1111/ijs.12149
95. Carod-Artal, F. J., & Egido, J. A. (2009). Quality of life after stroke: The importance of a good recovery. *Cerebrovascular Diseases, 27*(Suppl. 1), 204–214. https://doi.org/10.1159/000200461
96. Chandrasekar, K. E., Sai, N. G., Princy, S. J., Sruthi Ninan, R. D., & Ponnusankar, S. (2019). Post-stroke psychiatric disorders: An overview on its screening and management. *Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*. https://doi.org/10.22159/AJPCR.2019.V12I1.26047
97. Burger, J. M. (2019). *Personality*. Cengage Learning.
98. Alidemi, D. T., & Fejza, F. (2021). Theories of personality: A literature review. *International Journal of Progressive Sciences and Technologies, 25*(2), 194–200. https://doi.org/10.52155/IJPSAT.V25.2.2857
99. Özdemir, O., Özdemir, P. G., Kadak, M. T., & Nasıroğlu, S. (2012). Kişilik gelişimi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 4*(4), 566–589.
100. Piechurska-Kuciel, E., & Piechurska-Kuciel, E. (2020). Personality: Definitions, approaches and theories. In *The Big Five in SLA* (pp. 1–25). https://doi.org/10.1007/978-3-030-59324-7_1
101. Allport, G. W. (1937). Personality: A psychological interpretation.
102. McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1996). Toward a new generation of personality theories: Theoretical contexts for the five-factor model. *European Journal of Psychological Assessment, 12*(1), 149–158.
103. Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry, 50*(12), 975–990. https://doi.org/10.1001/ARCHPSYC.1993.01820240059008
104. Mulder, R. (1992). The biology of personality. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 26*(3), 364–376. https://doi.org/10.3109/00048679209072059
105. Triandis, H. C., & Suh, E. M. (2002). Cultural influences on personality. *Annual Review of Psychology, 53*(1), 133–160. https://doi.org/10.1146/ANNUREV.PSYCH.53.100901.135200
106. Deaux, K., & Snyder, M. (Eds.). (2012). *The Oxford handbook of personality and social psychology*. Oxford University Press.
107. Eysenck, H. J. (1990). Genetic and environmental contributions to individual differences: The three major dimensions of personality. *Journal of Personality, 58*(1), 245–261. https://doi.org/10.1111/J.1467-6494.1990.TB00915.X
108. McDougall, W. (1932). Of the words character and personality. *Character and Personality, 1*, 3–16.
109. Allport, G. W., & Odbert, H. S. (1936). Trait-names: A psycho-lexical study. *Psychological Monographs, 47*(1), i–171.
110. Cattell, R. B. (1943). The description of personality: Basic traits resolved into clusters. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 38*(4), 476–506.
111. Fiske, D. W. (1949). Consistency of the factorial structures of personality ratings from different sources. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 44*(3), 329–344.
112. Goldberg, L. R. (1992). The development of markers for the Big-Five factor structure. *Psychological Assessment, 4*(1), 26–42.
113. Cobb-Clark, D. A., & Schurer, S. (2012). The stability of big-five personality traits. *Economics Letters, 115*(1), 11–15. https://doi.org/10.1016/j.econlet.2011.11.015
114. Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1992). The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 6*(4), 343–359. https://doi.org/10.1521/PEDI.1992.6.4.343
115. McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2008). Empirical and theoretical status of the five-factor model of personality traits. In G. J. Boyle, G. Matthews, & D. H. Saklofske (Eds.), *The SAGE handbook of personality theory and assessment: Vol. 1. Personality theories and models* (pp. 273–294). SAGE.
116. McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality, 60*(2), 175–215. https://doi.org/10.1111/J.1467-6494.1992.TB00970.X
117. John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed., pp. 102–138). Guilford Press.
118. McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(1), 81–90. https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.1.81

119. Ackerman, C. E. (2021). Big five personality traits: The OCEAN model explained. *Positive Psychology*. https://doi.org/10.1007/978-3-030-10576-1_300044
120. McCrae, R. R., & Costa Jr, P. T. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist, 52*(5), 509–516. https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.5.509
121. Grohol, J. M., Cox, J., & White, M. A. (2022). What are the Big 5 personality traits. *What Are the Big 5 Personality Traits*.
122. MacCann, C., Duckworth, A. L., & Roberts, R. D. (2009). Empirical identification of the major facets of conscientiousness. *Learning and Individual Differences, 19*(4), 451–458. doi: 10.1016/j.lindif.2009.03.007
123. Roberts, B. W., Chernyshenko, O. S., Stark, S., & Goldberg, L. R. (2005). The structure of conscientiousness: An empirical investigation based on seven major personality questionnaires. *Personnel Psychology, 58*(1), 103–139. https://doi.org/10.1111/J.1744-6570.2005.00301.X
124. Walker, D. L. (2020). Extraversion–introversion. In *The Wiley encyclopedia of personality and individual differences: Models and theories* (pp. 159–163). Wiley. https://doi.org/10.1002/9781118970843.ch28
125. Graziano, W. G., & Tobin, R. M. (2017). Agreeableness and the five factor model. In *The Oxford handbook of the five factor model* (Vol. 1, pp. 105–131). Oxford University Press.
126. Crowe, M. L., Lynam, D. R., & Miller, J. D. (2018). Uncovering the structure of agreeableness from self-report measures. *Journal of Personality, 86*(5), 771–787. https://doi.org/10.1111/jopy.12358
127. Parikh, S., Parekh, S., & Vaghela, N. (2018). Impact of stroke on quality of life and functional independence. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology, 8*(12), 1595–1598. https://doi.org/10.5455/njppp.2018.8.0723807092018
128. Specht, J., Egloff, B., & Schmukle, S. C. (2011). Stability and change of personality across the life course: The impact of age and major life events on mean-level and rank-order stability of the Big Five. *Journal of Personality and Social Psychology, 101*(4), 862–882. https://doi.org/10.1037/a0024950
129. Jokela, M., Pulkki-Råback, L., Elovainio, M., & Kivimäki, M. (2014). Personality traits as risk factors for stroke and coronary heart disease mortality: Pooled analysis of three cohort studies. *Journal of Behavioral Medicine, 37*, 881–889. doi: 10.1007/s10865-013-9548-z
130. Douven, E., Staals, J., Schievink, S. H., van Oostenbrugge, R. J., Verhey, F. R., Wetzels-Meertens, S., ... & Aalten, P. (2018). Personality traits and course of symptoms of depression and apathy after stroke: Results of the CASPER study. *Journal of Psychosomatic Research, 111*, 69–75. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.05.010
131. Lo Buono, V., Noto, F., Bonanno, L., Formica, C., & Corallo, F. (2022). Investigations of personality trait in subacute post-stroke patients: Some preliminary observations. *Medicina, 58*(5), 683. https://doi.org/10.3390/medicina58050683
132. Moon, J. (2018). Influences of personality traits on depression and quality of life in stroke outpatients receiving rehabilitation therapy. *Journal of The Korean Society of Integrative Medicine, 6*(2), 25–36. https://doi.org/10.15268/ksim.2018.6.2.025
133. Solgajová, A., Sollár, T., Vorosova, G., & Zrubcová, D. (2017). Personality as significant predictor of post-stroke anxiety. *Neuroendocrinology Letters*, *38*(4), 290-294.
134. Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of personality and social psychology*, *50*(5), 992. https://doi.org/10.1037//0022-3514.50.5.992
135. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
136. Carroll, L. (2020). Problem-focused coping. In *Encyclopedia of behavioral medicine* (pp. 1747-1748). Cham: Springer International Publishing.
137. Lazarus, R., & Folkman, S. (1985). Stress and coping. *New York*, *18*(31), 34–42.
138. Zakowski, S. G., Hall, M. H., Klein, L. C., & Baum, A. (2001). Appraised control, coping, and stress in a community sample: A test of the goodness-of-fit hypothesis. *Annals of Behavioral Medicine, 23*(3), 158–165. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2303_3
139. Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21*(3), 219–239. https://doi.org/10.2307/2136617
140. Ben-Zur, H. (2005). Coping, distress, and life events in a community sample. *International Journal of Stress Management, 12*(2), 188–196. https://doi.org/10.1037/1072-5245.12.2.188
141. Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*(2), 267–283. https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267
142. Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(3), 466–475. https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.3.466
143. Erdem, M., Çelik, C., Doruk, A., & Özgen, F. (2008). Yaygın anksiyete bozukluğunda başa çıkma tutumları. *Anatolian Journal of Clinical Investigation, 2*(3), 101–105.

144. Brown, G. K., & Nicassio, P. M. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain, 31*(1), 53–64. https://doi.org/10.1016/0304-3959(87)90006-6
145. Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist, 41*(7), 813–819. https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.7.813
146. Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 377–401. https://doi.org/10.1146/ANNUREV.CLINPSY.3.022806.091520
147. Theorell, T. (1992). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. Basic Books.
148. DeLongis, A., & Holtzman, S. (2005). Coping in context: The role of stress, social support, and personality in coping. *Journal of Personality, 73*(6), 1633–1656. https://doi.org/10.1111/J.1467-6494.2005.00361.X
149. Endler, N., & Parker, J. D. (1990). Coping inventory for stressful situations. *Manual for CISS*. Multi-Health Systems. https://doi.org/10.1037/t02138-000
150. Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior, 35*, 53–79. https://doi.org/10.2307/2626957
151. Donnellan, C., Hevey, D., Hickey, A., & O'Neill, D. (2006). Defining and quantifying coping strategies after stroke: A review. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 77*(11), 1208–1218. https://doi.org/10.1136/jnnp.2005.085670
152. Gillen, G. (2006). Coping during inpatient stroke rehabilitation: An exploratory study. *The American Journal of Occupational Therapy, 60*(2), 136–145. https://doi.org/10.5014/AJOT.60.2.136
153. Visser, M. M., Aben, L., Heijenbrok-Kal, M. H., Busschbach, J. J., & Ribbers, G. M. (2014). The relative effect of coping strategy and depression on health-related quality of life in patients in the chronic phase after stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine, 46*(6), 514–519. https://doi.org/10.2340/16501977-1803
154. Reverté-Villarroya, S., Dávalos, A., Font-Mayolas, S., Berenguer-Poblet, M., Sauras-Colón, E., López-Pablo, C., ... & Suñer-Soler, R. (2020). Coping strategies, quality of life, and neurological outcome in patients treated with mechanical thrombectomy after an acute ischemic stroke. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(17), 6014. https://doi.org/10.3390/ijerph17176014
155. Austenfeld, J. L., & Stanton, A. L. (2004). Coping through emotional approach: A new look at emotion, coping, and health-related outcomes. *Journal of Personality, 72*(6), 1335–1364. https://doi.org/10.1111/J.1467-6494.2004.00299.X
156. Karademas, E. C., Tsalikou, C., & Tallarou, M. C. (2011). The impact of emotion regulation and illness-focused coping strategies on the relation of illness-related negative emotions to subjective health. *Journal of Health Psychology, 16*(3), 510–519. https://doi.org/10.1177/1359105310392093
157. Tomberg, T., Orasson, A., Linnamägi, U., Toomela, A., Pulver, A., & Asser, T. (2001). Coping strategies in patients following subarachnoid haemorrhage. *Acta Neurologica Scandinavica, 104*(3), 148–155. https://doi.org/10.1034/j.1600-0404.2001.00326.x
158. Kes, D. (2020). İnme geçiren bireylerin hastalıkla başa çıkma tutumlarının yaşam kalitesine etkisi. *Ankara Medical Journal, 20*(1), 214–223.
159. Darlington, A. S. E., Dippel, D. W., Ribbers, G. M., van Balen, R., Passchier, J., & Busschbach, J. J. (2007). Coping strategies as determinants of quality of life in stroke patients: A longitudinal study. *Cerebrovascular Diseases, 23*(5–6), 401–407. https://doi.org/10.1159/000101463
160. Moorley, C. R. (2015). Life after stroke: Coping mechanism among African Caribbean women. *International Journal of Stroke, 10*(Suppl 2), 24. https://doi.org/10.1111/hsc.12256
161. Ch'ng, A. M. (2008). *Understanding the relationship between coping self-efficacy, coping behaviour and psychological wellbeing during recovery from stroke* (Doctoral dissertation, University of Western Australia). [ProQuest Dissertations Publishing].
162. Weinman, J., & Petrie, K. J. (2002). Illness perceptions: a new paradigm for psychosomatics?. In *The health psychology reader* (pp. 250-254). SAGE Publications Ltd.
163. Petrie, K. J., Jago, L. A., & Devcich, D. A. (2007). The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry, 20*(2), 163–167. https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328014a871
164. Leventhal, E. A. (1984). Aging and the perception of illness. *Research on Aging, 6*(1), 119–135. https://doi.org/10.1177/0164027584006001007
165. Bassi, M., Grobberio, M., Negri, L., Cilia, S., Minacapelli, E., Niccolai, C., ... & Delle Fave, A. (2021). The contribution of illness beliefs, coping strategies, and social support to perceived physical health and fatigue in multiple sclerosis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 28*, 149–160. doi: 10.1007/s10880-019-09692-6
166. Petrie, K., & Weinman, J. (2006). Why illness perceptions matter. *Clinical Medicine, 6*(6), 536–539. https://doi.org/10.7861/CLINMEDICINE.6-6-536

167. Gurková, E., & Soósová, M. S. (2018). Illness cognitions and health-related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterology Nursing, 41*(1), 29–37. https://doi.org/10.1097/SGA.0000000000000309
168. Petrie, K. J., & Weinman, J. (2012). Patients' perceptions of their illness: The dynamo of volition in health care. *Current Directions in Psychological Science, 21*(1), 60–65. doi: 10.1177/0963721411429456
169. Poletti, V., Pagnini, F., Banfi, P., & Volpato, E. (2023). Illness perceptions, cognitions, and beliefs on COPD patients' adherence to treatment – A systematic review. *Patient Preference and Adherence*, *17*, 1845–1866. https://doi.org/10.2147/PPA.S412136
170. Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: self-regulation and proactive coping. *Psychological bulletin*, *121*(3), 417. https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.3.417
171. Armay, Z., Özkan, M., Kocaman, N., & Özkan, S. (2007). Hastalık Algısı Ölçeği'nin kanser hastalarında Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 10*(4), 271–280.
172. Okanlı, A., & Karabulutlu, E. Y. (2011). Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14*(4), 25–31.
173. Liu, Y., Wei, M., Guo, L., Guo, Y., Zhu, Y., & He, Y. (2021). Association between illness perception and health behaviour among stroke patients: The mediation effect of coping style. *Journal of Advanced Nursing, 77*(5), 2307–2318. https://doi.org/10.1111/jan.14761
174. Kim, H. J., & Lee, M. K. (2017). The relationship between illness perception and health behaviors among patients with tuberculosis: mediating effects of self-efficacy and family support. *Korean Journal of Adult Nursing*, *29*(6), 626-636. doi: 10.7469/KJAN.2017.29.6.626
175. Phillips, L. A., Diefenbach, M. A., Abrams, J., & Horowitz, C. R. (2015). Stroke and TIA survivors' cognitive beliefs and affective responses regarding treatment and future stroke risk differentially predict medication adherence and categorised stroke risk. *Psychology & Health, 30*(2), 218–232. https://doi.org/10.1080/08870446.2014.964237
176. Tekin, H. (2023). *İnmeli hastaların hastalık algısı ve maneviyat düzeyleri arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler* (Yüksek Lisans Tezi). Aksaray Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
177. Groeneveld, I. F., Van der Pas, S. L., Meesters, J. J. L., Schuurman, J. M., van Meijeren-Pont, W., Jagersma, E., ... & SCORE-Study Group. (2019). Illness perceptions of stroke survivors: Predictors and changes over time–A 1 year follow-up study. *Journal of Psychosomatic Research, 116*, 54–61. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.10.019
178. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191–215. https://doi.org/10.1037//0033-295X.84.2.191
179. Bandura, A. (1982). The assessment and predictive generality of self-percepts of efficacy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 13*(3), 195–199. https://doi.org/10.1016/0005-7916(82)90004-0
180. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Macmillan.
181. Maddux, J. E. (1995). Self-efficacy theory: An introduction. In J. E. Maddux (Ed.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application* (pp. 3–33). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6868-5
182. Benight, C. C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy, 42*(10), 1129–1148. doi: 10.1016/j.brat.2003.08.008
183. Bandura, A., Adams, N. E., Hardy, A. B., & Howells, G. N. (1980). Tests of the generality of self-efficacy theory. *Cognitive Therapy and Research, 4*, 39–66. https://doi.org/10.1007/BF01173354
184. Honicke, T., & Broadbent, J. (2016). The influence of academic self-efficacy on academic performance: A systematic review. *Educational Research Review, 17*, 63–84. doi: 10.1016/j.edurev.2015.11.002
185. Schunk, D. H., & Ertmer, P. A. (2000). Self-regulation and academic learning: Self-efficacy enhancing interventions. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 631–649). Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-012109890-2/50048-2
186. Cabanach, R. G., Arias, A. V., Rodriguez, C. F., & Canedo, M. F. (2012). The relations between perceived self-efficacy and psychological well-being in university students. *De Psicología, 29*(1), 40–48.
187. Milam, L. A., Cohen, G. L., Mueller, C., & Salles, A. (2019). The relationship between self-efficacy and well-being among surgical residents. *Journal of Surgical Education, 76*(2), 321–328. https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2018.07.028
188. Aben, L., Busschbach, J. J., Ponds, R. W., & Ribbers, G. M. (2008). Memory self-efficacy and psychosocial factors in stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine, 40*(8), 681–683. https://doi.org/10.2340/16501977-0227
189. Jones, F., Partridge, C., & Reid, F. (2008). The Stroke Self-Efficacy Questionnaire: Measuring individual confidence in functional performance after stroke. *Journal of Clinical Nursing, 17*(7b), 244–252. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02333.x

190. Korpershoek, C., van der Bijl, J., & Hafsteinsdóttir, B. T. (2011). Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing, 67*(9), 1876–1894. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05659.x
191. Lewin, A., Jöbges, M., & Werheid, K. (2013). The influence of self-efficacy, pre-stroke depression and perceived social support on self-reported depressive symptoms during stroke rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation, 23*(4), 546–562. https://doi.org/10.1080/09602011.2013.794742
192. Maujean, A., & Davis, P. (2013). Physical Medicine & Rehabilitation. *Stroke, 1*(7).
193. Irvan, R. Z., Nuraini, T., & Gayatri, D. (2021). The link between self-efficacy and mobility performance in stroke patients. *Enfermería Clínica, 31*, 316–320. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.09.020
194. Vincent-Onabajo, G. T., Lawan, A. K., Oyeyemi, A. Y., & Hamzat, T. K. (2012). Functional self-efficacy and its determinants in Nigerian stroke survivors. *Topics in Stroke Rehabilitation, 19*(5), 411–416. https://doi.org/10.1310/tsr1905-411
195. Topçu, S., & Oğuz, S. (2017). Self-efficacy and quality of life after stroke. *Journal of Human Sciences, 14*(2), 1388–1396.
196. Küçükakgün, H., & Atay, S. (2023). Determining self-efficacy and quality of life in stroke patients. *Journal of Health Sciences.*
197. Lorig, K. R., Sobel, D. S., Stewart, A. L., Brown Jr, B. W., Bandura, A., Ritter, P., ... & Holman, H. R. (1999). Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: A randomized trial. *Medical Care, 37*(1), 5–14. https://doi.org/10.1097/00005650-199901000-00003
198. Tielemans, N. S., Schepers, V. P., Visser-Meily, J. M., Post, M. W., & Van Heugten, C. M. (2015). Associations of proactive coping and self-efficacy with psychosocial outcomes in individuals after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 96*(8), 1484–1491. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2015.04.009
199. Sumakul, V. D. O., Notobroto, H. B., & Devy, S. R. (2022). Coping strategies, self-efficacy, and perception among family caregivers for post-stroke survivors in Indonesia. *Malaysian Journal of Public Health Medicine, 22*(1), 124–130. https://doi.org/10.37268/mjphm/vol.22/no.1/art.1253
200. Rohmah, A. I. N., Muslimah, M., Ruhyanudin, F., & Arfianto, M. A. (2023). Factors affecting coping strategies in post-stroke patients: A literature study. *KnE Medicine*, 8(1), 246–258. https://doi.org/10.18502/kme.v3i3.13511
201. Cooksey, R. W., & Cooksey, R. W. (2020). *Descriptive statistics for summarising data*. In *Illustrating statistical procedures: Finding meaning in quantitative data* (pp. 61-139). https://doi.org/10.1007/978-981-15-2537-7_5
202. Kaur, P., Stoltzfus, J., & Yellapu, V. (2018). Descriptive statistics. *International Journal of Academic Medicine, 4*(1), 60-63. https://doi.org/10.4103/IJAM.IJAM_7_18
203. Cooksey, R. W., & Cooksey, R. W. (2020). *Correlational statistics for characterising relationships*. In *Illustrating statistical procedures: Finding meaning in quantitative data* (pp. 141-239). doi: 10.1007/978-981-15-2537-7_6
204. Benet-Martínez, V., & John, O. P. (1998). Los Cinco Grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait-multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*(3), 729-750. https://doi.org/10.1037//0022-3514.75.3.729
205. Schmitt, D. P., Allik, J., McCrae, R. R., & Benet-Martínez, V. (2007). The geographic distribution of Big Five personality traits: Patterns and profiles of human self-description across 56 nations. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 38*(2), 173-212. https://doi.org/10.1177/0022022106297299
206. Sümer, N., & Sümer, H. C. (2005). Beş faktör kişilik özellikleri ölçeği (Yayınlanmamış çalışma).
207. Zuckerman, M., & Gagne, M. (2003). The COPE revised: Proposing a 5-factor model of coping strategies. *Journal of Research in Personality, 37*(3), 169-204. doi: 10.1016/S0092-6566(02)00563-9
208. Dicle, A. N., & Ersanlı, K. (2015). Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeğinin Türkçeye uyarlanma geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 3*(16), 111-126.
209. Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health, 11*(3), 431-445. https://doi.org/10.1080/08870449608400270
210. Kocaman, N., Özkan, M., Armay, Z., & Özkan, S. (2007). Hastalık algısı ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.*
211. Riazi, A., Aspden, T., & Jones, F. (2014). Stroke self-efficacy questionnaire: A Rasch-refined measure of confidence post stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine, 46*(5), 406-412. https://doi.org/10.2340/16501977-1789
212. Arkan, G., Beser, A., Haney, M. O., & Ozturk, V. (2019). Psychometric testing of the Turkish version of the Stroke Self-Efficacy Questionnaire. *Journal of Nursing Research, 27*(4), e35. https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000308

213. Derogatis, L. R., & Savitz, K. L. (1999). The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (2nd ed., pp. 679–724). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
214. Dağ, İ. (1991). Belirti tarama listesi (SCL-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi.*
215. Warner, J. J., Harrington, R. A., Sacco, R. L., & Elkind, M. S. (2019). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke. *Stroke, 50*, 3331–3332. https://doi.org/10.1161/strokeaha.119.027708
216. Campbell Burton, C. A. (2012). *Anxiety after stroke: Prevalence, intervention effectiveness, and illness representations* (Doctoral dissertation, University of Leeds).
217. Lincoln, N. B., Brinkmann, N., Cunningham, S., Dejaeger, E., De Weerdt, W., Jenni, W., ... & De Wit, L. (2013). Anxiety and depression after stroke: A 5 year follow-up. *Disability and Rehabilitation, 35*(2), 140-145. https://doi.org/10.3109/09638288.2012.691939
218. Djudiyah, D., Sulastiana, M., Harding, D., & Sumantri, S. (2016). Gender differences in neuroticism on college students.
219. Lynn, R., & Martin, T. (1997). Gender differences in extraversion, neuroticism, and psychoticism in 37 nations. *The Journal of Social Psychology, 137*(3), 369-373. https://doi.org/10.1080/00224549709595447
220. Gaikwad, U. S. (2021). Gender difference between big five personality. *International Journal of Indian Psychology, 9*(1). https://doi.org/10.25215/0901.067
221. Weisberg, Y. J., DeYoung, C. G., & Hirsh, J. B. (2011). Gender differences in personality across the ten aspects of the Big Five. *Frontiers in psychology*, *2*, 11757. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00178
222. Wendt, D., & Shafer, K. (2016). Gender and attitudes about mental health help seeking: Results from national data. *Health & Social Work, 41*(1), e20-e28. https://doi.org/10.1093/HSW/HLV089
223. Dell, N. A., Vidovic, K. R., Huang, J., & Pelham, M. (2020). Self-reported emotional reactivity, depression, and anxiety: Gender differences among a psychiatric outpatient sample. *Social Work Research, 44*(3), 205–214. https://doi.org/10.1093/swr/svaa007
224. Munir, F., Pryce, J., Haslam, C., Leka, S., & Griffiths, A. (2006). Gender differences in managing chronic illness at work: Exploring predictors for disclosure. *Journal of Vocational Rehabilitation, 25*(3), 173–180. https://doi.org/10.3233/jvr-2006-00354
225. Mazure, C. M., Weinberger, A. H., Pittman, B., Sibon, I., & Swendsen, J. (2014). Gender and stress in predicting depressive symptoms following stroke. *Cerebrovascular Diseases, 38*(4), 240–246. https://doi.org/10.1159/000365838
226. Hakulinen, C., Elovainio, M., Pulkki-Råback, L., Virtanen, M., Kivimäki, M., & Jokela, M. (2015). Personality and depressive symptoms: Individual participant meta-analysis of 10 cohort studies. *Depression and Anxiety, 32*(7), 461–470. https://doi.org/10.1002/da.22376
227. Kootker, J. A., van Mierlo, M. L., Hendriks, J. C., Sparidans, J., Rasquin, S. M., de Kort, P. L., ... & Geurts, A. C. (2016). Risk factors for symptoms of depression and anxiety one year poststroke: A longitudinal study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 97*(6), 919–928. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.01.019
228. Vittengl, J. R. (2017). Who pays the price for high neuroticism? Moderators of longitudinal risks for depression and anxiety. *Psychological Medicine, 47*(10), 1794–1805. https://doi.org/10.1017/S0033291717000253
229. He, Y., Song, N., Xiao, J., Cui, L., & McWhinnie, C. M. (2018). Levels of neuroticism differentially predict individual scores in the depression and anxiety dimensions of the tripartite model: A multiwave longitudinal study. *Stress and Health, 34*(3), 435–439. https://doi.org/10.1002/smi.2803
230. Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology, 61*, 679–704. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352
231. Mirnics, Z., Heincz, O., Bagdy, G., Surányi, Z., Gonda, X., Benko, A., ... & Juhasz, G. (2013). The relationship between the Big Five personality dimensions and acute psychopathology: Mediating and moderating effects of coping strategies. *Psychiatria Danubina, 25*(4), 388–394.
232. Ormel, J., Jeronimus, B. F., Kotov, R., Riese, H., Bos, E. H., Hankin, B., ... & Oldehinkel, A. J. (2013). Neuroticism and common mental disorders: Meaning and utility of a complex relationship. *Clinical Psychology Review, 33*(5), 686–697. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.04.003
233. Dwan, T., Ownsworth, T., Donovan, C., & Lo, A. H. Y. (2017). Reliability of the NEO Five Factor Inventory short form for assessing personality after stroke. *International Psychogeriatrics, 29*(7), 1157–1168. https://doi.org/10.1017/S1041610217000382
234. McHugh, J. E., & Lawlor, B. A. (2012). Social support differentially moderates the impact of neuroticism and extraversion on mental wellbeing among community-dwelling older adults. *Journal of Mental Health, 21*(5), 448–458. https://doi.org/10.3109/09638237.2012.689436

235. Lucas, R. E., Le, K., & Dyrenforth, P. S. (2008). Explaining the extraversion/positive affect relation: Sociability cannot account for extraverts' greater happiness. *Journal of Personality, 76*(3), 385–414. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00490.x
236. Smillie, L. D., DeYoung, C. G., & Hall, P. J. (2015). Clarifying the relation between extraversion and positive affect. *Journal of Personality, 83*(5), 564–574. https://doi.org/10.1111/jopy.12138
237. Stephan, Y., Sutin, A. R., Luchetti, M., Aschwanden, D., & Terracciano, A. (2023). Personality and risk of incident stroke in 6 prospective studies. *Stroke, 54*(8), 2069–2076. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.123.042617
238. Kang, W., Steffens, F., Pineda, S., Widuch, K., & Malvaso, A. (2023). Personality traits and dimensions of mental health. *Scientific Reports, 13*(1), 7091. https://doi.org/10.1038/s41598-023-33996-1
239. Lamers, S. M., Westerhof, G. J., Kovács, V., & Bohlmeijer, E. T. (2012). Differential relationships in the association of the Big Five personality traits with positive mental health and psychopathology. *Journal of Research in Personality, 46*(5), 517–524. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2012.05.012
240. Chiappelli, J., Kvarta, M., Bruce, H., Chen, S., Kochunov, P., & Hong, L. E. (2021). Stressful life events and openness to experience: Relevance to depression. *Journal of Affective Disorders, 295*, 711–716. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.112
241. Kazemi, A., Azimian, J., Mafi, M., Allen, K. A., & Motalebi, S. A. (2021). Caregiver burden and coping strategies in caregivers of older patients with stroke. *BMC psychology*, *9*, 1-9. https://doi.org/10.1186/s40359-021-00556-z
242. Kumar, R., Kaur, S., & Reddemma, K. (2015). Burden and coping strategies in caregivers of stroke survivors. *Journal of Neurology & Neuroscience, 6*(5), 1–5. https://doi.org/10.21767/2171-6625.S10005
243. Afanasiev, S., Aharon-Peretz, J., & Granot, M. (2013). Personality type as a predictor for depressive symptoms and reduction in quality of life among stroke survivals. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 21*(9), 832–839. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.04.012
244. Wolters, G., Stapert, S., Brands, I., & Van Heugten, C. (2010). Coping styles in relation to cognitive rehabilitation and quality of life after brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation, 20*(4), 587–600. https://doi.org/10.1080/09602011003683836
245. Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., & Pieterse, M. E. (2010). Does experiential avoidance mediate the effects of maladaptive coping styles on psychopathology and mental health? *Behavior Modification, 34*(6), 503–519. https://doi.org/10.1177/0145445510378379
246. Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology & Health, 18*(2), 141–184. https://doi.org/10.1080/0887044031000813 21
247. Kölsch, S. J. (2019). *Illness perceptions and depression after stroke* (Bachelor's thesis, University of Twente). University of Twente Student Theses.
248. Pai, H. C., Li, C. C., Tsai, S. M., & Pai, Y. C. (2019). Association between illness representation and psychological distress in stroke patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies, 94*, 42–50. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.01.015
249. Dickens, C., McGowan, L., Percival, C., Tomenson, B., Cotter, L., Heagerty, A., & Creed, F. (2008). Negative illness perceptions are associated with new-onset depression following myocardial infarction. *General Hospital Psychiatry, 30*(5), 414–420. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.04.003
250. Kutlubaev, M. A., & Hackett, M. L. (2014). Part II: Predictors of depression after stroke and impact of depression on stroke outcome: An updated systematic review of observational studies. *International Journal of Stroke, 9*(8), 1026–1036. https://doi.org/10.1111/ijs.12356
251. Giuffrida, S., Fiala, S., Barro, L., Pazzi, S., Soldini, E., Levati, S., ... & D'Angelo, V. (2021). Description and analysis of disease representation in chronic patients through the Illness Perception Questionnaire (IPQ-R): Implications for clinical practice. *Professioni Infermieristiche, 74*(4), 219–226. https://doi.org/10.7429/pi.2021.744226
252. Torres, S., Jaramillo, I., Cardona, F., Londoño, M., Villa, N., Galle, G., ... & Lemos, M. (2019). Illness perceptions and its relationship with quality of life in patients with chronic illness. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 28*(5), 784. https://doi.org/10.24205/03276716.2019.1101
253. Luszczynska, A., Benight, C. C., & Cieslak, R. (2009). Self-efficacy and health-related outcomes of collective trauma: A systematic review. *European Psychologist, 14*(1), 51–62. https://doi.org/10.1027/1016-9040.14.1.51
254. Özdemir, Ü., & Taşçı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1*(1), 57–72.
255. Tsay, S. L., & Chao, Y. F. C. (2002). Effects of perceived self-efficacy and functional status on depression in patients with chronic heart failure. *Journal of Nursing Research, 10*(4), 271–278. https://doi.org/10.1097/01.JNR.0000347608.76047.7A

256. Wu, S. F. V., Huang, Y. C., Lee, M. C., Wang, T. J., Tung, H. H., & Wu, M. P. (2013). Self-efficacy, self-care behavior, anxiety, and depression in Taiwanese with type 2 diabetes: A cross-sectional survey. *Nursing & Health Sciences, 15*(2), 213–219. https://doi.org/10.1111/nhs.12022
257. Pompey, C. S., Muensri, B., & Kritpracha, C. (2016). Self-efficacy to perform activities of daily living predicts independence in activities of daily living in subacute stroke patients. *GSTF Journal of Nursing and Health Care, 4*, 19–26.
258. Torrisi, M., De Cola, M. C., Buda, A., Carioti, L., Scaltrito, M. V., Bramanti, P., ... & Calabrò, R. S. (2018). Self-efficacy, poststroke depression, and rehabilitation outcomes: Is there a correlation? *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 27*(11), 3208–3211. https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.07.021
259. Silva, S. M., Corrêa, J. C. F., da Silva Mello, T., Ferreira, R. R., da Costa Silva, P. F., & Corrêa, F. I. (2016). Impact of depression following a stroke on the participation component of the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disability and Rehabilitation, 38*(18), 1830–1835. https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1107774
260. Robinson-Smith, G., Johnston, M. V., & Allen, J. (2000). Self-care self-efficacy, quality of life, and depression after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 81*(4), 460–464. https://doi.org/10.1053/MR.2000.3863
261. Loupatty, S. N., Ranimpi, Y. Y., & Rayanti, R. E. (2019). Psychosocial response and coping strategies for stroke patients in Ambonese cultural context. *Jurnal Kesehatan, 10*(3), 480–489.

EKLER

EK-1.Etik Kurul Onayı

EK-2.Bilgilendirilmiş Onam Formu

Katılımcı Bilgilendirme ve Gönüllü Onam Formu

Araştırma Adı: İnme Sonrası Hastalarda Psikopatolojiyi Etkileyen Faktörler: Kişilik Özellikleri ve Başa Çıkma Tutumlarının Psikopatolojik Semptomlarla İlişkisi

Değerli katılımcı,

Bu çalışma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Klinik Psikoloji Anabilim Dalı bünyesinde Dr. Öğr. Üyesi Aynur Feyzioğlu danışmanlığında, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi Dilan Acar'ın "İnme Sonrası Hastalarda Psikopatolojiyi Etkileyen Faktörler: Kişilik Özellikleri ve Başa Çıkma Tutumlarının Psikopatolojik Semptomlarla İlişkisi" adlı yüksek lisans tezi kapsamında yürütülmektedir.

Araştırmada inme hastalarının psikolojik semptomlarını etkileyebilecek faktörler araştırılmakta olup araştırma sonucunda elde edilen bulguların, inme hastalarının yaşadıkları psikolojik problemlerin daha iyi anlaşılmasına hizmet edeceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Çalışma, birden fazla psikolojik ölçek içermektedir ve bu testler kapsamında sizden bazı soruları cevaplamanız istenmektedir. Uygulanacak psikolojik ölçeklerin tamamlanmasının ortalama 30-45 dk. civarında sürmesi beklenmektedir. Soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Lütfen yönergeleri takip ederek size en uygun olduğunu düşündüğünüz yanıtı vermeye çalışınız ve mümkün olduğunca boş soru bırakmayınız. Anketlerde yer alan sorular rahatsızlık verecek unsurlar içermemektedir. Yine de herhangi bir nedenden ötürü rahatsızlık hissederseniz, herhangi bir yaptırıma maruz kalmadan istediğiniz aşamada çalışmadan tümüyle ayrılabilirsiniz.

Vereceğiniz yanıtlar tamamen gizli tutulacak ve sadece bu araştırma kapsamında değerlendirilecektir. Bireysel bir değerlendirme söz konusu olmayacaktır. Araştırma yayınlansa bile, tüm kimlik bilgileriniz mevzuat gereği gizli tutulacaktır.

Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

"Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanılmasını kabul ediyorum."

"Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün:	Araştırmacının:
Adı, Soyadı:	Adı, Soyadı:
İmzası:	İmzası
Tarih:	Tarih:

Ek-3.Sosyodemografik Bilgi Formu

Yaş	
Cinsiyet	□ Kadın □ Erkek □ Belirtmek İstemiyorum
Medeni Durum	□ Evli □ Bekar □ Dul □ Boşanmış □ Ayrı Yaşıyor □ Belirtmek İstemiyorum
Eğitim Düzeyi	□ Okur Yazar □ İlköğretim □ Lise □ Ön Lisans □ Lisans □ Lisansüstü
Çalışma Durumu	□ Halen çalışıyor □ Çalışmıyor □ Emekli □ Diğer.....
Gelir Düzeyi	□ 0-25000 □ 25000-50000 □ 50000-75000 □ 75000-100000 □ 100000+
Sağlık Güvencesi	□ Var □ Yok
Evinizde kimlerle yaşamaktasınız?	□ Yalnız □ Sadece Eşiniz □ Eşiniz ve Çocuklar □ Anne Baba □ Diğer.....

Hastalık ile İlgili Bilgiler

Mevcut Hastalık Tanısı	
İnme Tipi	□ İskemik □ Hemorajik
Etkilenen Ekstremite	
Geçirilmiş İnme Sayısı	
Hastalık Süresi	
İnmeye Yönelik Uygulanan Tedavi	
Rehabilitasyon süreci devam ediyor mu?	□ Evet □ Hayır
İlave kronik hastalıklar	
Psikiyatrik/Nörolojik Hastalık Tanısı	
Bakımı Sürdüren Kişi ve Yakınlık Derecesi	

EK-4.Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ölçeği

Sıra No	Bu kısımda, **"Beş Faktör Kişilik Özellikler"** konusunda, görüşlerinizi belirlemeye yönelik ifadeler yer almaktadır. Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyup değerlendirerek sağ tarafta uygun bulduğunuz **sadece bir seçeneği (X)** işareti ile işaretleyerek belirtiniz.	**Hiç katılmıyorum**	**Çok az katılıyorum**	**Biraz katılıyorum**	**Oldukça Katılıyorum**	**Çok fazla katılıyorum**
1	Konuşkan biriyim.					
2	Başkalarının hatasını bulmaya yatkınım.					
3	Bir işi tam yaparım.					
4	Karamsar, hüzünlü biriyim.					
5	Orijinal biriyim, yeni fikirler üretirim.					
6	İçine kapanık biriyim.					
7	Yardımseverim.					
8	Bazen dikkatsiz davranabiliyorum.					
9	Rahatım, strese girmem.					
10	Pek çok şeyi merak ederim.					
11	Enerji doluyum.					
12	Başkaları ile ağız dalaşı (sözlü kavga) başlatırım.					
13	Bir görevin (çalışma, ödev, iş) verilmesi için güvenilir biriyim.					
14	Gergin olabilirim.					
15	Zeki, derin düşünebilen biriyim.					
16	Diğer insanları heveslendiririm.					
17	Bağışlayıcıyım.					
18	Dağınık biriyim, çok derli toplu biri değilim.					
19	Endişeli biriyim.					
20	Hayal gücüm kuvvetlidir.					
21	Sessizim.					
22	Başka insanların güvendiği biriyim.					
23	Tembel olmaya eğilimliyim.					
24	Duygusal olarak dengeliyim, kolay kolay mutsuz olmam.					
25	Yaratıcıyım.					
26	Çekingen değilim, girişkenim.					
27	Başka insanlara karşı soğuk ve ilgisizim.					
28	Bir işi bitirmeden, yarıda bırakmam.					
29	Duygu durumum (modum) değişkendir.					
30	Sanatsal ve estetik şeyler benim için önemlidir.					
31	Bazen utangaç ve çekingenim.					

32	Herkese karşı düşünceli ve saygılıyım.					
33	Yaptığım şeyleri etkin, hakkını vererek, iyi yaparım.					
34	Gergin durumlarda, ortamlarda sakin kalabilirim.					
35	Rutin, tekdüze şeyleri yapmayı tercih ederim.					
36	Dışa dönük, sosyal biriyim.					
37	Bazen diğer insanlara kaba davranırım.					
38	Plan yapar ve bu planları uygularım.					
39	Çabuk heyecanlanırım.					
40	Fikirlerle oynamayı, benim için ne anlama geldikleri üzerinde düşünmeyi severim.					
41	Sanata karşı pek ilgili değilim.					
42	Başkaları ile yardımlaşmayı severim.					
43	Dikkatim çabuk dağılır.					
44	Sanat, müzik ve edebiyatla ilgiliyimdir.					

Ek-5.Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-R)

Aşağıdaki ölçek ile insanların kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerini araştırmayı amaçlamaktayız. Sizden ölçekteki maddeleri dikkatli bir şekilde okuyarak maddelerden görüşlerinize en uygun seçeneği ("**Asla Böyle Yapmam**" için **1**'i, **"Çok Az Böyle Yaparım"** için **2**'yi, **"Böyle Yaparım"** için **3**'ü, **"Çoğunlukla Böyle Yaparım"** için **4**'ü) işaretlemeniz ve tüm maddeleri eksiksiz doldurmanız istenmektedir. İşaretlediğiniz seçeneğin doğruluğu ya da yanlışlığı söz konusu değildir. Toplanılan veriler araştırmacılar tarafından araştırmanın amacı dışında kullanılmayacaktır. Aşağıda verilen maddeleri içtenlikle yanıtlayacağınızı umar, yardımlarınız için teşekkür ederiz. Saygılarımızla.

		Asla Böyle Yapmam	**Çok Az Böyle Yaparım**	**Böyle Yaparım**	**Çoğunlukla Böyle Yaparım**
1	Duygularımı ifade etmek için zaman ayırırım.	1	2	3	4
2	Duygularımı-hislerimi açığa vurmaya çalışırım.	1	2	3	4
3	Duygularımı başkalarıyla tartışırım.	1	2	3	4
4	Arkadaşlarımdan veya akrabalarımdan duygusal destek almaya çalışırım.	1	2	3	4
5	Ne hissettiğimi birileriyle paylaşırım.	1	2	3	4
6	Bir durumla ilgili daha fazla bilgi almak için birileriyle konuşurum.	1	2	3	4
7	Bütün gücümle yaptığım işe yoğunlaşırım.	1	2	3	4
8	Problemi çözümlemek için farklı yolları denerim.	1	2	3	4
9	Problemin üstesinden gelebilmek için hemen harekete geçerim.	1	2	3	4
10	Bir şeyler yapacağım zaman adım adım ilerlerim.	1	2	3	4
11	Yapacağım işle ilgili bir strateji belirlemeye çalışırım.	1	2	3	4
12	Adımlarımı düşünerek atarım.	1	2	3	4
13	Yaptığım işe başka şeylerin engel olmasını önlemek için yoğun çaba harcarım.	1	2	3	4
14	Her durumda iyimser olmaya çalışırım.	1	2	3	4

15	Her ne üzerinde çalışırsam çalışayım olumlu duygularla yola çıkarım.	1	2	3	4
16	Bir şeyler kötü gözükse bile yaptığım işe olumlu bakmaya devam ederim.	1	2	3	4
17	Yeni fikirlere çabuk uyum sağlarım.	1	2	3	4
18	Ortaya çıkan durumun gerçekliğini kabullenirim.	1	2	3	4
19	Bir şeyi daha olumlu göstermek için onu başka bir açıdan görmeye çalışırım.	1	2	3	4
20	Önemsediğim başka bir şeyler bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
21	Kendime “bu durumun gerçek olmadığını” söylerim.	1	2	3	4
22	Ortaya çıkan durum gerçekten olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
23	Ortaya çıkan durumla baş edemeyeceğimi kabul eder ve denemeyi bırakırım.	1	2	3	4
24	İstediğim şeyi almak için girişimde bulunmam.	1	2	3	4
25	Başıma gelen bir işle ilgili başkalarını veya başka bir şeyi suçlarım.	1	2	3	4
26	Her şeyi unutmaya çalışırım.	1	2	3	4
27	Kendimi suçlarım.	1	2	3	4
28	Problemin kaynağı olarak kendimi görürüm.	1	2	3	4
29	Kendimi eleştirir veya azarlarım.	1	2	3	4
30	Bana sorun yaşatan şey zihnimi sürekli meşgul eder.	1	2	3	4
31	Bir problemi takıntı yapıp tekrar tekrar onu yaşarım.	1	2	3	4
32	Problemimi sürekli kara kara düşünürüm.	1	2	3	4

EK-6.Hastalık Algısı Ölçeği

HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğeni yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

	Hastalığımın başlangıcından Bu yana bu belirtiyi yaşadım		Bu belirti *hastalığımla ilgili*	
Ağrı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Boğazda yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Bulantı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Soluk almada güçlük	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Kilo kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Yorgunluk	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Eklem sertliği	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Gözlerde yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Hırıltılı soluma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Baş ağrıları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Mide yakınmaları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Uyku güçlükleri	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Sersemlik hissi	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Güç kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz.

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum
2. Böyle düşünmüyorum
3. Kararsızım
4. Böyle düşünüyorum
5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Hastalığım kısa sürecek.					
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı.					
3. Bu hastalık uzun sürecek.					
4. Bu hastalık çabuk geçecek.					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum.					
6. Ciddi bir hastalığım var.					
7. Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var.					
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor.					
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor.					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var.					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor.					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var.					
13. Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir.					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı.					
15. Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez.					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var.					
17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek.					
18. Hastalığım zamanla iyileşecek.					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var.					
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak.					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir.					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir.					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez.					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor.					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor.					
26. Hastalığımı anlamıyorum.					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum.					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum.					
29. Hastalığımın belirtileri günden güne farklılık gösteriyor.					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bezen yok.					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemez).					
32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor.					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum.					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum.					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor.					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor.					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor.					
38. Hastalığım beni korkutuyor.					

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum
2. Böyle düşünmüyorum
3. Kararsızım
4. Böyle düşünüyorum
5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

OLASI NEDENLER	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Stres ya da endişe					
Kalıtsal (ırsi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet-yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaşlanma					
Alkol					
Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

Bana göre hastalığıma yol açan en önemli nedenler:

1.
2.
3.

Ek-7.İnme Öz Yeterlik Ölçeği

İnme Öz Yeterlik Ölçeği

Bu sorular inme/felç geçirdiğiniz andan itibaren yaparken zorluk yaşayabileceğiniz bazı görevler ile ilgili hissettiğiniz güven hakkındadır. Lütfen aşağıdaki her iş için çizgi üzerindeki bir noktayı daire içine alınız. Bu daire, inme/felç geçirmenize rağmen şimdi bu işleri yaparken kendinize ne kadar güvendiğinizi göstermektedir. 0=kendime hiç güvenmiyorum, 1=kendime biraz güveniyorum, 2=kendime orta derecede güveniyorum, 3=kendime çok güveniyorum anlamına gelmektedir.

Kendinize bu işlerde ne kadar güveniyorsunuz?

1. Her gece rahat bir şekilde yatağa girebilirim.



2. Yorgun hissettiğimde bile, kendi başıma yataktan kalkabilirim.



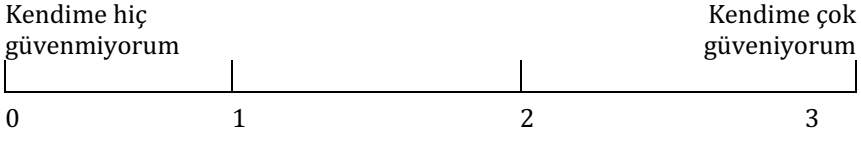
3. Evin içinde her türlü zeminde kendi başıma birkaç adım atabilirim.



4. Yapmak istediğim çoğu şeyi yapmak için evin içinde gezinebilirim.



5. Dışarıda her türlü zeminde kendi başıma güvenli bir şekilde yürüyebilirim.



6. Yemek yerken her iki elimi de kullanabilirim.



7. Yorgun hissettiğimde bile kendi kendime giyinip soyunabilirim.



8. Kendim için istediğim bir yemeği hazırlayabilirim.



9. Tedavim tamamlandıktan sonra, inmenin iyileşmesi için ilerleme kaydetmeyi sürdürebilirim.



10. Kendi egzersiz programımı her gün gerçekleştirebilirim.



11. İnmeden ötürü bazı şeyleri yapamamanın verdiği hayal kırıklığı ile başa çıkabilirim.



12. İnmeden önce yapmayı sevdiğim şeylerin çoğunu yapmaya devam edebilirim.



13. İnmeden beri yavaş yapabildiğim işlerde hız kazanmaya devam edebilirim.



Ek-8.SCL-90 Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)

SCL-90 R TESTİ					
Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son bir ay içerisinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak en uygun seçeneği işaretleyiniz.	**Hiç**	**Çok Az**	**Orta Derecede**	**Oldukça Fazla**	**İleri Derecede**
1. Baş ağrısı					
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi					
3. Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoşa gitmeyen düşünceler					
4. Baygınlık ya da baş dönmesi					
5. Cinsel arzu ve ilginin kaybı					
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu					
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri					
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu					
9. Olayları anımsamada güçlük					
10.Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler					
11.Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi					
12.Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar					
13.Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi					
14.Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali					
15.Yaşamınızın sonlanması düşünceleri					
16.Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma					
17.Titreme					
18.Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi					
19.İştah azalması					
20.Kolayca ağlama					
21.Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi					
22.Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi					
23.Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma					
24.Kontrol edilemeyen öfke patlamaları					
25.Evden dışarı yalnız çıkma korkusu					
26.Olanlar için kendisini suçlama					
27.Belin alt kısmında ağrılar					
28.İşlerin yapılmasında erteleme duygusu					
29.Yalnızlık hissi					
30.Karamsarlık hissi					
31.Her şey için çok fazla endişe duyma					
32.Her şeye karşı ilgisizlik hali					
33.Korku hissi					
34.Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali					
35.Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi					
36.Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu					
37.Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi					
38.İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak					
39.Kalbin çok hızlı çarpması					
40.Bulantı ve midede rahatsızlık hissi					
41.Kendini başkalarından aşağı görme					
42.Adale (kas) ağrıları					

43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi					
44. Uykuya dalmada güçlük					
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme					
46. Karar vermede güçlük					
47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu					
48. Nefes almada güçlük					
49. Soğuk veya sıcak basması					
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu					
51. Hiçbir şey düşünmeme hali					
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması					
53. Boğazınıza bir yumru takınmış hissi					
54. Gelecek konusunda ümitsizlik					
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük					
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi					
57. Gerginlik veya coşku hissi					
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi					
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri					
60. Aşırı yemek yeme					
61. İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma					
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma					
63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması					
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma					
65. Yıkanma, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali					
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama					
67. Bazı şeyleri kırıp dökme hissi					
68. Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması					
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme					
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi					
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi					
72. Dehşet ve panik nöbetleri					
73. Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi					
74. Sık sık tartışmaya girme					
75. Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali					
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu					
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme					
78. Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme					
79. Değersizlik duygusu					
80. Size kötü bir şey olacakmış hissi					
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma					
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu					
83. Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu					
84. Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması					
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi					
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller					
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi					
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama					
89. Suçluluk duygusu					
90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi					