



## Self-efficacy and quality of life after stroke

## İnme sonrası öz etkililik ve yaşam kalitesi

Serpil Topçu<sup>1</sup>  
Sıdıka Oğuz<sup>2</sup>

### Abstract

Stroke is leading causes disabilities and limitations in the world and Turkey. For this reason, Stroke symptoms can be very stressful for caregivers and it can be a burden of health care system. Positive patient outcomes can be achieved with proper management of the treatment process. Treatment plan according to stroke patients psychologic adaptations such as self-efficacy and patient ability to self-care activities. The aim of this study is to provide a context of relationship with self-efficacy, quality of life and stroke.

**Keywords:** Stroke; self- efficacy; quality of life; nursing; rehabilitation.

[\(Extended English abstract is at the end of this document\)](#)

### Özet

İnme tüm dünyada ve ülkemizde sakatlıklara ve kısıtlılıklara neden olan ciddi bir sağlık sorunudur. Bu özelliği nedeni ile hasta, hasta ailesi, tıbbi personel ve sağlık sistemine ağır yükler getirmektedir. Tedavi sürecinin doğru yönetilmesi ile olumlu hasta çıktılarına ulaşmak mümkündür. Tedaviye yön vermek için, hastaların mevcut yapabilirlik düzeyinin analiz edilmesi, tedavi ve bakıma katılım için hazır oluşumunun bilinmesi gereklidir. Bu derlemede, inme hastalarının tedavi planını düzenlemede rehber olacağı düşünülen, yaşam kalitesi ve öz etkililik kavramları ve bu kavramların inme ile ilişkisinin tartışılması amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** İnme; öz- etkililik; yaşam kalitesi; hemşirelik; rehabilitasyon.

### 1. Giriş

İnme, beynin kan akımının azalması nedeniyle nörolojik yetersizliklerin ortaya çıktığı bir durumdur (Karadakovan, 2011; Torbey, 2013). Dünyada yılda yaklaşık 15 milyon kişi inme geçirmekte, 5 milyon kişi inme nedeni ile yaşamını kaybetmekte ve 5 milyon kişide kalıcı hasar meydana gelmektedir (WHO, 2014). Türkiye İstatistik Kurumu 2015 verileri, ülkemizde ölümlerin %24,3'ünün serebrovasküler hastalıklardan kaynaklandığını bildirmektedir (TUİK, 2015).

İnme sonrası kas gücü, hareket, enerji, uyku, hafıza gibi vücut fonksiyonlarında; konuşma, hareket etme, giyinme, öz- bakım, yemek yeme gibi günlük aktivitelerde; ev işlerini yapabilme, kendine yemek hazırlama gibi aktivitelere katılım düzeylerinde sorunlar oluşabilmektedir (Langhorne ve ark, 2011; Şenocak ve ark., 2008). TC. Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri 2012 raporuna göre inme geçiren hastaların %50'si iyileşerek ya da hafif kısıtlılıklar ile taburcu olmakta, %20'si hastanede yaşamını yitirmekte ve %30'u ciddi veya kalıcı hasar nedeni ile bakıma ihtiyaç duymaktadır (Bilgili ve Gözüm, 2014).

Bilim dünyası uzun yıllardır değiştirilebilir inme risk faktörlerini kontrol altına almak ve hayatta kalan inme hastalarının daha iyi bir yaşam sürmeleri için çalışmaktadır. İnme tedavisinde ilk

<sup>1</sup> Instructor, M.S.N., Koç University, School of Nursing, [stopcu@ku.edu.tr](mailto:stopcu@ku.edu.tr)

<sup>2</sup> Assoc. Prof. Dr., Marmara University, Faculty of Health Sciences, [soguz@marmara.edu.tr](mailto:soguz@marmara.edu.tr)

basamak risk faktörlerinin kontrol altına alınması ve inme oluşmasını önlemeye yönelik birincil korunmadır. Birincil korunmanın sağlanamadığı hastalarda, inmeye özgü tedavi, destek tedaviler ve rehabilitasyon programları ile iyileşmenin sağlanması amaçlanır (Durna ve Tülek , 2012).

İnme rehabilitasyonu, hastanın hastaneye geliş anında başlar, hastane süreci ve taburculuğa kadar devam eder. Kısıtlılık gelişen hastalarda rehabilitasyon programı evde devam etmektedir. İnme sonrası gelişebilecek kısıtlılıklardan bazıları; kas-iskelet ve motor bozukluklar (paralizi, spastisite); duyu sorunları (görme, duyu, agnozi); bilişsel bozukluklar (dikkat eksikliği, bellek güçlüğü); dil ve iletişim bozuklukları (afazi, dizartri); gastrointestinal sorunlar (üriner- fekal inkontinans, yutma güçlüğü) ve psikososyal sorunlardır (depresyon, sosyal izolasyon). İnme rehabilitasyonu programı, hastada var olan bu sorunları en iyi düzeye getirmeye çalışmakta, beraberinde ağrı, cinsellik, işe dönüş, araba kullanma, eğlence/ hobi faaliyetlerine katılım gibi birçok alanda da tedavi, bakım ve düzenlemeyi içermektedir (Duraski , 2012; Durna ve Tülek, 2012). Rehabilitasyon programı, hastaların bağımsızlık düzeyini artırmayı, gelişen fiziksel, fonksiyonel ve bilişsel tüm yetersizlikleri, dolayısıyla yaşam kalitesini en iyi düzeye getirmeyi amaçlamaktadır (Durna ve Tülek , 2012; Langhorne ve ark., 2011; Şenocak ve ark., 2008).

Geniş bir ekip ile yürütülen inme rehabilitasyonu programı içinde hemşire, ekibin bir parçası olarak bulunmakta ve sorumluluk almaktadır. Rehabilitasyon hemşiresi, hastanın; mevcut fonksiyon düzeyinin sürdürülmesine, gelişebilecek komplikasyonların önlenmesine, bağımsızlık ve yaşam kalitesinin en üst düzeye getirilmesine yardımcı olur. Bu amaca ulaşabilmek için tanımlanmış görevleri rehber olarak kullanır. Rehabilitasyon hemşiresinin görevlerini altı ana başlık altında inceleyebiliriz (Burton, 2000; Long ve ark., 2002; Winstein ve ark., 2016); ( Tablo 1);

**Tablo 1. Rehabilitasyon hemşiresinin görevleri**

1- Değerlendirme;	Hastanın öz bakım gücü, günlük aktivite düzeyi, ilaç tedavisi, beslenme, boşaltım, ağrı, deri bütünlüğü, aile desteği, sosyal çevre ve duyu durumunu değerlendirir.
2- Koordinasyon ve iletişim;	Hasta, rehabilitasyon ekibi ve ekibin kendi arasındaki iletişim ve koordinasyonunu sağlar.
3- Bakım;	Cilt ve hijyen bakımı, enfeksiyon kontrolü, ilaç tedavisi, beslenmenin ve konforun sağlanması gibi hastanın tüm bakım gereksinimlerini karşılar.
4-Tedavinin devamlılığı;	Hastanın rehabilitasyon ihtiyacına göre planlanan tedavi ve bakımın uygulanması ve devamlılığını sağlar.
5- Duyusal destek	Hastanın, korku ve endişelerini tanımlar, güvenini kazanır, gerekli durumlarda ekibin içine psikiyatrist katılımını sağlar.
6- Aileyi dahil etme;	Aileyi tüm uygulamalar ve tedavi hakkında bilgilendirir ve sürece dahil olmalarını sağlar.

Hastaların, hastalığı yönetme ve yaşam kalitesi düzeylerinin bilinmesi bakımın ve tedavinin planlanmasında gereklidir (Şenocak ve ark., 2008). Hemşire, hastaların fiziksel fonksiyon durumlarını, inme öncesi yaşam şekli ve alışkanlıklarını, emosyonel, sosyal durumlarını belirlemek ve bakım planını oluşturabilmek için bazı ölçek ve formlar kullanır. İnme sonrası hemşirelerin hasta verileri toplanmasında ve bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde sıklıkla kullandıkları araçlardan ikisi; “Öz Bakım Ölçeği (Jones, 2008) ” ve “Yaşam Kalitesi Ölçeği (Williams, 1999)”dir (Akdemir ve Akkuş, 2006).

### **İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği**

Yaşam kalitesi, fiziksel, fonksiyonel, emosyonel ve sosyal durumu ilgilendiren pek çok unsurda bireyin hissettiği iyilik halidir. Yaşam kalitesi hastalık sonucu ortaya çıkan yetersizlik ile ideal yapabilirlik arasındaki farkın birey tarafından yorumlanmasıdır (Yönt ve Khorshid, 2012; Topçu ve

Bölüktaş, 2012). İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği, 1999 yılında Williams ve ark. tarafından inme geçiren bireylerde kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik analizi Yönt (1999) tarafından doktora tez çalışmasında yapılmış, cronbach alpha değeri 0.97 olarak bulunmuştur (Yönt ve Khorshid, 2012). Toplam 49 maddeden oluşan orijinal ölçek, mobilite, enerji, üst ekstremite fonksiyonu, kendine bakım, meslek/ üretkenlik, mizaç, sosyal rol, ailenin rolü, vizyon, dil, düşünme, kişilik özelliklerini değerlendiren 12 alandan oluşmaktadır (Yönt ve Khorshid, 2012; Williams ve ark., 1999). Alanların içerdikleri maddeler Tablo 2'de özetlenmiştir;

**Tablo 2. İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Alt Boyutları**

Madde	İçerik	Madde Sayısı
1- Mobilite	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yürüme</li> <li>Merdiven çıkma</li> <li>Ayakta durma</li> <li>Sandalyeden kalkma</li> <li>Yere eğilme- doğrulma ile dengenin sağlanması</li> <li>Dinlenme ihtiyacı</li> </ul>	6
2- Enerji	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yorgun hissetme</li> <li>Sık sık dinlenme</li> <li>Yorgunluk nedeni ile kısıtlılık</li> </ul>	3
3- Üst ekstremite fonksiyonu	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yazı yazma</li> <li>Düğme ilikleme</li> <li>Fermuar çekme</li> <li>Çorap giyme</li> <li>Kavanoz kapağı açma</li> </ul>	6
4- Kendine bakım	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yemek hazırlama</li> <li>Yemek yeme</li> <li>Giyinme</li> <li>Banyo yapma</li> <li>Tuvalete gitme</li> </ul>	5
5- Meslek/ üretkenlik	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evle ilgili günlük işleri yapma</li> <li>Alışkın olduğu işleri yapma</li> <li>Bir işe başlayıp bitirme sırasında yaşanan zorluk</li> </ul>	3
6- Mizaç	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gelecek endişesi</li> <li>Kendine güven</li> <li>İştah durumu</li> <li>Sosyal çevreye katılma</li> <li>Sosyal çevreden uzaklaşma</li> </ul>	5
7- Sosyal rol	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dışarı çıkma</li> <li>Hoşlandığı kişi/işlere zaman ayırma</li> <li>Arkadaşlara zaman ayırma</li> <li>Cinsellik</li> <li>Sosyal yaşamın etkilenmesi</li> </ul>	5
8- Ailenin rolü	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aile ile eğlenceli zaman geçirme</li> <li>Aileye yük olma düşüncesi</li> <li>Aile yaşamının etkilenmesi</li> </ul>	3
9- Vizyon/ Görme	<ul style="list-style-type: none"> <li>Televizyon izleme</li> <li>Bir eşyayı görebilme</li> <li>Bir eşyaya ulaşabilme</li> </ul>	3
10- Dil	<ul style="list-style-type: none"> <li>Konuşmakta zorlanma</li> <li>Telefonda konuşmakta zorlanma</li> <li>Bazı kelimeleri söylemekte zorlanma</li> <li>Söylenenlerin anlaşılmaması</li> <li>Söylenenlerin tekrar edilmesi ihtiyacı</li> </ul>	5
11- Düşünme	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dikkatini yoğunlaştırma</li> <li>Hatırlama</li> <li>Hatırlama için yazma</li> </ul>	3
12- Kişilik özellikleri	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sinirlilik</li> <li>Sabırsızlık</li> <li>Kişilik değişimi</li> </ul>	3

Ölçek maddeleri; 1. kesinlikle katılıyorum, 2. kısmen katılıyorum, 3. kararsızım, 4. kısmen katılmıyorum, 5. kesinlikle katılmıyorum olmak üzere beşli likert derecelendirme ile puanlanmaktadır. Ancak bazı soruların bu derecelendirme ile anlaşılması güç olduğu için ilgili sorulara (örneğin yemek hazırlarken zorlandınız mı?) hastaların “1. Hiç yapamadım, 2. Çok zorlandım, 3. Biraz zorlandım, 4. Çok az zorlandım, 5. Hiç zorlanmadım” cevaplarından uygun olanı seçmeleri istenmiştir (Yönt ve Khorshid, 2012).

Ölçekten alınan puanın hesaplanmasında öncelikle her alandan alınan puan alanda bulunan madde sayısına bölünerek hesaplanmakta, toplam puan ise her alandan ayrı ayrı alınan toplam puanın 12'ye bölünmesi ile hesaplanmaktadır. Ölçek puanının yüksek olması yaşam kalitesinin iyi, düşük bulunması ise yaşam kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir (Yönt ve Khorshid, 2012).

İnme geçiren hastalarda kullanılan, günlük hareketlerde bağımlılık, fiziksel- duyuşal yetersizlik, aile ve sosyal destek, kişilik ve düşünme becerilerini içeren ölçek, hastaların yaşam kalitesi ile ilgili önemli ipuçları vermektedir. Ölçek yardımı ile hastaların kendi sağlığını algılama düzeyi belirlenebilmekte ve hasta merkezli bakım planlaması yapılabilmektedir (Yönt ve Khorshid, 2012; Şenocak ve ark., 2008). Ölçüm sonuçları, hastaların yaşadıkları sorunların, tedavi ve bakım önceliklerinin belirlenmesinde, yaşam kalitesinin yükseltilmesine yönelik rehabilitasyon programının oluşturulmasında ve rehabilitasyon hemşiresinin bakım planını oluşturmasında yardımcı olmaktadır (Durna ve Tülek, 2012; Şenocak ve ark., 2008).

### Öz Etkililik Ölçeği

İlk kez Bandura tarafından 1977 yılında kullanılan öz etkililik, bireyin bilgi düzeyi ne olursa olsun karşılaştığı sorunun üstesinden gelmede kendine olan inancı, olayları kontrol edebilme algısı veya yargısıdır (Aksayan ve Gözüm, 2002; Lewin ve ark., 2013). Hemşire araştırmacılar, sağlığın geliştirilmesinde, öz bakım gibi insan davranışlarının önemine odaklanan çalışmalar yapmaktadır. Öz bakım kavramı içinde yer alan öz etkililik , (Eller ve ark., 2016) hastalığa bakış açısını kontrol etmede hastalara yardımcı olmaktadır (Korpershoek ve ark., 2011).

Tedavi ve bakıma yön verecek olan öz etkililik düzeyinin belirlenmesinde, Öz Etkililik-Yeterlik Ölçeği'nden (ÖEYÖ) yararlanılmaktadır. Sherer ve arkadaşları tarafından 1982 yılında geliştirilen (Sherer ve ark., 1982) ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1999 yılında Gözüm ve Aksayan tarafından yapılmış, iç tutarlılığına yönelik cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur. 23 madde içeren ölçek, davranışa başlama, davranışı sürdürme, davranışı tamamlama ve engellerle mücadele olmak üzere dört alandan oluşmaktadır. Her bir maddeden alınacak puan; 1-“beni hiç tanımlamıyor”, 2-“beni biraz tanımlıyor”, 3-“kararsızım”. 4-“beni iyi tanımlıyor”, 5-“beni çok iyi tanımlıyor” seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi ile hesaplanmaktadır. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek bulunması genel öz etkililik algısının iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Gözüm ve Aksayan'ın çalışma sonuçlarına göre ölçek, özellikli olmayan herhangi bir alanda, genel öz etkililik-yeterlik algısını iyi bir şekilde ölçebilmektedir (Gözüm ve Aksayan, 1999).

Jones ve ark. tarafından 2008 yılında “The Stroke Self- Efficacy Questionnaire (SSEQ)” formu, inme sonrası iyileşme döneminde hastaların öz etkililik düzeylerini belirlemek üzere geliştirilen ve kullanılan bir formdur. 13 maddeden oluşan SSEQ, inme hastalarının günlük aktiviteleri ve özyönetim seviyelerine bakmaktadır (Jones ve ark., 2008). Crombach alfa değeri 0.90 olarak bulunan formun, inme sonrası hastaların öz etkililik düzeyini belirlemek için uygun bir araç olduğu belirlenmiştir (Jones ve Riazi, 2011; Jones ve ark., 2013; Riazi ve ark., 2014). İnme hastalarına özgü geliştirilen formun, hastanın mevcut yapabilirlik düzeyinin belirlenmesi ve bakımın planlanmasında kolaylık sağlayacağı düşünülmektedir.

## İNME, YAŞAM KALİTESİ, ÖZ ETKİLİLİK VE HEMŞİRELİK

1990'lı yıllarda hemşireler, inme hastalarına sadece hastanede bakım vermekteydi. Hastaların öz etkililik ve yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik hemşirelik girişimleri, hastalar taburcu olana kadar uygulanabilmekteydi. 2000'li yıllarda bu durum hemşirelerin rehabilitasyon ekibi içerisindeki rolünün daha ayrıntılı tanımlanması ile değişti. Günümüzde evde bakım hizmetlerinin de gelişmesi ile hemşireler, hastalarını hastaneye yatışından taburcu olana kadar ve taburculuk sonrası evinde takip edebilmektedir (Kirkevold, 2010) .

Yaşam kalitesi ve öz etkililik kavramlarının, hemşireler tarafından uzun yıllar önce ele alındığı ve hemşirelik modelleri içinde yer aldığı görülmektedir. 1982 yılında Pender tarafından geliştirilen "Sağlığı Geliştirme Modeli" sağlığın yükseltilmesi ve sağlık davranışlarının iyileştirilmesine odaklanır. Model sağlığı değiştiren davranışları; bilişsel algısal, değiştirilebilir ve davranışın oluşmasını etkileyen faktörler olmak üzere, üç bileşen altında incelemektedir. Bu model bireyin sağlık aktivitelerine katılımının önemini vurgulamaktadır. Aynı zamanda, algılanan öz etkililik ve sağlık durumu, sağlığı geliştirme davranışlarının yararını anlama gibi faktörlerin, sağlığı artırabileceği ya da azaltabileceğini belirtmektedir (Ay , 2008). Dorothea E. Orem kuramında hastanın, biyolojik, fizyolojik, gelişimsel ve sosyal gereksinimlerini karşılayamadığı zaman, hemşirelik bakımına ihtiyaç duyduğunu ve bu ihtiyacın hastanın öz bakım yetersizliğinden kaynaklandığını belirtmektedir (Orem ve Renpenning, 1995). Diğer bir hemşire kuramcı Sister Callista Roy hemşirenin amacının, bireyin fizyolojik gereksinimlerine, üstlendiği rollere ve sağlıkla ilişkili değişikliklere uyumun kolaylaştırılması ve uyumun sağlanması olduğunu vurgulamaktadır (Ay, 2008).

Hastalık ve belirtiler ile uyumun sağlanmasının, hastalarda davranış, duygu durum, risk faktörleri yönetimini etkilediğine ve yaşam kalitesini arttırdığına yönelik çalışmalar bulunmaktadır (Tümer ve ark., 2016; Van Mierlo ve ark., 2017; Roter ve ark., 1998; Sappok ve ark., 2001). Ayrıca hastalığa uyumun, depresif belirtileri azalttığı ve sağlık algısını olumlu olarak geliştirdiği belirtilmektedir (King ve ark., 2015).

Hastanede ya da evde takip edilen inme hastalarında yaşam kalitesi ve öz etkililik düzeyinin yükseltilmesinde hemşirenin birçok sorumluluğu bulunmaktadır. İnme sonrası hastalarda hemipleji, disfaji, inkontinans, ağrı, konstipasyon, duysal ve emosyonel sorunlar gelişebilmektedir. Bu sorunlar hastaların yaşam kalitesi seviyesini önemli oranda etkilemektedir (Durna ve Tülek 2012; Duraski, 2012). Sorunlar, hastaların yaşamında büyük değişimlere neden olabilmekte ve hastalar yeni beceriler öğrenmek zorunda kalabilmektedir (Jones ve Riazi, 2011; Newbold ve ark., 2006; Hellstrom ve ark., 2003 ). Hemşirenin amacı hastanın yapabilirlik düzeyini ve inancını en üst seviyeye çıkarmak, dolayısıyla yaşam kalitesini de artırmaktır. Bu amacı gerçekleştirmek için hasta bakım ve tedavisinin düzenlenmesi, fonksiyonel yapabilirliğin artırılması, karşılaşılan zorluk ve sorunlara çözüm getirilmesi, yeni duruma uyumun sağlanması, ailenin ve en önemlisi hastanın bakıma dâhil edilmesi gerekir (Kirkevold, 2010) .

Öz bakımını kendisi yapan, hemşiresi tarafından olumlu geri bildirim alan hastalarda, başarıma performansının arttığı, öz etkililik düzeyinin ise olumlu etkilendiği bilinmektedir. ( Durna ve Tülek, 2012; Koç, 2012). Hemşireler tarafından kullanılan öz etkililik düzeyini yükseltme teknikleri, inme hastalarının kendi öz bakımlarını yapmaya teşvik etmektedir (Robinson - Smith ve Pizzi, 2003). Öz etkililik seviyesinin yükseltilmesi, öz bakımında artmasına neden olmaktadır. Dolayısı ile öz bakım ve öz etkililik birbiri ile paralel seyretmekte, birlikte artmakta veya azalmaktadır (Sadler ve ark., 2017; Taylor ve ark., 2014). Öz etkililik düzeyinde artış aynı zamanda, günlük aktivite düzeyinde artışa ve depresyon düzeyinde azalmaya neden olmaktadır(Korpershoek ve Hafsteinsdóttir, 2011; Jones ve Riazi, 2011 ). Öz etkililik düzeyinin yüksek olması, bireyin yaşadığı olumsuz durum ile baş etmesini de kolaylaştırmaktadır (Bandura, 1982).

Öz etkililik kavramının etkilendiği bir diğer bileşen yaşam kalitesi kavramıdır. Literatürde kronik hastalığa sahip bireylerde başarılı öz yönetim veya öz etkililik ile yaşam kalitesinin arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Korpershoek ve Hafsteinsdóttir, 2011; Coffman ve ark., 2009; Taylor ve ark., 2014). İnme sonrasında, yüksek öz etkililiğin, fonksiyon düzeyinin artması, sakatlığın



azalması ve yaşam kalitesinin yükselmesi ile ilişkili olduğu, aynı zamanda depresif belirtilerin azalmasını sağladığı belirtilmektedir (Jones ve Riazi, 2011; Robinson-Smith, 2002; Robinson-Smith ve ark., 2000).

Hemşirenin yüzyıllardır süregelen ve değişmeyen görevleri arasında uygun hasta iletişimi ve eğitimi yer alır. Sağlık personeli ile olumlu iletişim kuran hastaların, hastalık yönetiminde daha başarılı olduklarını görülmüştür (Sadler ve ark., 2017). Hastanın gereksinimi olan eğitimin verilmesi ve bilgi düzeyinin artırılması ile yaşam kalitesinin, olumlu etkilediğini belirten kanıtlar bulunmaktadır (Taylor ve ark., 2014; Ellis ve ark., 2010; Bailey ve ark., 2009; Gibson ve ark., 2002).

İnme sonrası hasta sorunlarının tanımlanması, soruna yönelik çözüm bulunması, uygulanması ve değerlendirilmesi hemşirenin sorumluluğundadır. Hemşire ayrıca, günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesi, başarıma performansının artırılması, değişikliğe uyumunun sağlanması, aile/ sosyal destek mekanizmalarının sürece dâhil edilmesi, cesaretlendirme ve bilgi eksikliğinin giderilmesi gibi pek çok değişkeni de yönetmektedir. Bu sorumlulukları nedeniyle hemşire, inme sonrası hastaların, öz etkililik ve dolayısıyla yaşam kalitesi düzeylerini yükseltmesinde önemli bir yere sahiptir.

## Sonuç

İnme sonrası sağlık bakım ekibinin ortak amacı hastanın, fiziksel, bilişsel, psikolojik, emosyonel ve sosyal açıdan en iyi düzeye gelmesinin sağlanmasıdır. Öz etkililik ve yaşam kalitesi tedavi sürecini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilir. Bu nedenle tedavi planlaması yapılırken hastaların öz etkililik ve yaşam kalitesi seviyelerine bakılması hedefe ulaşmada kolaylık sağlayacaktır. Öz etkililik ve yaşam kalitesini en iyi değerlendirecek ve yükseltmesinde katkısı büyük olan ekip üyesi, hastalar ile en çok zaman geçiren hemşirelerdir.

## Klinik ve Araştırma Etkileri

Öz etkililik ve yaşam kalitesi düzeylerinin birbirini pozitif veya negatif yönde etkilemesi nedeni ile inme hastalarının hastalık yönetiminin planlanmasında birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Öz etkililik ve yaşam kalitesi düzeylerinin, inme hastaları ile çalışan ekibin tedavi, bakım, girişim planlamasında rehber olacağı ve olumlu sonuçlar alınmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## Kaynakça

- Akdemir, N., Akkuş, Y. (2006). Rehabilitasyon ve hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 13(1), 082-091.
- Aksayan, S., Gözüm, S. (2002). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. Hemşirelik Araştırma Dergisi, 4(1), 9-14.
- Ay, F. A. (2008). Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar (2. ed.). İstanbul İstanbul Medikal Yayıncılık.
- Bailey, E. J., Cates, C. J., Kruske, S. G., Morris, P. S., Brown, N., Chang, A. B. (2009). Culture-specific programs for children and adults from minority groups who have asthma. *Cochrane Database Syst Rev*, 2.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, 37(2), 122.
- Bilgili, L., Gözüm, S. (2014). İnmeli hastaların evde bakımı: bakım verenler için rehber. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 7 (2).
- Burton, C. R. (2000). A description of the nursing role in stroke rehabilitation. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 174-181.
- Coffman, J. M., Cabana, M. D., Yelin, E. H. (2009). Do school-based asthma education programs improve self-management and health outcomes? *Pediatrics*, 124(2), 729-742.
- Duraski, S. A., D. F., Danzy, L. V., Sullivan, S. (2012). Stroke. In K. L. Mauk (Ed.), *Rehabilitation nursing : a contemporary approach to practice*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.

- Durna, Z., Tülek, Z. (2012). İnme ve Bakım. Durna Z. (Ed.), *Kronik Hastalıklar ve Bakım* (pp. 239-260). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Eller, L. S., Lev, E. L., Yuan, C., Watkins, A. V. (2016). Describing Self-Care Self-Efficacy: Definition, Measurement, Outcomes, and Implications. *International journal of nursing knowledge*.
- Ellis, G., Mant, J., Langhorne, P., Dennis, M., Winner, S. (2010). Stroke liaison workers for stroke patients and carers: an individual patient data meta-analysis. *The Cochrane Library*.
- Gibson, P. G., Powell, H., Wilson, A., Abramson, M. J., Haywood, P., Bauman, A., Roberts, J. J. (2002). Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. *The Cochrane Library*.
- Gözüm, S., Aksayan, S. (1999). Öz-etkililik-yeterlik ölçeği'nin türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2(1).
- Hakverdioğlu Yönt, G., Khorshid, L. (2012). Turkish version of the stroke-specific quality of life scale. *International Nursing Review*, 59(2), 274-280.
- Hellstrom, K., Lindmark, B., Wahlberg, B., Fugl-Meyer, A. R (2003). Self-efficacy in relation to impairments and activities of daily living disability in elderly patients with stroke: a prospective investigation. *Journal of rehabilitation medicine*, 35, 5: 202-207.
- 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.
- Jones, F., Riazi, A. (2011). Self-efficacy and self-management after stroke: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 33(10), 797-810.
- Jones, F., Riazi, A., Norris, M. (2013). Self-management after stroke: time for some more questions? *Disability and Rehabilitation*, 35(3), 257-264.
- Karadakovan, A. (2011). Sinir Sistemi. In E. A. F. Karadakovan A (Ed.), *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım* (2 ed., pp. 1204-1214). Adana Nobel Kitabevi, Adana.
- King, R. B., Shade-Zeldow, Y., Carlson, C. E., Feldman, J. L., Philip, M. (2015). Adaptation to stroke: a longitudinal study of depressive symptoms, physical health, and coping process. *Topics in stroke rehabilitation*.
- Kirkevold, M. (2010). The role of nursing in the rehabilitation of stroke survivors: an extended theoretical account. *Advances in Nursing Science*, 33(1), E27-E40.
- Korpershoek, C., van der Bijl, J., Hafsteinsdóttir, T. B. (2011). Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1876-1894.
- Koç, A. (2012). İnmede günlük yaşam aktiviteleri. *Gülhane Tıp Dergisi*. 54: 254-260.
- Langhorne, P., Bernhardt, J., Kwakkel, G. (2011). Stroke rehabilitation. *The Lancet*, 377(9778), 1693-1702.
- 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.
- Long, A. F., Kneafsey, R., Ryan, J., Berry, J. (2002). The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team. *Journal of advanced nursing*, 37(1), 70-78.
- Newbold, J., Taylor, D., Bury, M. (2006). Lay-led self-management in chronic illness: a review of the evidence. *Chronic Illness*, 2: 249-261.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., Renpenning, K. M. (1995). *Nursing concepts of practice*.
- 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.
- Robinson-Smith, G. (2002). Self-Efficacy and Quality of Life After Stroke. *Journal of Neuroscience Nursing*, 34(2), 91-98.
- 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.
- Robinson-Smith, G., Pizzi, E. R. (2003). Maximizing Stroke Recovery Using Patient Self-Care Self-Efficacy. *Rehabilitation Nursing*, 28(2), 48-51.
- Roter, D. L., Hall, J. A., Merisca, R., Nordstrom, B., Cretin, D., Svarstad, B. (1998). Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. *Medical care*, 36(8), 1138-1161.
- Sadler, E., Wolfe, C. D., Jones, F., McKeivitt, C. (2017). Exploring stroke survivors' and physiotherapists' views of self-management after stroke: a qualitative study in the UK. *BMJ open*, 7(3), e011631.
- Sappok, T., Faulstich, A., Stuckert, E., Kruck, H., Marx, P., Koennecke, H.-C. (2001). Compliance with secondary prevention of ischemic stroke a prospective evaluation. *Stroke*, 32(8), 1884-1889.

- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological reports*, 51(2), 663-671.
- Şenocak, Ö., El, Ö., Söylev, G. Ö., Avçılar, S., Peker, Ö. (2008). İnme sonrasında yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *J Neurol Sci (Turk)*, 25, 169-165.
- Taylor, S. J., Pinnock, H., Epiphaniou, E., Pearce, G., Parke, H. L., Schwappach, A., Greenhalgh, T. (2014). A rapid synthesis of the evidence on interventions supporting self-management for people with long-term conditions: PRISMS–Practical systematic Review of Self-Management Support for long-term conditions.
- Topçu, S., Bölüktaş, R. P. (2012). İnmeli hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal desteğin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 29(3), 159.
- Torbey, M. T. (2013). *The Stroke Book* (2. ed.). United Kingdom: Cambridge Universty Press.
- Tümer, A., Subaşı Maybuğa, M., Dereli F., Demir Uysal D. (2016). Hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine uyum düzeyleri. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7 (13): 105-113.
- Türkiye İstatistik Kurumu ( TUİK) 2015. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21526> (Erişim tarihi; 20 Eylül 2016)
- Van Mierlo, M., Van Heugten, C., Post, M. W., Hoekstra, T., Visser-Meily, A.(2017). Trajectories of health-related quality of life after stroke: results from a one-year prospective cohort study. *Disability and rehabilitation*, 1-10.
- WHO Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/> (Erişim tarihi; 18 Eylül 2016)
- Williams, L. S., Weinberger, M., Harris, L. E., Clark, D. O., Biller, J. (1999). Development of a stroke-specific quality of life scale. *Stroke*, 30(7), 1362-1369.
- Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., Harvey, R. L. (2016). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 47(6), e98-e169.

### **Extended English Abstract**

Stroke is a major cause of serious cerebrovascular condition resulting physical- cognitive functioning and disability with long-term consequences. In Turkey, according to the 2010 Health Ministry report, cerebrovascular diseases are the second most common cause of death in every age group ((Bilgili and Gözüm, 2014).

Stroke survivors might be struggling with; movement, energy, sleep, memory, daily activities such as speaking, moving, dressing, self-care, eating problems. There are many studies about the solution of these problems. However, the first priority is to prevent the development of stroke and to control modifiable stroke risk factors. When stroke risk factors are not manageable, stroke occurs and stroke survivors need specific treatment and rehabilitation program. Stroke rehabilitation programs focus on mobility, speech, swallowing, vision, sensation and cognition problems (Duraski, 2012; Durna and Tülek, 2012). Rehabilitation programme is designed to solve these problems, for this purpose first of all; (1) assessment to the patient's needs, (2) define realistic and obtainable goals, (3) to assist succeed in the objectives and (4) reassessment to achieve a goal.

The role of the rehabilitation nursing;

1. Assessment; The patient's self-care agency, daily activity level, drug treatment, nutrition, excretory, pain, skin integrity, family support, social environment and emotional status.
2. Coordination and communication; nurse provides communication and coordination between the patient and the rehabilitation team.
3. Care; skin care and hygiene, infection control, drug treatment, nutrition, comfort e.g.
4. Integration and continuity of treatment; maintenance of the planned treatment.
5. Emotional support; aware of the patient's anxieties, psychiatric support for the necessary situations.
6. Including the family; including family patient's care and treatment (Duraski, 2012).

Nurses use some scales and forms for determining the specific treatment and care plans. Frequently “Stroke Specific Quality of Life Scale (SSQOL)” and “Stroke Self Efficacy Questionnaire (SSEQ)” are used.



Williams 1999 developed SSQOL scale, for stroke patients. This scale gives important clues about the quality of life of (e.g. self-perception, daily activities, emotional- physical deficiency, family-social support) patients. The results could help determine the problems of the patients, treatment and care priorities, increase the quality of life, arrange rehabilitation program and rehabilitation nurse's care plan (Williams, 1999). Jones et al. developed SSEQ for practitioners working in stroke care. SSEQ focuses on daily activities and self-management of stroke patients. Scale results give stroke patients level of ability. It is important for patients to participate self-care activities such as eating, hairdressing, dressing. Success in self-care activities has a great impact on the level of self-efficacy of stroke patients (Jones et al., 2008).

Studies indicate that stroke patients' behavior, emotional status, risk factors and quality of life are affected by compliance with the disease and symptoms (Tümer et al., 2016; Van Mierlo et al., 2017; Roter et al., 1998; Sappok et al., 2001). Also adapting the disease decreased depressive symptoms and improved health perception (King et al., 2015).

In 1990s, nurses were only providing hospital care for the stroke patients. Nursing interventions were used until patients discharged for improving self-efficacy and quality of life. This situation is changed with the description of the role of nurses within rehabilitation team in 2000 years. Nowadays, with the development of home care services, nurses can follow their patients discharged from the hospital to home (Kirkevold, 2010).

Nurses have a key role improve patient's self-efficacy and quality of level. Stroke survivors may experience hemiplegia, dysphagia, incontinence, pain, constipation, sensory and emotional problems. These problems can significantly affect the patients' quality of life (Durna and Tülek 2012; Duraski, 2012). At the same time, these problems can cause major changes in the patients' lives and patients may have to learn new skills (Jones and Riazi, 2011; Newbold et al., 2006; Hellstrom et al., 2003).

A nurse's goal is to maximize the level of patient's ability and belief for increasing the quality of life. In order to reach this goal, patient care and treatment plan needs to be prepared and promoting functional capabilities, finding solutions for difficulties and problems and adapting of new situations can be achieve when the care patient and family is included (Kirkevold, 2010).

Patient who manages to self-care and takes positive feedback from the nurse, the performance of the achievement increases and the level of self-efficacy is positively affected (Durna and Tülek, 2012; Koç, 2012). Nurses can increase self-efficacy levels of patients and encourage stroke patients to do their own self-care (Robinson-Smith and Pizzi, 2003).

Self-efficacy has a positive effect on self-care and daily activity and negative on depression (Sadler et. al., 2017; Taylor et. al., 2014; Korpershoek and Hafsteinsdóttir, 2011; Jones and Riazi, 2011). In addition, the high level of self-efficacy makes it easier for individuals to cope with negative situation (Bandura, 1982).

Self-efficacy effect quality of life. Studies show that successfully managed self-efficacy improves quality of life of patients with chronic disease (Korpershoek and Hafsteinsdóttir, 2011; Coffman et. al., 2009; Taylor et. al., 2014). Self-efficacy level is related with increasing function level, quality of live and decreasing disability and depressive symptoms (Jones and Riazi, 2011; Robinson-Smith, 2002; Robinson-Smith et. al., 2000).

Over the years, patient communication and education role of nurses' never changed. Patients who communicate positively with health professionals were found to be more successful in disease management (Sadler et. al., 2017). Evidence show that the increased level of patients' knowledge affects quality of life is positively. Nurses are responsible identifying stroke patients' problems, finding solutions and evaluate the outcome (Taylor et. al., 2014; Ellis et. al., 2010; Bailey et. al., 2009; Gibson et. al., 2002).

Additionally they have a key role for managing and maintaining daily living activities, increasing performance of achievement, adapting new challenges, incorporating family / social support mechanisms, encouraging patients' ability to achieve and improving their level of knowledge. Because of these responsibilities, the nurse has an important role to improve stroke survivors' self-efficacy and quality of life.