

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**İSKEMİK İNME GEÇİREN HASTALARDA KRONİK
BAKIM MODELİ'NE TEMELLENDİRİLMİŞ EĞİTİMİN
VE TELEFONLA İZLEMİN ÖZ YÖNETİME, YAŞAM
KALİTESİNE VE HASTA MEMNUNİYETİNE ETKİSİ**

Simge KALAV

DOKTORA TEZİ

2020-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**İSKEMİK İNME GEÇİREN HASTALARDA KRONİK
BAKIM MODELİ'NE TEMELLENDİRİLMİŞ EĞİTİMİN
VE TELEFONLA İZLEMİN ÖZ YÖNETİME, YAŞAM
KALİTESİNE VE HASTA MEMNUNİYETİNE ETKİSİ**

Simge KALAV

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ

İKİNCİ DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Ali ÜNAL

Bu tez Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından TDK-2018-3584 proje numarası ile desteklenmiştir.

“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

2020-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Programında doktora tezi olarak kabul edilmiştir. 04/02/2020

İmza

Tez Danışmanı : Prof.Dr. Hicran BEKTAŞ
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Prof.Dr. Sebahat GÖZÜM
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Prof.Dr. Zeynep ÖZER
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Prof.Dr. Ayfer KARADAKOVAN
Ege Üniversitesi

Üye : Prof.Dr. Sultan KAV
Başkent Üniversitesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Narin DERİN

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.



Öğrenci

Simge KALAV



Tez Danışmanı

Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında ilgisi, anlayışı ve sevgisiyle büyük destek veren, bilgisiyle her zaman yol gösteren, kendisini tanıdığım günden bu yana her türlü problemde yanımda olan ve kendisinden çok şey öğrendiğim sevgili danışman hocam Prof.Dr. Hicran BEKTAŞ'a;

Tez izlem jürimde yer alarak bilgi, katkı ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, yönlendirmeleri ile gelişimime katkı sağlayan değerli hocam Prof.Dr. Zeynep ÖZER'e; tez izlem jürimde yer alarak bilgisi, farklı bakış açısı ve deneyimleri ile her zaman yolumu aydınlatan değerli hocam Prof.Dr. Sebahat GÖZÜM'e;

Tez çalışmamın aşamalarını gerçekleştirmemde destek olan, bilgisini ve zamanını esirgemeyen değerli ikinci danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Ali ÜNAL'a;

Araştırmamın istatistiksel analizinin yürütülmesinde her türlü katkıyı sağlayan ve sabrını hiçbir zaman esirgemeyen değerli hocam Ziraat Fakültesi Öğretim Üyesi Prof.Dr. Mehmet Ziya FIRAT'a;

Tez çalışmamı yürütebilmem için gerekli koşulları sağlayan üniversiteme ve Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı'na; Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'ne ve Nöroloji Bilim Dalı öğretim üyelerine; veri toplama sürecim sırasında klinikte desteklerini her zaman hissettiğim sevgili meslektaşlarım Nöroloji Kliniği hemşirelerine; eğitimimin her aşamasında değerli yardımları için başta Enstitü Sekreteri Turhan TAT olmak üzere Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün tüm çalışanlarına;

Tez çalışmam süresince ilgisini ve desteğini her zaman hissettiğim Anabilim Dalımız tüm öğretim elemanlarına; değerli arkadaşlarım Selma TURAN KAVRADIM, Şefika Tuğba YANGÖZ, Zeynep KARAKUŞ, Ferya ÇELİK ve Müge ALTINIŞIK'a;

Hayatımı anlamlı kılan ve her alanda bana destek olan canım Anneme ve her zaman arkamda olan sevgili Ablama en içten saygı ve sevgilerimle teşekkür ederim.

Simge KALAV
2020, ANTALYA

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı iskemik inme geçiren hastalarda Kronik Bakım Modeli'ne temellendirilmiş eğitimin ve telefonla izlemin özyönetime, yaşam kalitesine ve hasta memnuniyetine etkisinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Araştırma randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır. Araştırma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Kliniği'nde iskemik inme tanısı ile tedavi edilen, örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan 34 girişim, 34 kontrol grubu olmak üzere toplam 68 hasta ile Eylül 2018-Eylül 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Veriler Kronik Bakım Modeli'ne temellendirilmiş Kişisel Bilgi Formu, özyönetimi değerlendirmek için İnme Öz Etkililik Ölçeği ve İnme Özyönetim Değerlendirme Formu, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği ile toplanmıştır. Girişim grubundaki hastalara StrokeCARE girişim protokolü kapsamında taburculuk öncesi birebir eğitim verilmiş, sonrasında eğitim kitapçığı ile hastalar desteklenmiş, telefonla izlem ve hatırlatıcı SMS uygulamaları yapılmıştır. Ön test verileri hastanede yatarken, son test verileri taburculuğun 3. ayında poliklinikte toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizleri SAS 9.4 paket programında yapılmıştır.

Bulgular: Girişim grubundaki hastaların öz etkililik ve yaşam kalitesi puan ortalamalarının, kontrol grubundaki hastalara göre daha yüksek olduğu, ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu ($p>0.05$); kronik hastalık bakımı memnuniyet düzeyleri puan ortalamalarının kontrol grubundan daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Girişim grubundaki hastaların inme bilgi düzeyi ($p<0.05$); kolesterol düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında iyileşme olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Sonuç: Araştırmada StrokeCARE girişim protokolünün uygulanabilir olduğu, iskemik inme geçiren hastaların özyönetim ve yaşam kalitesini iyileştirdiği ve memnuniyet düzeylerini artırdığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Hasta memnuniyeti, iskemik inme, Kronik Bakım Modeli, özyönetim, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to evaluate the effect of training and telephone follow-up based on the Chronic Care Model on self-management, quality of life and patient satisfaction in patients with ischemic stroke.

Method: The study is a randomized controlled experimental study. This study was conducted between September 2018 and September 2019 with a total of 68 patients, 34 intervention and 34 control groups who were treated with the diagnosis of ischemic stroke in the Neurology Clinic of Akdeniz University Hospital. Personal Information Form based on the Chronic Care Model, Stroke Self Efficacy Scale and Stroke Self-Management Assessment Form to assess the self management, Stroke-Specific Quality of Life Scale and Patient Assessment of Chronic Illness Care were used to collect data. Within the scope of the StrokeCARE intervention protocol, the patients in the intervention group were given one-to-one training before discharge, then the patients were supported with the training booklet, telephone monitoring and reminder SMS applications were made. The pre-test data were collected in the hospital while the patients were hospitalized, and the post-test data were collected at the 3rd month of discharge. Statistical analysis of the data was performed in SAS 9.4 package program.

Results: It was determined that the mean scores of the self efficacy and the quality of life were higher in the intervention group compared to the control group, but this difference was not statistically significant ($p>0.05$), and the chronic disease care satisfaction scores were statistically significantly higher ($p<0.05$). It was determined that the level of stroke knowledge ($p<0.05$); cholesterol levels and healthy lifestyle behaviors in the intervention group improved ($p>0.05$).

Conclusion: In the study, it was found that the StrokeCARE intervention protocol was applicable, and this protocol improved the self-management and quality of life and increased satisfaction levels of patients with ischemic stroke.

Key words: Patient satisfaction, ischemic stroke, Chronic Care Model, self-management, quality of life

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. İnmenin Sınıflandırması ve Epidemiyolojisi	3
2.2. İskemik İnme ve Sınıflaması	4
2.3. İskemik İnme Risk Faktörleri	5
2.4. İnme Etkileri	6
2.5. Kronik Bakım Modeli	7
2.5.1. Kronik Bakım Modeli Özellikleri	7
2.5.2. 5A Metodolojisi	10
2.5.3. İnme Geçiren Hastalarda Kronik Bakım Modeli'nin Kullanımına Yönelik Çalışmalar	13
2.6. İskemik İnmede Eğitim ve Telefonla İzlem	19
3. GEREÇ ve YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Şekli	23
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	23
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	23
3.3.1. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması	23
3.3.2. Araştırma Örneklemine Özellikleri	26
3.4. Randomizasyon	27
3.5. Araştırmanın Kavramsal-Teorik-Deneysel Yapısı	31
3.6. Araştırmanın Girişim Protokolü	33

3.6.1.Kronik Bakım Modeli Özyönetim Desteği Bileşenine Temellendirilmiş Eğitim Kitapçığının Hazırlanması ve Değerlendirilmesi	35
3.7. Araştırmanın Ölçüm Araçları	38
3.7.1. Kişisel Bilgi Formu	38
3.7.2.Özyönetim Ölçüm Araçları	39
3.7.3.Yaşam Kalitesi Ölçüm Aracı	43
3.7.4.Hasta Memnuniyeti Ölçüm Aracı	44
3.8. Ön Uygulama	45
3.9. Girişimin Uygulanması	48
3.9.1.Girişim Grubuna Yapılan Uygulamalar	48
3.9.2. Kontrol Grubuna Yapılan Uygulamalar	51
3.9.3. Uygulama Protokolü İlkeleri	52
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	54
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	54
3.12. Araştırmanın Değişkenleri	54
3.13. Verilerin Değerlendirilmesi	54
4. BULGULAR	57
4.1. İskemik İnme Geçiren Hastalarda Özyönetime İlişkin Bulgular	57
4.2. İskemik İnme Geçiren Hastalarda Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular	72
4.3. İskemik İnme Geçiren Hastalarda Hasta Memnuniyetine İlişkin Bulgular	76
4.4.Özyönetim, Yaşam Kalitesi ve Hasta Memnuniyetine İlişkin Bulgular	77
5. TARTIŞMA	81
5.1. İskemik İnme Geçiren Hastaların Özyönetimi	81
5.2. İskemik İnme Geçiren Hastaların Yaşam Kalitesi	91
5.3. İskemik İnme Geçiren Hastaların Memnuniyet Düzeyi	92
5.4. Özyönetim, Yaşam Kalitesi ve Memnuniyet Arasındaki İlişki	93
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	95
KAYNAKLAR	98

- EK 1** Araştırma Zaman Akış Çizelgesi
- EK 2** Bilgilendirilmiş Onam Formu (Girişim Grubu)
- EK 3** Bilgilendirilmiş Onam Formu (Kontrol Grubu)
- EK 4** TOAST Sınıflaması
- EK 5** Yer, Zaman, Kişi Oryantasyonu Değerlendirmesi
- EK 6** Modifiye Rankin Skalası
- EK 7** Kronik Bakım Modeli'ne Temellendirilmiş Kişisel Bilgi Formu
- EK 8** Modifiye Barthel İndeksi
- EK 9** İnme Öz Etkililik Ölçeği
- EK 10** İnme Özyönetim Değerlendirme Formu
- EK 11** İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği
- EK 12** Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği
- EK 13** Kan Basıncı Takip Formu
- EK 14** Telefon Görüşmeleri Değerlendirme Formu
- EK 15** DISCERN Ölçüm Aracı
- EK 16** Randomizasyon Listesi
- EK 17** Girişim ve Kontrol Grubu İzlem Formu
- EK 18** Hastane Kontrolleri İçin Hasta Randevu Formu
- EK 19** Girişim Grubu Telefon Görüşmeleri Listesi
- EK 20** Girişim Grubu SMS Listesi
- EK 21** Girişim Grubu SMS İzlem Listesi
- EK 22** Etik Kurul İzni
- EK 23** Hastane İzin Yazısı
- EK 24** İnme Öz Etkililik Ölçeği Kullanım İzni
- EK 25** İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni
- EK 26** Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni
- EK 27** DISCERN Ölçüm Aracı Kullanım İzni
- EK 28** Eğitim Kitapçığı

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 2.1.	İskemik inmede TOAST sınıflandırması	4
Tablo 2.2.	İskemik inme risk faktörleri	5
Tablo 2.3	5A metodolojisi	10
Tablo 2.4.	5A metodolojisine göre inme geçiren hastalarda kullanılan özyönetim desteği stratejileri	12
Tablo 2.5	İnme geçiren hastalarda Kronik Bakım Modeli'nin kullanıldığı ulaşılabilen çalışma örnekleri	15
Tablo 3.1.	Ölçeklerin güç analizi ve etki büyüklüğü sonuçları	25
Tablo 3.2.	Araştırma örnekleminin özellikleri	26
Tablo 3.3.	Girişim ve kontrol grubundaki hastaların sosyo-demografik özellikleri	29
Tablo 3.4	Girişim ve kontrol grubundaki hastaların hastalığa ilişkin özellikleri	30
Tablo 3.5.	Kronik Bakım Modeli bileşenlerine yönelik gerçekleştirilmesi planlanan uygulamalar	34
Tablo 3.6.	Discern Ölçüm Aracı değerlendirme sonuçları	37
Tablo 3.7.	Türkçe okunabilirlik aralıkları	38
Tablo 3.8.	Araştırmanın ölçüm araçları	38
Tablo 3.9.	Laboratuvar değerleri	41
Tablo 3.10.	Beden kitle indeksi aralıkları	42
Tablo 3.11.	Ön uygulama sonrası yapılan değişiklikler	47
Tablo 3.12.	Ön uygulama analizi ile ilgili bulgular	47
Tablo 3.13.	Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel yöntemler	55
Tablo 3.14.	Korelasyon katsayısının değerlendirilmesi	55
Tablo 3.15.	Ölçeklerin ön test ve son test çarpıklık değerlerine ilişkin bulgular	56
Tablo 4.1.	Girişim ve kontrol grubu hastalarının öz etkililik puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi	57

Tablo 4.2.	Girişim ve kontrol grubu hastalarının İnme Öz Etkililik Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	58
Tablo 4.3.	İNme Özyönetim Değerlendirme Formuna ilişkin bulgular	59
Tablo 4.4.	Girişim ve kontrol grubu hastalarının günlük yaşam aktiviteleri performansının zaman ve gruplara göre değişimi	66
Tablo 4.5.	Girişim ve kontrol grubu hastalarının günlük yaşam aktiviteleri performansı puan ortalamalarının karşılaştırılması	67
Tablo 4.6.	Girişim ve kontrol grubu hastalarının fiziksel parametre düzeylerinin zaman ve gruplara göre dağılımı	68
Tablo 4.7.	Girişim ve kontrol grubu hastalarının fiziksel parametre düzeylerinin karşılaştırılması	69
Tablo 4.8.	Telefon görüşmelerinin değerlendirilmesi	71
Tablo 4.9.	Girişim ve kontrol grubu hastalarının üç aylık süreçte poliklinik randevularına uyumları ve acil servise başvuru durumlarına ilişkin bulgular	71
Tablo 4.10.	Girişim ve kontrol grubu hastalarının yaşam kalitesi puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi	73
Tablo 4.11.	Girişim ve kontrol grubu hastalarının İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	75
Tablo 4.12.	Girişim ve kontrol grubu hastalarının kronik hastalık bakımı memnuniyet düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılması	76
Tablo 4.13.	Girişim ve kontrol grubu hastalarının son üç aydır hastalıkları ile ilgili aldıkları tedavi ve bakımdan memnuniyet düzeyine ilişkin bulgular	76
Tablo 4.14.	Girişim grubundaki hastaların üç aylık süreçteki telefonla izlem, kısa mesaj gönderimi ve eğitim kitapçığı ile ilgili memnuniyet durumlarına ilişkin bulgular	77
Tablo 4.15.	Öz etkililik, yaşam kalitesi, günlük yaşam aktiviteleri performansı ve memnuniyet arasındaki ilişki	78
Tablo 4.16.	Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında çok değişkenli regresyon analizi sonuçları	80

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1.	CONSORT Akış Diyagramı	28
Şekil 3.2.	Araştırmanın Kavramsal-Teorik-Deneysel yapısı (CTE)	32
Şekil 3.3.	StrokeCARE girişim protokolü	33
Şekil 3.4.	Kronik Bakım Modeli özyönetim desteği bileşenine temellendirilmiş eğitim kitapçığının hazırlanması ve değerlendirilmesi	36
Şekil 3.5.	Ön uygulama ile ilgili süreçler	46
Şekil 3.6.	Tez projesi çalışma şeması	53
Şekil 4.1.	Girişim ve kontrol grubu hastalarının öz etkililik puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi	58
Şekil 4.2.	Girişim ve kontrol grubu hastalarının günlük yaşam aktivitelerine ilişkin bağımsızlık düzeyleri	64
Şekil 4.3.	Girişim ve kontrol grubu hastalarının beden kitle indeksleri	70
Şekil 4.4.	Girişim ve kontrol grubu hastalarının yaşam kalitesi toplam ölçek puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi	74
Şekil 4.5.	Girişim ve kontrol grubu hastalarının yaşam kalitesi toplam ölçek puan ortalamalarının grup-zaman etkileşimi	74
Şekil 4.6.	İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt boyutları arasındaki korelasyonlar	79
Şekil 4.7.	Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutları arasındaki korelasyonlar	79

SİMGELER ve KISALTMALAR

ADA	: American Diabetes Association (Amerikan Diyabet Derneği)
AF	: Atrial Fibrilasyon
APTT	: Activated Partial Thromboplastin Time (Aktive Parsiyel Tromboplastin Zamanı)
CRP	: C-Reaktif Protein
DALY	: Disability Adjusted Life Year (Engelliliğe Uyarlanmış Yaşam Yılı)
ESAP	: European Stroke Action Plan (Avrupa İnme Eylem Planı)
HbA1c	: Hemoglobin A1c
HDL	: High-Density Lipoprotein (Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein)
INR	: International Normalized Ratio (Uluslararası Normalleştirilmiş Oran)
İÖEÖ	: İnme Öz Etkililik Ölçeği
İÖYKÖ	: İnme Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği
KB	: Kan Basıncı
KHBDÖ	: Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği
LDL	: Low-Density Lipoprotein (Düşük Yoğunluklu Lipoprotein)
MI	: Miyokard İnfarktüsü
PT	: Protrombin Zamanı
SS	: Standart Sapma
SMS	: Short Message Service (Kısa Mesaj Servisi)
SVH	: Serebrovasküler Hastalık
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
\bar{x}	: Aritmetik Ortalama

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnme, dünya çapında üçüncü ölüm nedeni olarak görülmekte, iskemik ya da hemorajik nedenlere bağlı gelişen nörolojik defisit olarak tanımlanmaktadır. İnmelerin yaklaşık %87'sinin iskemik tipte geliştiği vurgulanmaktadır (Heart Disease and Stroke Statistics, 2019). Tüm dünyada 2012 yılında bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin %46.2'sinin kalp ve damar hastalıkları nedeniyle olduğu, bu ölümlerin 6.7 milyonunun ise inmeye bağlı gerçekleştiği bildirilmiştir (<https://apps.who.int/>, Erişim tarihi: 24 Ocak 2020). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verileri, 2015 yılında dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşen ölümlerin %24.3'ünün serebrovasküler hastalıktan kaynaklandığını göstermektedir (<http://www.tuik.gov.tr/>, Erişim tarihi: 07 Ocak 2020). İnme geçiren hastaların ikincil inme riski altında oldukları, tekrarlayan inme için tahmini riskin ilk kez geçirilen inmeyi takiben ilk yıl içerisinde %13-16 ve daha sonraki her yıl %4 olduğu belirtilmektedir (Wan ve ark., 2016; Heron ve ark., 2017; Bailey, 2018; Chaudhary ve ark., 2019).

İnmenin neden olduğu fiziksel yetersizlikler nedeniyle bağımsızlık kaybı, özyönetim becerisinde azalma, öz bakım gereksiniminde artma, psiko-sosyal sorunlar ve yaşam kalitesinde bozulma ortaya çıkabilmektedir (Topçu ve Bölüktaş, 2012; Karaman ve Karadakovan 2015). Hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme düzeylerinin aynı zamanda memnuniyet ile de ilişkisi olup, bireyselleştirilmiş inme bakım programlarının hasta memnuniyetini artırdığı belirtilmektedir (Arts ve ark., 2008). Ancak, inme geçiren hastalarda inmenin tekrarlama riskini azaltmaya yönelik taburculuk sonrası eğitim programlarının yeterli düzeyde olmadığı bildirilmektedir (Leistner ve ark., 2013; Xu ve ark., 2013; Wan ve ark., 2016). Yapılan çalışmalarda birçok inme geçiren hastanın yetersiz fiziksel aktivite, yetersiz beslenme, alkol tüketimi ve sigara kullanımı da dahil olmak üzere olumsuz sağlık davranışlarını sürdürdüğü, üçte birinin ikincil inmeyi önlemeye yönelik tedavilerini sürdürmediği belirtilmektedir (Bushnell ve ark., 2011; Peng ve ark., 2014; Wan ve ark., 2016). İkincil inmenin istenilen düzeyde önlenememesinin diğer nedenleri inme geçiren birçok hastanın uzun vadeli ikincil önleme programları için polikliniklere gitmemesi, tekrarlayan inme riskini azaltmak için gerekli yaşam tarzı değişiklikleri ile ilgili bilgi

eksikliğinin bulunmasıdır (Sloma ve ark., 2010; Leistner ve ark., 2013; Van ve ark., 2015; Wan ve ark., 2016). İnme özyönetiminin etkin şekilde gerçekleştirilebilmesi ve uygulanabilmesi için sağlık bakım modellerinin geliştirilmesi ve uygulanması gerekmektedir (Fens ve ark., 2015). Kronik hastalıklar için uluslararası literatürde sık kullanılan ve en etkili kabul edilen modellerden biri Kronik Bakım Modeli'dir (Piatt ve Zgibor, 2007; Beaglehole ve ark., 2008; İncirkuş ve Nahcivan, 2015). Ülkemizde inme geçiren hastalarda Kronik Bakım Modeli'ne temellendirilmiş bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu modele temellendirilmiş eğitimin ve telefonla izlemin, inme geçiren hastalarda semptom yönetimi ve özyönetim becerisini geliştirebileceği, yaşam kalitesi ve memnuniyeti artırabileceği, hastalığın tekrarının önlenmesi konusunda farkındalık oluşturabileceği öngörülmektedir. Bu araştırma sonuçlarının model kullanımı konusunda hemşireler için bir rehber olabileceği düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; iskemik inme geçiren hastalarda Kronik Bakım Modeli'ne temellendirilmiş eğitimin ve telefonla izlemin özyönetime, yaşam kalitesine ve hasta memnuniyetine etkisinin değerlendirilmesidir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

- 1. H₁:**Kronik Bakım Modeli'ne temellendirilmiş eğitimin ve telefonla izlemin, girişim grubundaki iskemik inme geçiren hastalarda kontrol grubuna göre özyönetim becerisini artırmaya etkisi vardır.
- 2. H₁:**Kronik Bakım Modeli'ne temellendirilmiş eğitimin ve telefonla izlemin, girişim grubundaki iskemik inme geçiren hastalarda kontrol grubuna göre yaşam kalitesini artırmaya etkisi vardır.
- 3. H₁:**Kronik Bakım Modeli'ne temellendirilmiş eğitimin ve telefonla izlemin, girişim grubundaki iskemik inme geçiren hastalarda kontrol grubuna göre hasta memnuniyetini artırmaya etkisi vardır.
- 4. H₁:**Kronik Bakım Modeli'ne temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlem uygulanan girişim grubundaki iskemik inme geçiren hastaların özyönetim becerileri, yaşam kaliteleri ve memnuniyet düzeyleri ile kontrol grubundaki hastalar arasında farklılıklar vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnmenin Sınıflandırılması ve Epidemiyolojisi

İnme, vasküler nedenler dışında görünür bir neden olmaksızın, beyin kan akımının bozulması sonucunda fokal serebral fonksiyon kaybına ait belirti ve bulguların hızla ortaya çıkması ve bu bulguların 24 saatten daha uzun sürmesi ile karakterize klinik bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (Karaman ve ark., 2015). İnme; serebral infarkt, intraserebral kanama ve subaraknoid kanama gibi farklı alt tipleri içermektedir (Keskin ve ark., 2016). İnme, gelişmiş ülkelerde kalp-damar hastalıkları ve kanserden sonra üçüncü sırada yer almakta olup, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde her yıl 800.000 kişinin inme geçirdiği, bunların yaklaşık dörtte üçünün yeni vaka olduğu, inmenin ölüm nedenleri arasında beşinci sırada yer aldığı bildirilmektedir (<http://www.strokeassociation.org/>, Erişim Tarihi: 15 Ocak 2020).

Avrupa ülkelerinde inmeye bağlı mortalite oranları farklılık göstermekle birlikte, popülasyonda her 100.000 kişide 30 ve 170 arasında değişmekte olduğu ve 2015-2035 yılları arasında, Avrupa Birliği'ndeki toplam inme sayısının %34 artış göstererek, 613.148'ten 819.771'e yükseleceği öngörülmektedir (https://www.stroke.org.uk/sites/default/files/the_burden_of_stroke_in_europe_-_challenges_for_policy_makers.pdf, Erişim tarihi:24.01.2020).

Türkiye İstatistik Kurumu raporlarına göre, Türkiye'de beyin damar hastalıkları nedeniyle hayatını kaybeden kişi sayısı 2013 yılında 35.977 iken, 2014 yılında 37.403'e ulaştığı bildirilmektedir (<http://www.tuik.gov.tr/>, Erişim Tarihi:15 Ocak 2020). Öztürk ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında, 2008-2013 yılları arasında Türkiye'de 400 bin kişinin inme nedeniyle öldüğü, yaklaşık 1.5 milyon kişinin etkilendiği ve prevalansın %2.2 olduğu belirtilmektedir. Son açıklanan TÜİK raporu'nda, 2016 yılında Türkiye'de beyin damar hastalıkları nedeniyle hayatını kaybedenlerin sayısının 40.000'e ulaştığı ve ülkemizde her 14 dakikada bir kişinin inme nedeniyle kaybedildiği vurgulanmaktadır (https://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/4_Infographic_brosur_FAST_FINAL.pdf, Erişim tarihi: 15 Ocak 2020). Ülkemizde ulusal düzeyde engelliliğe uyarlanmış yaşam yılı (DALY: Disability Adjusted Life Year) ölçütüne göre ise, yıl kaybına neden olan hastalıklar arasında inmenin üçüncü sırada yer aldığı

belirtilmektedir (Ünlü ve Kartal, 2016). İnmelerin büyük çoğunluğunun iskemik tipte geliştiği, hemorajik inmelerde hem erken hem de geç dönemde ölüm riskinin daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır (<https://www.stroke.org/en/about-stroke/types-of-stroke>, Erişim Tarihi: 24 Ocak 2020). Öztürk'ün (2004) aktardığına göre, ilk iskemik inmeden sonra hastaların %2-3'ü ilk 30 günde, %8-9'u ilk 6 ay içinde, %10-15'i ilk bir yılda tekrarlayan inme geçirmekte ve hemorajik inmelerde tekrarlama riski ilk yılda yaklaşık %7 olarak seyretmektedir. Tekrarlayan inmeyi takip eden 30 günde ölüm riskinin %23 ile %41 arasında, yeni engellilik riskinin ise %39 ile %53 arasında olduğu belirtilmektedir (Bailey, 2018).

2.2. İskemik İnme ve Sınıflaması

İskemik inme, tüm dünyada en yaygın inme tipi olarak belirtilmektedir. Koroner kalp hastalıkları daha çok orta ve büyük çaplı arterleri tutarken, inmenin altında küçük damar hastalıkları, kardiyemboliler ve protrombotik hastalıklar gibi değişik nedenler bulunabilmektedir (Utku ve Çelik, 2009; Ergene ve Akyıldız, 2010; Osborn, 2013; <http://www.itfnoroloji.org/svh/iskemik.htm>, Erişim Tarihi:15 Ocak 2020). Akut iskemik inmenin tedavisi ve prognozu ile birlikte, serebral infarktlarda etiyojolojiye göre sınıflandırma yapılması, ikincil koruma açısından oldukça önem taşımaktadır. İskemik inmede TOAST sınıflandırması, klinik bulguların yanı sıra etiyojolojiye de yer verdiği için günümüzde yaygın olarak kullanılmaktadır (Tablo 2.1) (Utku ve Çelik, 2009; Acar ve ark., 2012).

Tablo 2.1. İskemik inmede TOAST sınıflandırması

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Büyük damar ateroskleroza (embolizm/trombozis)▪ Kardiyembolizm(yüksek risk/orta risk)▪ Küçük damar oklüzyonu (lakün)▪ Nedeni belirlenemeyen iskemik inme<ul style="list-style-type: none">- Yeterli inceleme yapılmış ancak nedeni saptanamamış iskemik inme- Yetersiz inceleme▪ Diğer bilinen nedenlere bağlı iskemik inme▪ Birden fazla açıklayıcı neden |
|--|

Utku ve Çelik, 2009; Acar ve ark., 2012

2.3. İskemik İnme Risk Faktörleri

İskemik inme risk faktörlerinin varlığı, genellikle kötü prognoz göstergesi olarak değerlendirilmektedir (Duman ve Dede, 2010). İskemik inme değiştirilemeyen ve değiştirilebilir risk faktörleri nedeniyle görülebilmektedir (Tablo 2.2) (Turgut, 2005; Utku ve Çelik, 2009).

Tablo 2.2. İskemik inme risk faktörleri

Değiştirilemeyen risk faktörleri	
<ul style="list-style-type: none">▪ Yaş▪ Cinsiyet▪ Irk▪ Aile öyküsü / genetik	
Değiştirilebilir risk faktörleri	
a) Kesinleşmiş faktörler <ul style="list-style-type: none">▪ Hipertansiyon▪ Sigara▪ Diyabetes Mellitus, hiperinsülinemi ve glikoz intoleransı▪ Kardiyovasküler hastalıklar▪ Hiperlipidemi▪ Asemptomatik karotis stenozu▪ Orak hücreli anemi▪ Obezite▪ Diyet ve beslenme alışkanlığı▪ Fiziksel inaktivite	b) Kesinleşmemiş faktörler <ul style="list-style-type: none">▪ Alkol kullanımı▪ Obezite▪ Beslenme alışkanlıkları▪ Fiziksel inaktivite▪ Hiperhomosistinemi▪ İlaç kullanımı ve bağımlılığı▪ Hormon tedavisi<ul style="list-style-type: none">- Oral kontraseptif kullanımı- Hormon replasman tedavisi▪ Hiperkoagülabilité▪ Fibrinojen▪ İnflamasyon▪ Enfeksiyon▪ Migren▪ Uykuda solunum bozuklukları

Turgut, 2005; Utku ve Çelik, 2009

İskemik inmede risk faktörleri ve etkilerinin değerlendirildiği bir çalışmada, iskemik inme risk faktörleri hipertansiyon, karotiste plak varlığı, geçirilmiş serebrovasküler hastalık (SVH) öyküsü, sigara kullanımı, diyabet, HDL (High-Density Lipoprotein / Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein) düzeyi düşüklüğü olarak bulunmakla birlikte, iki risk faktörünün birlikte bulunduğu durumlarda iskemik inme geçirme riskinin bu faktörlerin tek başına neden olduklarından daha fazla risk artışına neden oldukları bildirilmektedir. Ayrıca, iskemik inme riskini en fazla artıran ikili risk faktörünün hipertansiyon ve sigara kullanımı olduğu, diğer ikili risk faktörlerinin ise sırasıyla diyabet ve sigara kullanımı, hipertansiyon ve karotis doppler ultrasonda plak varlığı, geçirilmiş SVH öyküsü ve koroner arter hastalığı, sigara kullanımı ve koroner arter hastalığı olduğu belirtilmektedir (Utku ve Çelik, 2009; Karaman ve ark., 2015).

2.4. İnme Etkileri

İNme geçiren bireylerde, akut ve kronik dönemde birçok sistemik ve nörolojik fonksiyon bozukluğu gelişebilmektedir. İNme sonrası artan komplikasyonlar nedeniyle hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki sorunların iyileşmesi gecikebilmektedir (Koç, 2012). İNme nedeniyle gelişebilen bağımsızlık kaybı, evde veya bakım evlerinde uzun süreli bakım gereksinimi duyulmasına neden olabilmektedir. İNme sonrasında görülebilen başlıca sorunlar görme, duyu-motor, kognitif, tons, konuşma ve koordinasyon durumundaki bozukluklar, uyku bozukluğu, ağrı, depresyon, mesane ve bağırsak kontrolünde bozulma ile yutma fonksiyonunda etkilenmedir. Ayrıca bu hastalar psikolojik, emosyonel ve sosyal alanlarda sorunlar yaşayabilmekte, yaşam kaliteleri azalabilmekte ve günlük yaşam aktiviteleri olumsuz etkilenebilmektedir (ztrk, 2004; Morrison ve ark., 2005; Schepers ve ark., 2005; Topçu ve Bölüktaş, 2012). Bu hastalarda sağlıklı yaşam davranışlarının sürdürülebilmesi yeni bir inme riskinin önlenebilmesi açısından önemlidir.

İNme geçiren hastaların hastalığın tekrarlaması açısından yüksek risk altında oldukları belirtilmektedir (Leistner ve ark., 2012). İNme sonrasında tedaviye uyumsuzluğun hastalığın tekrarlama riskini artırdığı bulunmuştur (Baune ve ark., 2005). Uyumsuzluk nedenleri olarak bilgi eksikliği, fiziksel ve bilişsel fonksiyon bozukluğu, sosyal koşullar, sağlığa ve tedaviye ilişkin inançlar belirtilmiştir (Osterberg ve Blaschke, 2005). Yapılan sistematik derlemelerde, inme geçiren hastalarda bilgi, inanç ve davranışları değiştirmeye yönelik girişimlerin etkinliği ile ilgili kesin bir kanıt bulunamamış, bilgi sağlamanın en iyi yolunun hala belirsiz olduğu vurgulanmıştır (Redfern ve ark., 2006; Smith ve ark., 2008). Taburculuk sırasında inmeye yönelik hasta eğitiminin inmenin sekonder önlenmesi üzerinde olumlu etkilerinin olduğu, ancak bakımın taburculuk sonrasında devam edemediği bildirilmiştir (Glader ve ark., 2010; Cheng ve ark., 2011). Yapılan çalışmalarda, taburculuk hazırlığı konusundaki hasta / bakım verenlerin duygularının daha fazla fark edilmesinin, taburculuk hazırlıklarına odaklanılmasına ve hastaneden eve geçişin kolaylaştırılmasına yardımcı olduğu bulunmuştur (Pringle ve ark., 2008).

Avrupa'da inmenin önlenmesi ve yeterli inme hizmetlerinin uygulanmasına yönelik 2018-2030 Avrupa İnme Eylem Planı (ESAP) hazırlanmıştır. ESAP yedi alan içermektedir ve bu alanlar “birincil koruma, inme hizmetlerinin organizasyonu, akut inme yönetimi, ikincil koruma, rehabilitasyon, inme sonucunun değerlendirilmesi ve kalite değerlendirmesi ile inmeden sonra yaşam” şeklindedir. ESAP’ın, 2030’a kadar kanıta dayalı önleyici faaliyetlerin ve inme hizmetlerinin hayata geçirilmesi için hedefler belirlediği ve yol haritası sunduğu vurgulanmıştır. Münih’te 21-23 Mart 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilen bir atölye çalışması sonrasında hazırlanan belgede 2030 yılı için dört kapsayıcı hedef belirlenmiştir. Bunlar (Norrving ve ark., 2019):

- ❖ Avrupa’daki mutlak inme sayısının %10 oranında düşürülmesi,
- ❖ Avrupa’daki felçli hastaların %90 veya daha fazlasının birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında özelleşmiş bir inme biriminde tedavi edilmesi,
- ❖ İnme konusunda tüm bakım zincirini kapsayan ulusal planların bulunması,
- ❖ Çok sektörlü halk sağlığı müdahaleleri için ulusal stratejilerin tam anlamıyla uygulanmasıdır.

2.5. Kronik Bakım Modeli

İnme geçiren hastaların yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi, özyönetim becerilerinin ve hasta memnuniyetinin artırılması, ayrıca hastane başvuruları ve hastaneye yatışların azaltılması için modele dayalı bakım verilmesi gerekmektedir. Kronik Bakım Modeli kronik hastalık yönetiminde toplumsal ve ekonomik yükün giderek artması sonucunda, bakımın kalitesini artırmak ve bakımın maliyetini azaltmak amacıyla bir rehber ve yol haritası olarak ortaya konulmuştur. Kronik Bakım Modeli, kronik hastalık yönetiminde hastanın tanımlanması, ayrıntılı bilgilendirilmesi ve özyönetiminin desteklenmesi gibi girişimlerden oluşmaktadır (Bodenheimer ve ark., 2002a; İncirkuş ve Nahcivan, 2015).

2.5.1. Kronik Bakım Modeli Özellikleri

Kronik Bakım Modeli’ne göre bilgi, beceri ve güven ilişkisi ile motive edilmiş “hasta” ile, hastalık konusunda gerekli olan uzmanlık, deneyim, bilgi ve kaynaklara sahip “sağlık bakım ekibi”, birlikte var olan kaynakları kullanarak yüksek kalitede bakım için etkili kararlar verebilecek ve kronik hastalık bakımını etkin şekilde yönetebilecektir (Wagner ve ark. 2001; ICN 2010; İncirkuş ve Nahcivan, 2015). Kronik Bakım Modeli’nin birbiri ile sıkı ilişkiler içinde olan altı bileşeni şunlardır:

Toplum Kaynakları ve Politikalar: Toplum kaynakları ile sağlık bakım sistemleri arasındaki işbirliğini ifade etmektedir. Toplumda hastaların gereksinimlerine yönelik oluşturulmuş çok çeşitli toplum kaynaklarının harekete geçirilmesini; hastaların hastalıkları ile baş etmelerini kolaylaştırmak için hastane veya evde bakım kurumları ile bağlantı kurulmasını içermektedir (İncirkuş ve Nahcivan, 2015; Wagner 2000).

Sağlık Bakım Organizasyonu: Kronik Bakım Modeli'nin bu bileşeni, bakım için gerekli olan altyapının oluşturulmasını, iyi planlamayı, kaynakların maliyet-etkin kullanılmasını ve yönetilmesini, kalite geliştirme çalışmalarını, kurumlar arasında koordinasyonun sağlanmasını kapsamaktadır. Ayrıca hizmete uygun politika oluşturulmasını ve hizmetlerin planlanmasını, özyönetim programlarının yaygınlaştırılmasını sağlayan kurumların desteklenmesini, etkili yeni stratejilerin ve bu stratejileri yönetecek liderlerin belirlenmesini içermektedir (ICN 2010; İncirkuş ve Nahcivan, 2015).

Sağlık Hizmetleri Sunum Planı: Sağlık bakım ekibinin rollerinin açık ve net olarak tanımlanmasını içermektedir. Kronik hastalık bakım uygulamalarında, planlanmış hastalık yönetiminden akut bakıma kadar her uygulamada sağlık bakım ekibinin rolleri, sorumlulukları ve işgücü açık olarak planlanmalıdır (Bodenheimer ve ark. 2002b; İncirkuş ve Nahcivan, 2015). Bu bileşen ekibin rollerinin tanımlanmasının yanı sıra; bakım standartlarının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması, kanıta dayalı klinik ve hasta eğitim rehberlerinin oluşturulması, oluşturulan rehberlerin uygulamada kullanılması, bakım engellerinin tanımlanması ve bu konuda gerekli düzenlemelerin planlanmasını içermektedir (İncirkuş ve Nahcivan, 2015).

Özyönetim Desteği: Özyönetim; kişinin bir görevi uygun şekilde yönetebilmesi için gözlemlene, bilgi paylaşımı, işbirlikçi kararlar alma, amaç belirleme, eylemleri planlama ve gerçekçi tepkiler verme sürecidir (Moroz, 2007; İncirkuş ve Nahcivan, 2015). Uzun yıllar kronik hastalıkla yaşayan bireyler için özyönetim günlük hayatın bir parçasıdır ve hastalar kendi bakımlarında merkezi roldedir (İncirkuş ve Nahcivan, 2015). Özyönetim desteği, kronik hastalığı olan birey ve ailesine hastalık yönetiminde güven ve beceri kazandırılmasını, öz bakımı sürdürmek için kaynak sağlanmasını, karar verme sürecinde desteklenmesini, problemleri tanımlama ve baş etmede yardımcı olunmasını, toplum kaynaklarına sevk edilmesini ve sürecin düzenli olarak değerlendirilmesini içermektedir. Özyönetim desteğinin kronik hastalık

yönetiminin merkezinde yer aldığı, en iyi bakım sonuçları elde etmek için gerekli olduğu ve uzun dönemli yararları için hasta ve profesyoneller arasında sürekli etkileşimi gerektirdiği kabul edilmektedir (Epping-Jordan ve ark. 2004; Moroz 2007; İncirkuş ve Nahcivan, 2015).

Karar Verme Desteği: Hasta ve sağlık bakım profesyonelleri arasındaki etkileşimlerde kanıta dayalı protokoller, hatırlatıcı sistemler, destekleyici eğitimler ve klinik uygulama rehberleri kullanılması önerilmektedir. Kronik hastalık yönetimi ve klinik bilgi sistemlerinin etkin kullanımı için, hekim ve hemşirelerin eğitimlerini destekleyen programlar geliştirilmesi, desteklenmesi, bireyin tedavi ve bakımı ile ilgili kararlara katılımının sağlanması gereklidir. Uzmanların sağlık ekibi içerisinde entegrasyonunu sağlama, rehberlik ve danışmak bu bileşen için son derece önemlidir (Hung ve ark. 2007; İncirkuş ve Nahcivan, 2015).

Kronik hastalığı olan bireylere karar verme desteğinin sağlanmasında sağlık profesyonellerinin eğitim ve rehberler ile desteklenmesinin yanı sıra, bilgisayar ortamında geliştirilmiş çeşitli karar destek sistemlerinin kullanılması da yararlı olabilmektedir. Klinik karar destek sistemleri, problem çözme işlemi sırasında alternatif çözümleri test etme ve verileri yeniden gözden geçirme olanağı veren, bilginin paylaşım hızının artmasını, disiplinler arası ortak çözümler üretilmesini ve maliyet kontrolünü sağlayan bir sistemdir (Özata ve Aslan 2004; Aydın 2011; İncirkuş ve Nahcivan, 2015).

Klinik Bilgi Sistemleri: Etkili ve verimli hizmet sunulmasını, hastalık yönetiminin kolaylaştırılmasında hasta hakkında gerekli ve yararlı verinin zamanında sağlanmasını organize eden bir sistemdir (Epping-Jordan ve ark. 2004; İncirkuş ve Nahcivan, 2015). Kronik Bakım Modeli'nin merkezi bir özelliği olan kayıtların özellikle bilgisayar ortamında toplanması ve yeni teknolojilerin kullanılması önerilmektedir (Bodenheimer ve ark. 2002a; Epping-Jordan ve ark. 2004; Dorr ve ark., 2006; İncirkuş ve Nahcivan, 2015). Klinik bilgi sistemleri; elektronik sağlık kayıtları, klinik karar destek sistemleri, hemşire bilgi sistemleri, görüntü yönetim ve depolama sistemleri, klinik iletişim sistemleri, teletıp, vaka bilişimi, sanal gerçeklik uygulamaları, akıllı kart uygulamaları, hastane bilgi sistemleri, klinik kılavuzlar ve bakım haritaları gibi bileşenlerden oluşmaktadır (Ömürbek ve ark., 2013).

2.5.2. 5A Metodolojisi

Literatürde Kronik Bakım Modeli'nin özyönetim desteği bileşeni 5A metodolojisi "SOR (ASK), ÖNER (ADVICE), DEĞERLENDİR (ASSESS), DESTEKLE (ASSIST) ve İZLE (ARRANGE)" ile gerçekleştirilmektedir (Morais ve ark., 2015). **5A metodolojisi** bakım planının temelini desteklemek için kullanılması gereken beş stratejiden oluşmaktadır. Bu stratejiler Tablo 2.3'te gösterilmiştir (Morais ve ark., 2015):

Tablo 2.3. 5A metodolojisi

A sk (Sor)	Hasta bilgisi, inançları ve davranışlarını araştırma
A dvice (Öner)	Riskli sağlık davranışları ve davranış değişiminin önemi hakkında bilgilendirme
A ssess (Değerlendir)	Ortak hedefleri tanımlama, girişimleri planlanma ve özgüven düzeyini saptama
A ssist (Destekle)	Engellerin tanımlanması yoluyla değerlendirme, çözüm bulma teknolojileri, sosyal/maddi destek
A rrange (İzle)	İzlem, takip sistemi uygulaması

5A metodolojisi tarafından temsil edilen girişimler birbiriyle yüksek ilişki içerisinde olup, özellikle birlikte kullanıldığında oldukça etkili sonuçlar sağlayabilen özyönetim sistemini de desteklemektedir. Bireysel uygulamaların ve ekip uygulamalarının kronik sorunların yönetiminde, hastaların güçlenmesini teşvik etmede ve özyönetimlerini güçlendirmede oldukça etkili olduğunu gösteren güçlü kanıtlar bulunmaktadır (Barlow ve ark., 2002; McKenna ve ark., 2015; Morais ve ark., 2015).

Özyönetim stratejileri, hastaların kendi sağlık durumlarına özgü hedefleri belirlemeleri, bakım planlarının geliştirilmesine katılmaları ve kendi sağlık durumlarındaki sorunları saptama ve çözme becerisi kazanmaları anlamına gelmektedir (Barlow ve ark., 2002; McKenna ve ark., 2015; Morais ve ark., 2015). Bu metodoloji inme geçiren ve buna bağlı fiziksel, psikolojik ve sosyal anlamda hayatı etkilenen hastalarda etkili bir şekilde uygulanabilmektedir (Korpershoek ve ark., 2011). Tekrarlayan inme riskinin azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılmasına yardımcı olabilecek özyönetim programlarının eksikliği nedeniyle, inme sonrasında yaşanan sorunlara bağlı yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilenebileceği belirtilmektedir (Cadilhac ve ark., 2011). Sağlık profesyonelleri inme geçiren hastaların tedavi ve rehabilitasyon sürecini izleme, erken dönemde gelişebilecek

komplkasyonları önleme ve sağlığı geliştirme gibi oldukça önemli rollere sahiptirler. Bu amaçla sağlık profesyonellerinin inme sonrası beceri geliştirmede hasta ile birlikte hareket etmeleri, inme nedeniyle gelişebilecek yetersizliklerin azaltılmasında ve daha iyi bir yaşam kalitesini sağlamak üzere özyönetim yeteneğinin geliştirilmesinde katkı sağlamaları gereklidir (Morais ve ark., 2015). Tablo 2.4'te 5A metodolojisine göre inme geçiren hastalarda kullanılan özyönetim desteği stratejileri yer almaktadır (Morais ve ark., 2015).

Tablo 2.4. 5A metodolojisine göre inme geçiren hastalarda kullanılan özyönetim desteği stratejileri

5A Metodolojisi
<p>Ask (Sor)</p> <ul style="list-style-type: none">- Hastanın durumu hakkındaki bilgi düzeyini değerlendir- Hastaya özyönetiminde o anda kendisi için neyin daha önemli olduğunu sor- Hastaya özyönetiminde nelerin engel olduğunu sor- Hastanın özyönetimi için planlanan prosedürleri gerçekleştirebilme becerisini değerlendir- İnme rehabilitasyonu sonrası dizartri hastalar için uygulanan stratejileri öğren- Özyönetim uygulamalarını etkileyebilecek inme sonrası depresyon derecesini değerlendir
<p>Advice (Öner)</p> <ul style="list-style-type: none">- Hastanın kültürel yapısını dikkate alarak onu semptomları hakkında bilgilendir- Hastayı davranışsal değişikliklerin en az hastalığın tedavisi kadar önemli olduğu konusunda bilgilendir- Hastayı sağlık davranışı değişiklikleri hakkındaki kanıtlar konusunda bilgilendir- Tedaviye katılımı konusunda hastayı desteklemek üzere kanıta dayalı klinik rehberleri hasta ile paylaş- Bilgi düzeylerini artırma amacıyla (özyönetim ile ilgili eğitim broşürleri de dahil olmak üzere) haftalık oturumlar şeklinde hastalara bir girişim programı hazırla ve onları özyönetimlerine dahil et
<p>Assess (Değerlendir)</p> <ul style="list-style-type: none">- Özyönetim için hasta ile birlikte spesifik hedefler belirle- Özyönetimini tanımlayabilmesi için hastaya olası seçenekler oluştur- Hedeflerini gerçekleştirebilmesine yönelik akrabalarından ve arkadaşlarından yardım aramaları konusunda hastayı destekle- Olası hedeflerle ilişkili riskleri ve yararları hasta ile tartış- Tanımlanan amaca ulaşmak için ortak bir eylem planı oluştur- Hastanın hedefe ulaşma konusundaki güven derecesini belirle
<p>Assist (Destekle)</p> <ul style="list-style-type: none">- Hedefe ulaşmasında karşısına çıkabilecek engelleri tanımlaması konusunda hastaya yardımcı ol- Özyönetim planını hasta ile tartış- Hastayı özyönetim desteği konusunda bir gruba veya kursa yönlendir- Toplumda ya da ailede var olan ve hastanın özyönetiminde destek sağlayabileceği düşünülen kaynakları hasta ile birlikte tanımla- Hastanın kültürüne uygun hizmet sağla- Toplantılar düzenle, özyönetim planının ilerleyişini gözden geçir, hedefi yeniden düzenle ve eylem planını gözden geçir- Motivasyonel görüşme stratejilerini dahil et- Hasta merkezli kendi kendini izlem girişimi uygula- İnme sonrasında hastanın kendi becerilerini keşfetmesine izin ver- İnme sonrasında motor rehabilitasyon için özyönetim planını başarmada hastaya yardımcı ol- Rehabilitasyonun çeşitli alanları (teletıp, sanal gerçeklik ve bilgisayar programları gibi teknolojik kaynakların kullanımı ile yapılan girişimler) ile ilgili hastayı bilgilendir
<p>Arrange (İzle)</p> <ul style="list-style-type: none">- Özyönetim planının yazılı bir kopyasını hastaya ver- Uzaktan telefonla veya e-posta ile hastanın kendi kendini yönetme planını izle- Hastanın özyönetiminde önemli toplum kaynaklarını kullanabilmesi için girişim yap

2.5.3. İnme Geçiren Hastalarda Kronik Bakım Modeli'nin Kullanımına Yönelik Çalışmalar

Hemşire araştırmacılar, araştırma problemini kavramsallaştırmak ve önermelerin doğruluğunu araştırmak için rehber olarak kuramları kullanmaktadırlar. Kuramlar modellerden elde edilen görece daha somut ve spesifik kavramsal açıklamalardır. Model ise bir mesleğin merkezinde yer alan ana kavramların ve bu kavramlar arasında kurulan mantıksal ilişkilerin şematik olarak açıklanmasıdır. Modeller doğrudan gözlenemeyen kavramları anlamaya yardım edebilmekte ve kuramlar modeller aracılığıyla somutlaştırılmaktadır (Fawcett 2005; İnan 2013). Hemşirelikte kuram / model kullanımı hemşirelik eğitime, hemşirelik uygulamalarına ve hemşirelik araştırmalarına rehberlik etmekte; hemşirenin tıbbi uygulamalara değil hemşirelik uygulamalarına odaklanmasını, iş merkezli olmaktan uzaklaşmasını, bakımın sistematize edilmesini sağlamakta; insanı tüm boyutlarıyla ele almayı ve tanımayı, insanda problem yaratan durumların anlaşmasını / ortaya çıkartılmasını, hemşirelik hizmetinin belli bir mantıkla ve sistemli bir şekilde sunulmasını teşvik etmekte; mesleki bakış açısının ve mesleki iletişimin geliştirmesini ve meslekleşme sürecini gelişmesini sağlayabilmektedir (Fawcett 2005; Baykara ve ark., 2019). Özellikle kronik hastalıkların yönetiminde sağlık profesyonellerinin modellerden yararlanması önemlidir (İncirkuş ve Nahcivan, 2015). Bu kapsamda ele alınabilecek modellerden biri Kronik Bakım Modeli'dir.

Kronik Bakım Modeli'nin kullanıldığı alanlar oldukça kapsamlıdır. Model sigara kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik gibi riskli sağlık davranışlarını önleme ve kronik hastalıklardan korunmada kullanılmış ve olumlu sonuçlar elde edilmiştir (Glasgow ve ark., 2001; Hung ve ark., 2007; İncirkuş ve Nahcivan, 2015). Toplum içinde yaşayan yaşlı bireylerde inkontinans sorununun iyileştirilmesi konusunda modelin özelleştirilebileceği vurgulanmakta, web tabanlı bir programdan elde edilen birleştirilmiş hasta verilerinin tanı, semptomlar, eşlik eden hastalıklar, katkıda bulunan faktörler ve tedavilerin sunumunda hastaların izlenmesine katkı sağlayacağı belirtilmiştir (Northwood ve Skelly, 2014). Diğer yandan literatürde modele ait bileşenlerin tamamının birlikte ele alınmadığı vurgulanmaktadır. Örneğin, yapılan bir derleme çalışmada ele alınan dört çalışmanın tamamında, entegre bir sağlık sistemi oluşturmak için Kronik Bakım Modeli'nin yalnızca birkaç bileşeninin kullanıldığı belirtilmiştir (Sendall ve ark., 2017). İnme sonrası bakım yönetimi

girişimlerinin yapıldığı bazı çalışmalarda ise sınırlı düzeyde başarı elde edilebildiği belirtilmiştir (Wilkinson ve ark., 1997; Andersen ve ark., 2000; Indredavik, 2000; Mant ve ark., 2000). Belirtilen çalışmaların çoğunluğunda Wagner tarafından tanımlanan Kronik Bakım Modeli'ne ait altı elementten bir veya daha fazlasının ele alındığı, ancak hiçbirinde altı elementin de birlikte kullanılmadığı vurgulanmıştır (Wagner, 1999; Allen ve ark., 2004). Kronik Bakım Modeli'nin en az bir bileşenini içeren müdahalelerin, belirli kronik hastalıklar için daha iyi sonuçları ortaya çıkarıp çıkarmadığını ele alan bir metaanalizde ise, en az bir bileşen içeren müdahalelerin, kronik hastalıkları olan hastalar için klinik sonuçları ve bakım süreçlerini ve daha az ölçüde de yaşam kalitesini iyileştirdiği sonucuna varılmıştır (Tsai ve ark., 2005). İnme geçiren hastalarda Kronik Bakım Modeli'nin kullanıldığı ulaşılabilen çalışma örnekleri Tablo 2.5.'te yer almaktadır.

Tablo.2.5. İnme geçiren hastalarda Kronik Bakım Modeli'nin kullanıldığı ulaşılabilen çalışma örnekleri

Yazar	Çalışma Adı ve Amacı	Girişim / Program	Sonuç ve Öneriler
Allen ve ark., 2002	<p>İNME ve geçici iskemik atakta taburculuk sonrası bakım yönetimi modelinin etkinliği: Randomize kontrollü çalışma</p> <p>Çalışmanın amacı; inme ve geçici iskemik atak hastalarında, sağlığın iyileştirilmesi ve ikincil önleme (sağlık ve önleme profili) gösterge profilini iyileştirmeye yönelik kapsamlı, disiplinler arası taburculuk sonrası bakım yönetiminin etkinliğini test etmektir.</p>	<p>İNME sonrası standart taburculuk bakımı alan hastayla ilgili, taburculuk sonrası sağlığın iyileştirilmesi ve ikincil korumanın etkilerinin geliştirilmesine yönelik kapsamlı, disiplinler arası inme bakım yönetimi girişimleri uygulanan hasta karşılaştırılmış ve stratejilerin etkinliği değerlendirilmiştir.</p> <p>Kronik Bakım Modeli bileşenleri doğrultusunda; (1) organizasyon liderliği, kaynak ve teşvikler, (2) ileri düzey bir hemşirenin bakım müdürü olarak işlev gördüğü ve evde değerlendirmeler ve düzenli takipler gerçekleştirdiği bir sistemin yeniden tasarımı, (3) değerlendirme bulgularının ve bakım planlarının doğrudan pratisyen hekime ve diğer sağlık profesyonellerine iletilmesini sağlayan klinik bilgi sistemleri, (4) bölgesel sosyal hizmetlere yönlendirme sağlayan ve bir sosyal hizmet uzmanı tarafından kolaylaştırılan toplum bağlantıları, (5) hemşire tarafından sağlanan özyönetim desteği, (6) pratisyen hekim için kanıta dayalı protokolleri içeren karar desteği uygulamaları gerçekleştirilmiştir.</p> <p>Girişim grubuna birinci ayda, hemşire tarafından evde biyo-psiko-sosyal değerlendirme yapılmıştır. Disiplinlerarası bir ekip tarafından bir bakım planı geliştirilmiş ve hastanın birinci basamak hekimi ile işbirliği içinde uygulanmıştır. Üçüncü ayda ölçülen sağlık ve korunma profili beş alandan oluşmuştur: (1) nöromotor fonksiyon, (2) şiddetli komplikasyonlar, (3) yaşam kalitesi, (4) yaygın inme sonrası komplikasyonlar ve tekrarlayan inme için risk yönetimi ve (5) inme bilgisi.</p>	<p>Pilot çalışmada bu modelin anlamlı düzeyde olumlu etkisi saptanmıştır. Sağlık ve önleme profilini önemli ölçüde iyileştirmiştir.</p> <p>Nöromotor fonksiyon, komplikasyonlar, yaşam kalitesi, risk yönetimi, inme bilgi ve özyönetim alanlarında önemli ölçüde iyileşme sağlandığı gösterilmiştir.</p> <p>Öneri: Modelin hasta sonuçlarını iyileştirmede taburculuk sonrası inme bakımı için adapte edilebileceği belirtilmiştir.</p>

Tablo.2.5. İnme geçiren hastalarda Kronik Bakım Modeli'nin kullanıldığı ulaşılabilen çalışma örnekleri (devam..)

Yazar	Çalışma Adı ve Amacı	Girişim / Program	Sonuç ve Öneriler
Allen ve ark., 2009	<p>İnme geçiren bireyler için taburculuk sonrası bakım yönetim modelinin üstünlüğünü test eden randomize bir çalışma</p> <p>Çalışmanın amacı; inme geçiren hastalara yönelik kapsamlı bir taburculuk sonrası bakım yönetiminin, sağlık ve refah profilini iyileştirmede, gelişmiş bir taburculuk planlaması olan akut inme departmanı bakımından üstün olup olmadığını değerlendirmektir.</p>	<p>İleri düzey bir uygulama hemşiresi, disiplinlerarası bir ekibin hastaya özel bakım planları geliştirdiği girişim grubu için evde değerlendirme yapmış ve sonraki altı ay boyunca planı uygulamak için birinci basamak hekimi ve hastayla birlikte çalışmıştır.</p> <p>Çalışmada rehberlerden ve derneklere ait kaynaklardan elde edilen mevcut en iyi kanıtlara dayalı önerilere yer verilmiştir. İleri düzey bir uygulama hemşiresi hastalara bakım yönetimi sağlamış, taburculuk sonrasındaki bir hafta içinde ev içi bir değerlendirme yapmıştır. Ev ziyareti sırasında inme ve inme sonrası sık görülen komplikasyonlar için standart eğitim ve müdahale protokolleri uygulanmıştır. Ev değerlendirmesi sonuçları, disiplinlerarası inme sonrası konsültasyon ekibi tarafından gözden geçirilmiştir.</p> <p>Konsültasyon ekibi, ileri düzey uygulama hemşiresi tarafından tanımlanan her soruna özel hasta bakım planları geliştirmiştir. Bakım planlarının bir kopyası, kanıt dayalı kılavuzlar, ilgili referanslar ve hastanın problemlerine özgü “akademik detaylandırma” sağlayan kısa bir paragraf hastanın pratisyen hekimine iletilmiştir.</p> <p>Girişim; gerektiğinde fizyoterapist tarafından sağlanan ev ziyaretleri, yaşam tarzı değişikliği, ilaç yönetimi ve inme risk faktörü kontrolünü optimize etmek üzere yapılan eğitimleri, gerekli sosyal hizmetlerin sağlanmasını sağlamak için yerel ajanslar ile işbirliğini, yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmak için yaygın olarak inme sonrası komplikasyonları azaltmak için sık değerlendirme ve müdahaleleri kapsamıştır. Hastalar ayrıca inme risk faktörlerinin özyönetimi ve tekrarlayan inmenin etkilerini en aza indirmek için inmenin uyarıcı belirtileri konusunda eğitim almıştır.</p> <p>Hastalarla taburcu olduktan sonraki ilk ay boyunca haftada bir kez, daha sonra çalışmanın sonuna kadar ayda bir telefonla temasa geçilmiştir. Beş alana yönelik sonuçlar değerlendirilmiştir. Bunlar: (1) Nöromotor fonksiyon, (2) 6 aylık izlem süresi boyunca hastanede ya da huzurevinde geçirilen günler ve ölüm, (3) yaşam kalitesi, (4) risk yönetimi ve (5) inme bilgisi ve yaşam tarzı değişiklikleridir.</p>	<p>İnme geçiren hastalara yönelik kapsamlı bir taburculuk sonrası bakım yönetimi, çoğu alanda, gelişmiş bir taburculuk planlaması olan akut inme departmanı bakımından daha etkili bulunmamıştır. 380 katılımcının oluşturduğu geniş çaplı çalışmada, istatistiksel açıdan önemli bulunan tek bulgu inme bilgisi ve yaşam tarzı değişiklikleri ile ilgilidir.</p>

Tablo. 2.5. İnme geçiren hastalarda Kronik Bakım Modeli'nin kullanıldığı ulaşılabilen çalışma örnekleri (devam..)

Yazar	Çalışma Adı ve Amacı	Girişim / Program	Sonuç ve Öneriler
Towfighi ve ark., 2017	<p>Güvenlik ağında inme veya geçici iskemik atak sonrası risk faktörü kontrolünü geliştirmek için koordine bir bakım girişiminin randomize kontrollü çalışması: Toplum ve Kronik Bakım Modeli ekiplerinin birleştirilmesi ile ikincil inmenin önlenmesi</p> <p>Çalışmanın amacı; etnik açıdan farklı bir popülasyonda inme sonrası risk faktörü kontrolünü iyileştirmek için Kronik Bakım Modeli tabanlı girişimin ekonomik değerini geliştirmek, test etmek ve değerlendirmektir.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Tek-kör randomize kontrollü çalışmadır.- Girişim, sağlık hizmetlerinde en az üç klinik ziyaret, üç ev ziyareti ve Kronik Hastalık Özyönetim Programı çalıştaylarını içermektedir.▪ Birincil sonuç, bir yıllık KB kontrolü (sistolik KB<130 mmHg);▪ İkincil sonuçlar:<ul style="list-style-type: none">- Sistolik kan basıncında değişim,- Lipidler ve HbA1c, inflamasyon [CRP],- Tedaviye uyum,- Yaşam tarzı faktörleri (sigara içme, diyet ve fiziksel aktivite) dahil olmak üzere diğer vasküler risk faktörlerinin kontrolü,- (Tekrarlayan inme veya miyokard infarktüsü (MI) riskinde tahmini nispi azalma,- Müdahalenin normal tedaviye oranla maliyet etkinliğidir.	<p>Bu çok bileşenli disiplinlerarası girişimin, inme sonrası risk faktörü kontrolünün iyileştirilmesinde etkili olduğu kanıtlanırsa, inme konusunda etnik ve sosyo-ekonomik farklılıkların azaltılmasına yönelik uluslararası düzeyde kullanılabilir bir model olabileceği önerilmektedir.</p>

Tablo.2.5. İnme geçiren hastalarda Kronik Bakım Modeli'nin kullanıldığı ulaşılabilen çalışma örnekleri (devam..)

Yazar	Çalışma Adı ve Amacı	Girişim / Program	Sonuç
Cheng ve ark., 2018	<p>Kırılğan, inme geçirmiş bireylerde Kronik Bakım Modeli'nin ikincil inmeyi önleme üzerindeki etkisi: Randomize kontrollü çalışma</p> <p>Çalışmanın amacı; Kronik Bakım Modeli'nin bileşenlerini temel alan bir sağlık sisteminde bakım alan çok etnikli kırılğan bir popülasyonda, inme önleme girişimleri test etmektir.</p>	<p>Başarılı bir hastane içi inme önleme programından yararlanılarak taburculuk sonrası bakıma uyumu artırmak için rehberlerde önerilen ve Kronik Bakım Modeli'ni temel alan ayakta tedavi girişimleri eklenerek inmeyi önleme girişimlerinin sistematik kullanımı tasarlanmıştır.</p> <p>Girişim; Pratisyen hemşire / asistan hekim olan bakım yöneticisi rehberliğinde grup kliniklerine katılım (2., 5., ve 10., aylardan sonra), özyönetim desteği (örneğin evde kan basıncı izlemi), risk faktörü kontrolüne ilişkin hasta rapor kartları, inmeyi önlemeye yönelik önerilere uyumu artırmaya sağlayan bilgisayarlı karar destek sistemi ve devam eden bakım koordinasyonunu içermektedir.</p> <p>Bakım yöneticileri, inme risk faktörleri ve ayrıca sigarayı bırakma, fiziksel aktivite, depresyon ve ilaç uyumu ile ilgili modifikasyonlar konusunda, mevcut kılavuzlara ve önerilere dayanarak geliştirilen algoritmaları takip etmiştir.</p>	<p>Sistolik kan basıncında düşme gözlenmesine rağmen, kontrol ve girişim grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.</p> <p>Girişim grubundaki bireylerin düşük yoğunluklu lipoprotein düzeyleri hedef seviyenin (<100 md/dL) altına düşmüş ve gruplar arası fark anlamlı bulunmuştur.</p> <p>Öneri: Toplum merkezli bir bileşen, müdahalenin etkisini güçlendirebilir.</p>

2.6. İskemik İnmede Eğitim ve Telefonla İzlem

İNME gibi kronik bir hastalığın yönetimi, hastanın çeşitli eğitim-öğretim yöntemleriyle güçlendirilmesini gerektirebilmekte ve en az hastalığın tedavisi kadar önem taşımaktadır (İncirkuş ve Nahcivan, 2015). Bu nedenle inme sonrası hasta sonuçlarını geliştirmede Kronik Bakım Modeli'nin adapte edilebileceği belirtilmektedir (Allen ve ark., 2004). Literatürde, toplumda yaşayan inme geçiren hastaların sağlık koşullarını yönetmelerinde, öz etkililiklerini artırmaya yönelik farklı stratejilerin etkinliği konusunda yeterli kanıt bulunmadığı belirtilmektedir (Lennon ve ark., 2013; Lo ve ark., 2016). Bu araştırmada modele dayalı verilen eğitimin, yeni bir inme riskinin önlenmesi açısından farkındalık oluşturması beklenmektedir.

Telefon temelli izlem ise özellikle kronik hastalıkları olan bireylerde kronik hastalığın neden olduğu bazı sorunların yönetimini ele almayı hedefleyen bir hizmettir. Telefon temelli izlem yoluyla kronik hastalığı olan bireylerle düzenli iletişim kurulması sağlanarak; hastanın son durumunun izlenmesi, hasta eğitimi ve diğer hizmetlerin sunumu, önemli noktalar konusunda hatırlatmaların yapılması, hastalıkla baş etmede yönlendirme ve desteği kolaylaştırma sağlanabilmektedir. Tedavi etkinliğinin artırılması ve maliyet etkinliği bakımından telefon temelli rehberlik sağlık bakım sistemleri içerisinde de desteklenmektedir (Dennis ve ark., 2013; <http://www.chcf.org/publications/2005/06/using-telephone-support-to-manage-chronic-disease>, Erişim tarihi: 16 Ocak 2020). Kronik sağlık sorunu olan bireylerde telefon temelli rehberlik hizmetinin etkisinin ele alındığı çalışmalarda, bu yöntemin kullanımının giderek arttığı ve birçok çalışmada yöntemle ilgili olumlu sonuçlar elde edildiği, özellikle sağlık davranışlarını ve öz etkililiği iyileştirebileceği belirtilmiştir (Hutchison ve Breckon, 2011; Dennis ve ark., 2013; Varney ve ark., 2014). Bu yöntem, gereksinimi olan bireylerin sağlık hizmetine erişim sorunlarına, birincil bakım hizmetleri gibi mevcut hizmet kapasitesine veya uygunluğuna yönelik olarak tasarlanabilmektedir. Kronik hastalığı olan bireylerde telefon temelli rehberlik hizmetlerinin tek başına ya da diğer metotlarla birlikte etkinliğinin üzerinde durulmaktadır. Telefon temelli rehberlik hizmetinde başarılı olmak için hedef kitledeki gereksinimlerin açıkça tanımlanması ve bu gereksinimleri karşılamak için hizmetlerin sağlanması önemlidir (Dennis ve ark., 2013). Bu hizmet özellikle spesifik hedeflerle planlandığında ve odaklanılan konunun hasta tarafından anlaşılabilir şekilde sunumunda etkili olabilmektedir

(<http://www.chcf.org/publications/2005/06/using-telephone-support-to-manage-chronic-disease>, Erişim Tarihi: 17 Ocak 2020). Kronik Bakım Modeli'nin bazı bileşenlerine dayalı girişimlerin telefon ile de gerçekleştirilebilir olması, inme gibi kronik bir hastalığın yönetiminde önemli görünmektedir.

Kronik Bakım Modeli'ne temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlem, hastanın özyönetimine katkı sağlamada iki yönlü hizmet edebilmektedir. Bunlardan biri, ulaşım ve mobilite engelli olan inme geçiren hastalara daha kolay ulaşılabilmesi iken, diğeri hastalardan hızla geri bildirim alınabilmesi ve hastalık yönetimleri konusunda yeni hedefler belirlemelerine katkı sunulabilmesidir. Böylelikle telefon görüşmeleri yoluyla hasta ile birlikte belirlenen hedeflere göre uygun özyönetim stratejileri seçilebilecek ve ilerlemenin değerlendirilmesi sağlanabilecektir (Morais ve ark., 2015; <http://www.starrproject.org/deliverables/D2.1-SelfManagementInStroke-TSA.pdf>, Erişim tarihi: 12.01.2020).

Özyönetim ile yakından ilgili alanlardan biri yaşam kalitesidir. Kronik hastalığa sahip bireylerin yaşam kalitesi birçok yönden etkilenmektedir (Kumsar ve Yılmaz, 2014; Demirağ, 2015). Sağlık profesyonelinin vereceği eğitim ve danışmanlık, hasta bireyin güçlenmesinde, hastalığın getirdiği sorunlarla baş edebilmelerinde ve dolayısıyla yaşam kalitesinin yükselmesinde önemli bir role sahiptir (Kumsar ve Yılmaz, 2014). Kronik Bakım Modeli kapsamında yer alan uygulamaların, kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin inkontinans sorunlarını kendilerine güvenli bir şekilde yönetme yeteneklerinde, hedeflerine ulaşmalarında, kişisel maliyetleri düşürmede ve yaşam kalitelerinde iyileşmeler yaratabileceği belirtilmiştir (Northwood ve Skelly, 2014). Kronik Bakım Modeli'nin kullanıldığı bir çalışmada model uygulamasını bakım göstergesi üzerinde önemli etkiye sahip olduğu bulunmuştur (Barletta ve ark., 2016). Başka bir çalışmada, bu modele dayalı stratejilerin acile başvuruların azaltılmasında etkin olduğu kanıtlanmıştır (Robusto ve ark., 2018). Bununla birlikte Allen ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında, inme geçiren hastalara taburculuktan bir ay sonra standart formlar ve bireyselleştirilmiş bakım planları uygulanmış, taburculuktan üç ay sonra hastaların yaşam kalitelerinin iyileştiği belirtilmiştir.

Hasta bakım sonuçlarının algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan hasta memnuniyeti, kronik hastalığı olan bireyler için ayrıca önem taşımaktadır (Zaim ve Tarım, 2010). Kronik Bakım Modeli temelinde yapılandırılan kronik hastalık yönetimi yoluyla hastaya, en uygun tedavi ve izlem planlanarak bakım sonuçlarında ve kalitesinde iyileşme, sonuçta da hasta memnuniyetinde artış beklenebilmektedir (İncirkuş ve Nahcivan, 2011). Bu modelin astım, diyabet, hipertansiyon, kalp hastalıkları, artrit ve konjestif kalp yetmezliği gibi hastalıklarda uygulanması sonucunda, maliyet-etkin olduğu, acile / hastaneye gereksiz yatışları azalttığı, yaşam kalitesini ve hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilediği bulunmuştur (Bodenheimer ve ark., 2002b; Rothman ve Wagner 2003; Wagner, 2004; Geyman, 2007). Model kullanımı sağlık profesyonelleri açısından da olumlu gelişmeler sağlayabilmektedir. Yapılan bir çalışmada, entegre Kronik Bakım Modeli'nin uygulanmasından sonra hemşireler iyileştirilmiş bir bakım süreci, hastalarla daha iyi etkileşim seviyesi, gelişmiş bilgi seviyesi ve daha iyi ekip çalışması olduğunu ve klinikte çalışma ortamından memnuniyet seviyesinin arttığını bildirmişlerdir (Mahomed ve Asmall, 2017). Sonuç olarak etkili bir hastalık yönetimiyle hastalık belirtilerinin, acil birimlere başvuruların ve hastaneye yatışların azaltılması, hastalığın fizyolojik ve psikolojik etkilerinin sınırlandırılması, bağımlılığın önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması sağlanabilmektedir (Haskett 2006; Demirağ 2009; İncirkuş ve Nahcivan, 2015).

Sağlık profesyoneli olarak hemşireler, hastalık yönetiminde kanıta dayalı rehberleri kullanarak eğitim yoluyla inme geçiren hastalara rehber olabilecek ve uygun kararlar verilmesine katkı sağlayabileceklerdir. Diğer yandan “özyönetim desteği” kişinin bir görevi uygun şekilde yönetmesi için gözlemlene, bilgi paylaşımı, işbirlikçi kararlar alma, amaç belirleme, eylemleri planlama ve gerçekçi tepkiler verme süreci olarak bilinmektedir. Bu çerçeve ile inme sonrası bakımda özellikle taburculuk sonrası sağlık ekibi rehberliğinde, özellikle hemşire tarafından yapılan izlemler yoluyla hastaların hastalıkla ilgili risk faktörlerini kontrol altına alabilmeleri ve kendi semptomlarına yönelik özyönetim stratejilerini uygulayabilecek düzeye gelmeleri yoluyla da tekrarlayan inmelerin ve hastaneye başvuruların azaltılabileceği düşünülmektedir. Böylelikle inme geçiren hastaların yaşamdan aldıkları doyumda da artış sağlanabileceği ve hastalık maliyetinin de azaltılabileceği öngörülmektedir.

Akut inme süresince bakım ve tedaviye dikkat edilmekte, ancak taburculuk sonrası dönemde inmenin tekrarlamasını önlemek için risk faktörlerinin azaltılmasına yönelik girişimlere yeterince zaman ayrılamamaktadır. Aynı zamanda hastanelerde inmenin tekrarlamasını önleme programlarının yetersiz olduğu görülmektedir. İnme geçiren hastalar açısından tekrarlayan inme riskini azaltmak için, sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri hakkında genel bir bilgi eksikliği olduğu düşünülmektedir.

Kronik Bakım Modeli'nin "özyönetim desteği" ile ilgili boyutunun olması ve hastaların özyönetim becerilerini geliştirmelerine yönelik bu modele dayalı bir hasta eğitim kitapçığının oluşturması yoluyla hastalara destek sağlanabileceğinin düşünülmesinin yanı sıra, Türkiye'de henüz bu model kullanılarak yapılan bir çalışmanın bulunmaması gibi nedenlerden dolayı inme yönetiminde Kronik Bakım Modeli'nin kullanılması düşünülmektedir. Modele ait "karar verme desteği" ve "özyönetim desteği" bileşenlerinin inme geçiren hastaların sağlıklı davranış biçimleri geliştirmesine katkı sağlayabileceği öngörülmektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır (ClinicalTrials.gov ID: NCT04161820).

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Kliniği'nde, 01.09.2018-01.09.2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Nöroloji Kliniği 24 yatak kapasitesine sahiptir. Klinikte 08:00-16:00 mesaisinde klinik sorumlu hemşiresi ile birlikte iki hemşire, 16:00-08:00 mesaisinde tek hemşire çalışmaktadır. İzne çıkan hemşire olmadığı dönemlerde 16-24 mesai uygulaması da yapılmaktadır. Klinikte, ayda ortalama 15-20 inme geçiren hastanın bakım ve tedavisi yapılmakta olup, hastalar ortalama 15 gün yatmaktadır. İnme geçiren hastalara klinikte hastalık ve tedaviye yönelik eğitim veya eğitim kitapçığı verilmemekte ve herhangi bir uygulama yapılmamaktadır. Araştırmanın yürütülmesinde Tez Proje Çalışması Zaman Akış Çizelgesi (EK 1) dikkate alınmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Kliniği'nde yatarak tedavi edilen tüm inmeli hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Kliniği'nde yatarak tedavi edilen ve örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan inme geçiren hastalar alınmıştır. Nöroloji kliniğinde iki haftalık sürede ortalama 10-14 inme geçiren hasta yatmaktadır. Nöroloji Kliniği'ne 2016 yılı içerisinde tekrarlı yatışlar dahil ortalama 312 inme geçiren hasta yatışı yapılmıştır.

3.3.1. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması

Örneklem büyüklüğünü etkileyen başlıca faktörler tip I hata (α), güç ve etki büyüklüğüdür (http://file.toraks.org.tr/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/mse-ppt-pdf/Halil_ELHAN2.pdf, Erişim tarihi: 17 Ocak 2020). Çalışmaların genel olarak en az %80 güce sahip olması gerekmektedir (Alkan ve ark., 2015). Bu çalışmada da güç %80 olarak kabul edilmiştir. Bu çalışmada tip 1 hata oranı %5 olarak belirlenmiştir. Etki büyüklüğü, ortalamalar arasındaki farkın standardize edilmiş bir

ölçümü olarak ifade edilmektedir. Klinik çalışmalarda etki büyüklüğü değerinin ≥ 0.5 olması önerilmektedir (Kılıç, 2014).

Örneklem büyüklüğü istatistik alanındaki bir öğretim üyesinden danışmanlık desteği alınarak ve Danielsoper istatistik programı kullanılarak hesaplanmıştır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanması için önceki benzer araştırmalardan elde edilen girişim ve kontrol gruplarının ortalama ve standart sapma düzeylerinin bilinmesi gerekmektedir (Martin ve Thompson, 2000). Bu araştırmada örneklem büyüklüğü hesaplaması yapılırken, araştırmamızda bağımlı değişken olarak kullanılan ve araştırmamıza benzer bir çalışmada (Topçu, 2017) yer alan “İnme Öz Etkililik Ölçeği” temel alınarak hesaplama yapılmış, benzer çalışmadaki girişim grubuna ait ortalamalar ve standart sapmalar kullanılarak “Cohen’s d” 0.728 olarak bulunmuştur. Örneklem büyüklüğü için çalışmadan elde edilen etki büyüklüğünün yanı sıra %80 güç ve 0.05 hata payı alınarak yapılan hesaplama sonucunda, çalışmamız için örneklem büyüklüğü toplam 62 hasta olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda girişim ve kontrol gruplarına toplam 31 girişim ve 31 kontrol olmak üzere 62 hasta alınması gerekmektedir. Ancak kayıplar göz önünde bulundurularak, hesaplanan değer %10 fazlası örnekleme dahil edilmiş ve 34 girişim, 34 kontrol hastası olmak üzere toplam 68 inme geçiren hastanın alınması planlanmıştır. Veri toplama süreci sonunda ise 34 girişim ve 34 kontrol olmak üzere toplam 68 iskemik inme geçiren hastaya ulaşılmıştır (<http://www.danielsoper.com/>; <http://powerandsamplesize.com/>, Erişim Tarihi: 13 Aralık 2016).

Araştırmamız için etki büyüklüğü araştırma bittikten sonra hesaplanmıştır. Tekrarlı ölçümlü verilerde etki büyüklüğü t testi için hesaplanan Cohen’in d’sinden farklıdır ve eta kare (η^2) ile hesaplanmaktadır. Etki büyüklüğü $\eta^2 < 0.01$ ise çok küçük, $\eta^2 = 0.01-0.06$ arasında ise küçük, $\eta^2 = 0.06-0.14$ arasında ise orta ve $\eta^2 > 0.14$ ise büyük etki büyüklüğü olarak yorumlanmaktadır. Örneğin $\eta^2 = 0.45$ etki büyüklüğü oldukça büyük olduğu anlamına gelmektedir (Cohen, 1988). İstatistiksel güç analizi sonucunda, etki büyüklükleri 0.01-0.21 aralığında bulunmuştur. Buna göre etki büyüklüğünün İnme Öz Etkililik Ölçeği için “küçük”, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği için “orta” ve Modifiye Barthel İndeksi için “büyük” olduğu söylenebilir. Araştırmamızda Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği’nin tekrarlı ölçümleri olmadığı için etki büyüklüğü ayrıca hesaplanmıştır (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Ölçeklerin güç analizi ve etki büyüklüğü sonuçları

Bağımlı Değişken	Genel	
	Güç	η^2
Modifiye Barthel İndeksi alt boyutları		
- Transfer	0.99	0.12
- Ambulasyon	0.99	0.16
- Merdiven inip çıkma	0.99	0.13
- Beslenme	0.99	0.10
- Giyinme	0.98	0.12
- Kişisel bakım	0.97	0.10
- Banyo yapma	0.99	0.17
- Tuvalete oturup kalkma	0.99	0.14
- İdrar kontinansı	0.99	0.11
- Gaita kontinansı	0.99	0.02
Modifiye Barthel İndeksi toplam	0.99	0.21
İnme Öz Etkililik Ölçeği	0.99	0.05
İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları		
- Aktiviteler	0.96	0.10
- Sosyal aile rolleri	0.12	0.11
- Dil	0.39	0.12
- Vizyon	0.41	0.05
- Enerji	0.99	0.09
- Mood	0.89	0.01
- Kişilik	0.097	0.01
- Düşünme	0.99	0.04
İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam	0.83	0.13

Tablo 3.1. Ölçeklerin güç analizi ve etki büyüklüğü sonuçları (devam)

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği	Güç	Cohen d
- Katılım	0.66	0.5465
- Karar	0.99	1.8042
- Amaç	0.99	1.4635
- Problem çözme	0.99	1.4963
- İzlem	0.99	1.7780
Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği toplam	0.99	1.7020

3.3.2. Araştırma Örneklemine Özellikleri

Araştırma örnekleminin özellikleri Tablo 3.2’de yer almaktadır.

Tablo 3.2. Araştırma örnekleminin özellikleri

Araştırma Kapsamına Dahil Edilme Kriterleri

- Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Kliniği’nde yatarak tedavi edilen
- TOAST sınıflaması kriterlere uyan^{1*}
- Yer, zaman, kişi oryantasyonu olan**
- Taburculuk sırasında Modifiye Rankin Skalasına göre “0,1,2,3” puan alan***
- 18 yaş ve üzerinde olan
- BT ve MR sonucunda ilk kez iskemik inme tanısı konulan¹
- Okur-yazar olan
- Telefon kullanabilen
- Yazılı veya sözlü iletişim engeli olmayan
- Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerdir.

Araştırma Kapsamına Dahil Edilmeme Kriterleri

- Tanı almış psikiyatrik hastalığı olan¹
- İleri düzey karaciğer ve böbrek hastalığı olan¹
- Malignensi ya da başka bir nörolojik hastalığı olan¹
- Bilgilerine ulaşılmamasına izin vermeyen bireylerdir.

Araştırma Sırasında İzlemden Çıkarılma Kriterleri

- Araştırmadan ayrılmak isteyen
- En az dört telefon görüşmesi yapılamayan
- Genel durumu bozulan bireylerdir.

¹Hasta dosya bilgisine göre değerlendirilmiştir.

***TOAST Sınıflaması:** İskemik inmenin etiyolojisi, prognoz, sonuçlar ve hasta yönetimini etkileyen bir unsurdur. Nedene yönelik olarak en yaygın kullanılan sınıflama, TOAST sınıflamasıdır (EK 4). Bu sınıflama etiyolojiyi esas alan bir iskemik inme alt tip kategorizasyon sınıflamasıdır (Chen ve ark., 2012). TOAST sınıflamasına uyan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

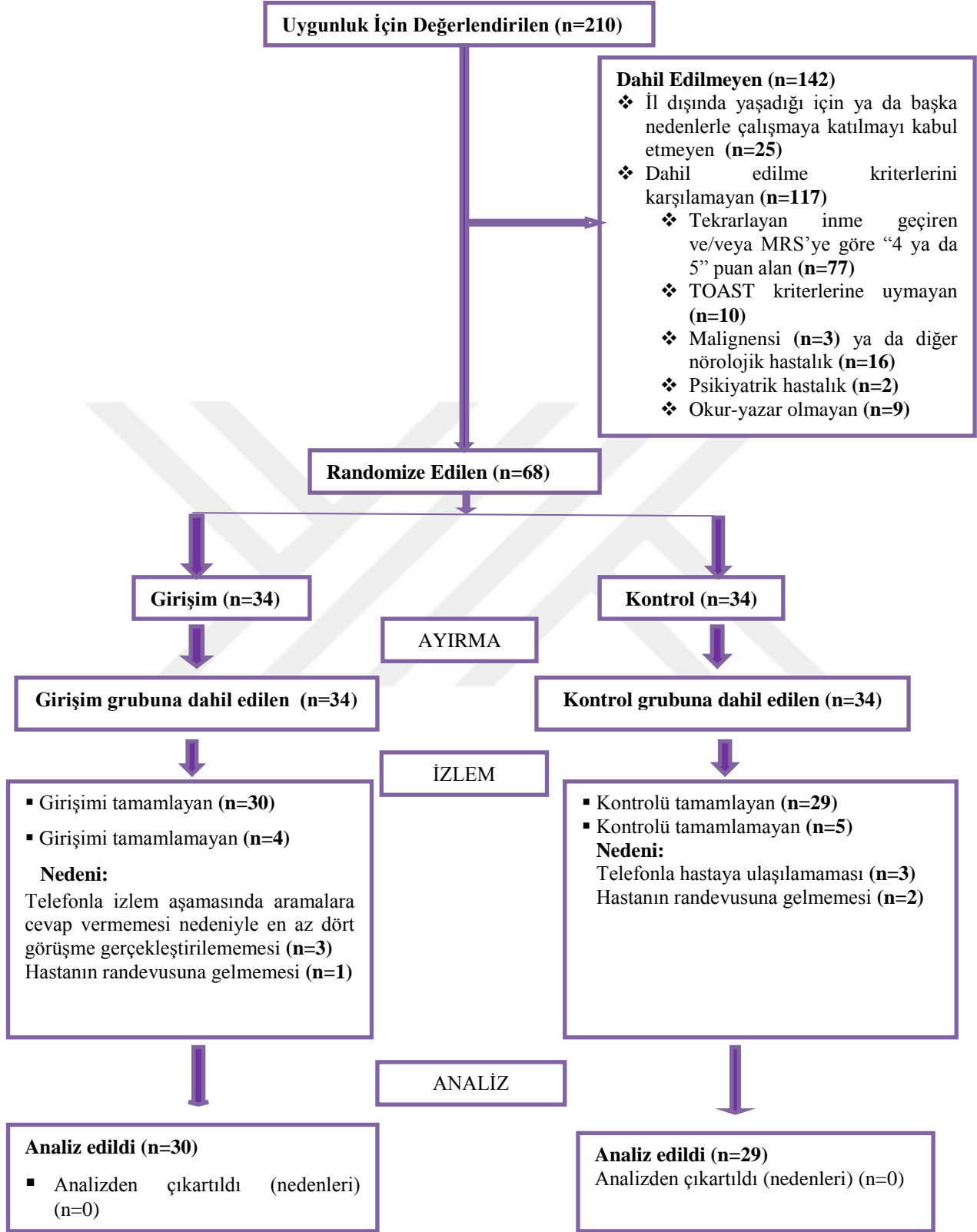
****Yer, Zaman, Kişi Oryantasyonu Değerlendirmesi:** Mental durum muayenesinde hastanın oryantasyonunu, kendisi ve çevresi hakkındaki bilgisini, güncel olaylardan haberdarlığını, dikkatini, kısa süreli belleğini ve öğrenmesini, uzun süreli belleğini, muhakemesini, aritmetik becerisini, soyutlama-soyut düşünme becerisini, karmaşık görsel algısını ve yapılandırma becerisini, praksi becerisini gözden geçirmek gerekmektedir (<http://www.itfnoroloji.org/semi2/mentalmuayene.htm>, Erişim Tarihi: 11 Aralık 2016). Oryantasyon ve kendisi hakkında bilgi muayenesi için hastaya sorular sorulmaktadır (EK 5). Çalışmamıza yer, zaman, kişi oryantasyonu olan ve (bilgi ve kültür düzeyleri dikkate alınarak) sorulara doğru cevap veren bireyler alınmıştır.

*****Modifiye Rankin Skalası:** Modifiye Rankin Skalası (MRS) (EK 6), inme son durum değerlendirilmesinde hastaların fonksiyonel durumlarını belirlemek amacı ile sıklıkla kullanılan bir ölçektir. Bu skala inmeden sonra gelişen özürüllüğü 0 ile 5 arasında puanlanan altı derecede sınıflandırmaktadır. Hiçbir bulgunun olmaması “0”, ciddi özürüllük veya yatağa bağımlılık ise “5” olarak puanlandırılmaktadır. Ölçek puanının 2 ve altında olması durumun iyi olduğunu, 2’nin üzerinde olması durumun kötü olduğunu göstermektedir (Yalın, 2011). Skala sonucunun “4-5” olması “ağır-çok ağır defisit” olarak değerlendirildiği için, ölçümlerin yapılması mümkün olmayacağından bu grup hastalar çalışma kapsamına alınmamıştır. Skala sonucu “3” olan hastalar

“orta derecede defisit” olarak ele alındığı için çalışma kapsamına dahil edilmiştir. Modifiye Rankin Skalası’na göre çalışmamıza “0,1,2,3” puan alan hastalar dahil edilmiştir.

3.4. Randomizasyon

Randomizasyon girişim grubunun çalışmanın başında hangi grupta inceleneceklerinin tamamen tesadüf olarak belirlenmesidir. Girişim ve kontrol gruplarında eşit sayıda örneklem sağlamak ve etkinliği incelenecek özyönetim stratejileri dışında diğer tüm etkenler açısından her iki grubun benzer olmasını sağlamak amacıyla randomizasyon yapılmıştır. Randomizasyon yöntemi olarak iki grupta eşit sayıda örneklem sağlamak amacı ile basit randomizasyon yöntemi seçilmiştir. Bilgisayar ortamında (<https://www.randomizer.org/>, Erişim Tarihi:10 Aralık 2016) web sitesi kullanılarak randomizasyon yapılmış ve randomizasyon listesi oluşturulmuştur. Hastalar araştırma kapsamına alınma kriterleri göz önüne alınarak, 1 Eylül 2018 – 1 Eylül 2019 tarihleri arasında haftada üç gün 08:00-16:00 saatleri arasında klinikte bulunularak, randomizasyon listesi doğrultusunda girişim ve kontrol gruplarına alınmıştır. Randomizasyon listesi EK 16’da yer almaktadır. Randomizasyon çıktılarına göre girişim ve kontrol gruplarına alınan hastaların listeleri EK 17’de yer almaktadır. Araştırmanın uygunluğu açısından değerlendirilen ve araştırma kapsamına alınan hastalar CONSORT Akış Diyagramı’nda (Şekil 3.1) yer almaktadır.



Şekil 3.1. CONSORT Akış Diyagramı

Tablo 3.3'te girişim ve kontrol grubundaki hastaların sosyo-demografik özellikleri, Tablo 3.4'te ise hastalığa ilişkin özellikleri verilmiştir. Girişim ve kontrol grubu kapsamına alınan hastalar arasında sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özellikler yönünden fark olup olmadığı değerlendirilmiştir. Analizler sonucunda iki gruba ait hastaların sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özellikleri yönünden istatistiksel olarak benzer olduğu ($p>0.05$), hastaların girişim ve kontrol gruplarına homojen olarak dağıldığı saptanmıştır (Tablo 3.3) (Tablo 3.4).

Tablo 3.3. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların sosyo-demografik özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler		Girişim		Kontrol		χ^2	p
		n	%	n	%		
Yaş Ortalaması ($\bar{x} \pm SS$)		55.9±11.44		58.9±13.82			
Cinsiyet	Kadın	12	35.3	12	35.3	0.000	1.000
	Erkek	22	64.7	22	64.7		
Medeni Durum	Evli	29	85.3	28	82.3	0.109	0.742
	Bekar	5	14.7	6	17.7		
Eğitim Durumu	Okur Yazar – İlkokul	9	26.5	13	38.2	2.275	0.517
	Ortaokul	8	23.5	8	23.5		
	Lise	11	32.4	6	17.7		
	Üniversite ve üzeri	6	17.6	7	20.6		
Gelir Durumu	Gelir gidere göre az	13	38.2	12	35.3	0.983	0.612
	Gelir gideri dengeler	17	50.0	15	44.1		
	Gelir gidere göre fazla	4	11.8	7	20.6		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	13	38.2	9	26.5	1.075	0.300
	Çalışmıyor	21	61.8	25	73.5		
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Yalnız	4	11.8	8	23.5	2.294	0.318
	Eş	14	41.2	15	44.1		
	Eş ve Çocuklar	16	47.0	11	32.4		
Yaşadığı Yer	İl	28	82.3	29	85.3	0.109	0.742
	İlçe	6	17.7	5	14.7		

Girişim grubundaki hastaların yaş ortalaması 55.9±11.44 ve kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması 58.9±13.82'dir. Her iki gruptaki hastaların %64.7'sinin erkek olduğu, girişim grubundaki hastaların %85.3'ünün, kontrol grubundaki hastaların ise %82.3'ünün evli olduğu saptanmıştır. Girişim grubundaki hastaların %32.4'ünün lise mezunu olduğu, kontrol grubundaki hastaların ise %38.2'sinin okuryazar / ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Girişim grubundaki hastaların %50.0'sinin gelir gider durumlarının dengeli olduğu ve %61.8'inin çalışmadığı, kontrol grubundaki hastaların ise %44.1'inin gelir gider durumlarının dengeli olduğu

ve %73.5'ünün çalışmadığı tespit edilmiştir. Girişim grubundaki hastaların %47'si eşleri ve çocuklarıyla, kontrol grubundaki hastaların %44.1'i ise eşleriyle yaşamaktadır. Girişim grubundakilerin %82.3'ü, kontrol grubundaki hastaların %85.3'ü ilde yaşamaktadır (Tablo 3.3).

Tablo 3.4. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların hastalığa ilişkin özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler	Girişim		Kontrol		χ^2	p	
	n	%	n	%			
Başka hastalık varlığı	Yok	9	26.5	7	20.6	0.327	0.568
	Var	25	73.5	27	79.4		
Hipertansiyon	Var	18	52.9	19	55.9	0.0593	0.808
	Yok	16	47.1	15	44.1		
Diyabetes Mellitus	Var	13	38.2	13	38.2	0.0000	1.0000
	Yok	21	61.8	21	61.8		
Kalp hastalıkları	Var	4	11.8	9	26.5	2.378	0.123
	Yok	30	88.2	25	73.5		
Sigara kullanımı	Evet	12	35.3	6	17.7	3.040	0.219
	Hayır	12	35.3	13	38.2		
	Bıraktım	10	29.4	15	44.1		
Alkol kullanımı	Evet	6	17.7	1	2.9	4.181	0.123
	Hayır	27	79.4	31	91.2		
	Bıraktım	1	2.9	2	5.9		
Bakım destek gereksinimi	Var	11	32.4	16	47.1	1.536	0.215
	Yok	23	67.6	18	52.9		
Hastalık yönetimine engel durumlar	Yok	28	82.4	24	70.6	1.308	0.253
	Var	6	17.6	10	29.4		
Hastalık yönetimindeki en önemli konu (ilaçlarını kullanabilmek)	Var	32	94.1	31	91.2	0.216	0.642
	Yok	2	5.9	3	8.8		
Hastalık yönetimindeki en önemli konu (diyetine uyabilmek)	Var	25	73.5	23	67.7	0.283	0.595
	Yok	9	26.5	11	32.3		
Hastalık yönetimindeki en önemli konu (kendi bakımını yapabilmek)	Var	10	29.4	17	50.0	3.010	0.083
	Yok	24	70.6	17	50.0		

Tablo 3.4'e göre, girişim grubundaki hastaların %73.5'inin, kontrol grubundaki hastaların %79.4'ünün iskemik inme eşlik eden kronik hastalığı bulunmaktadır. Girişim grubundaki hastaların %52.9'unun hipertansiyonu, %38.2'sinin diyabetes mellitusu, %11.8'inin kalp hastalığı olduğu, %35.3'ünün sigara ve %17.7'sinin alkol kullandığı saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ise %55.9'unun hipertansiyonu, %38.2'sinin diyabetes mellitusu, %26.5'inin kalp hastalığı olduğu, %17.7'sinin sigara ve %2.9'unun alkol kullandığı saptanmıştır. Girişim grubundaki hastaların %32.4'ü, kontrol grubundaki hastaların %47.1'i bakım destek

gereksinimleri olduğunu ifade etmiştir. Girişim grubundaki hastaların %82.4'ü, kontrol grubundaki hastaların %70.6'sı hastalık yönetimine engel durumlarının olmadığını ifade etmiştir (Tablo 3.4). Hem girişim hem de kontrol grubundaki hastalar, hastalık yönetiminde en önemli buldukları konuları “ilaçların düzenli kullanımı (girişim:%94.1, kontrol:%91.2), diyetle uyum (girişim:%73.5, kontrol:%67.7) ve kendi bakımını yapabilme (girişim: %29.4, kontrol: %50) olarak ifade etmişlerdir (Tablo 3.4).

3.5. Araştırmanın Kavramsal-Teorik-Deneysel Yapısı

Araştırmada Kronik Bakım Modeli'ne ait dört bileşene özgü girişimler ve modelin özyönetim desteği bileşenine özgü 5A metodolojisi uygulanmıştır.

Kronik Bakım Modeli bileşenleri şunlardır

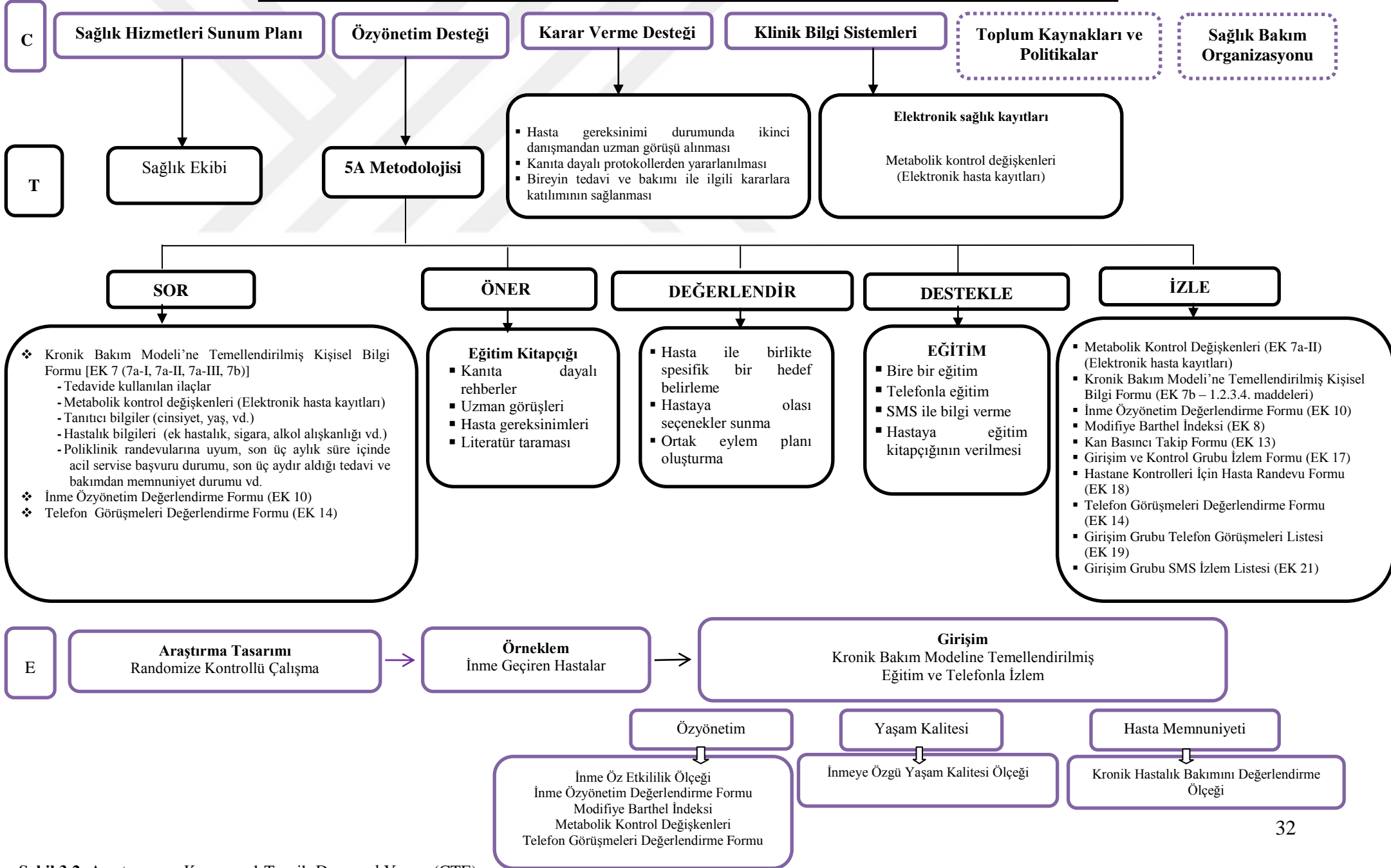
Toplum kaynakları ve politikalar	-
Sağlık bakım organizasyonu	-
Sağlık hizmetleri sunum planı	√
Özyönetim desteği	√
Karar verme desteği	√
Klinik bilgi sistemleri	√

5A Metodolojisi aşağıda yer almaktadır

A _s k	Sor	√
A _d vise	Öner	√
A _s sess	Değerlendir	√
A _s ssist	Destekle	√
A _r range	İzle	√

Kronik Bakım Modeli'ne ilişkin detaylı bilgiler Genel Bilgiler bölümünde ele alınmıştır (Bkz. Sf 7-12). Araştırmanın kavramsal-teorik-deneysel yapısı Şekil 3.2'de gösterilmiştir.

İskemik İnme Geçiren Hastalarda Kronik Bakım Modeline Temellendirilmiş Eğitimin ve Telefonla İzlemin Özyönetime, Yaşam Kalitesine ve Hasta Memnuniyetine Etkisi

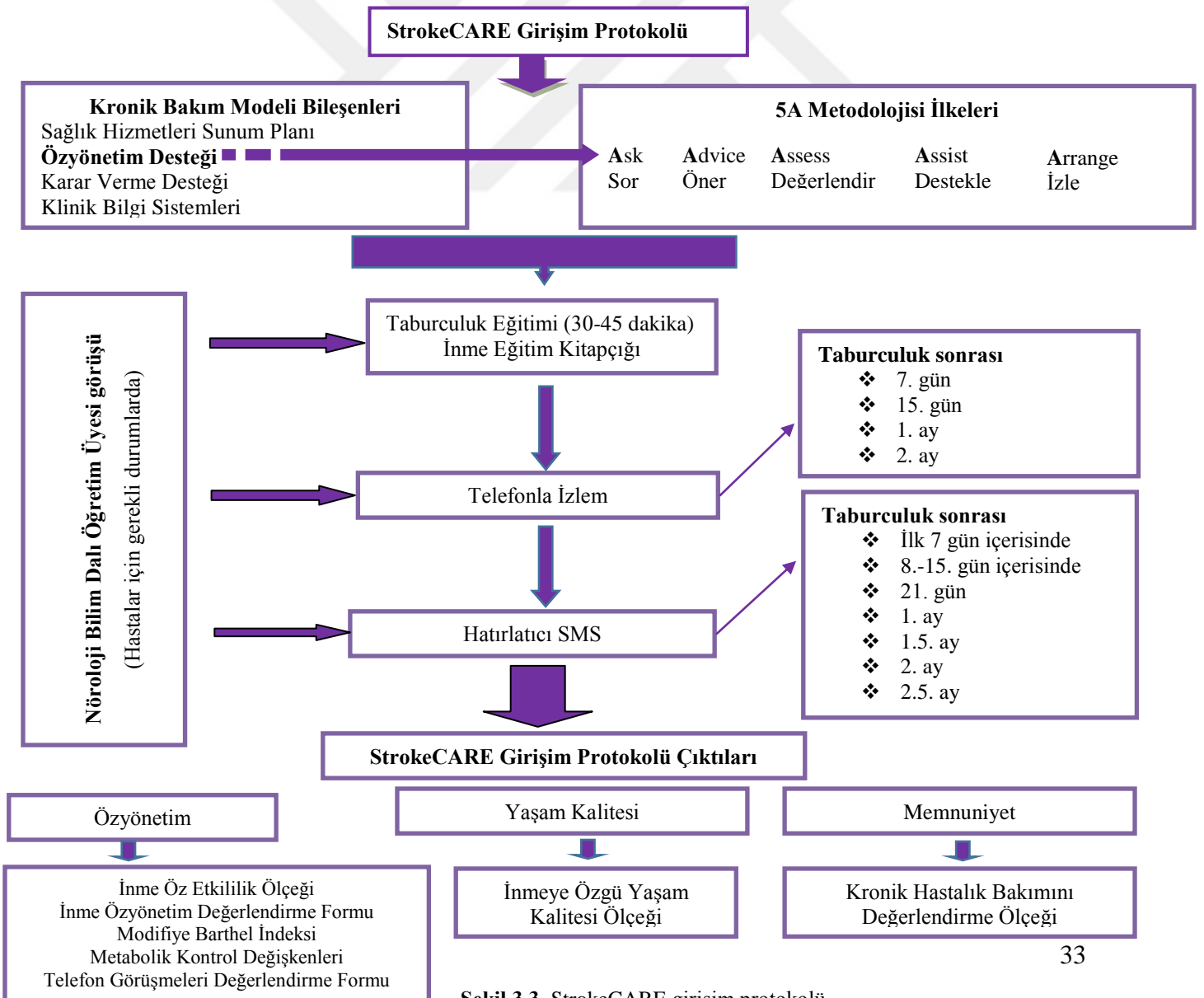


Şekil 3.2. Araştırmanın Kavramsal-Teorik-Deneysel Yapısı (CTE)

3.6. Araştırmanın Girişim Protokolü

Araştırmamızda kısa ismi StrokeCARE olan ve araştırmacı tarafından geliştirilen bir girişim protokolü izlenmiştir (Şekil 3.3). Kronik Bakım Modeli'nin altı bileşeni ve bileşenlere ait araştırmamızda yapılması planlanan uygulamalar Tablo 3.5'te yer almaktadır.

Literatür incelendiğinde modele ait bileşenlerin tümünün birlikte ele alınmadığı, Kronik Bakım Modeli'nin yalnızca birkaç bileşeninin kullanıldığı görülmektedir (Sendall ve ark., 2017). Araştırmamızda kullanılan eğitim kitapçığı ve veri toplama araçları (Kronik Bakım Modeli'ne Temellendirilmiş Kişisel Bilgi Formu ve Telefon Görüşmeleri Değerlendirme Formu), Kronik Bakım Modeli'nin "özyönetim desteği" bileşeni kapsamında yer alan 5A metodolojisi stratejileri dikkate alınarak hazırlanmıştır (Tablo 3.5).



Şekil 3.3. StrokeCARE girişim protokolü

Tablo 3.5. Kronik Bakım Modeli bileşenlerine yönelik gerçekleştirilmesi planlanan uygulamalar

Kronik Bakım Modeli Bileşenleri	Tez Çalışması Kapsamında Planlanan Uygulamalar
1. Toplum Kaynakları ve Politikalar	Girişim planlanmamıştır
2. Sağlık Bakım Organizasyonu	Girişim planlanmamıştır
3. Sağlık Hizmetleri Sunum Planı	<ul style="list-style-type: none">▪ Eğitim kitapçığı hazırlanması▪ Hastaların taburculuk sonrası üç ay süre ile telefon, SMS ile izlenmeleri ve desteklenmeleri▪ Hasta gereksinimleri doğrultusunda sağlık ekibi (Nöroloji Bilim Dalı'ndan ikinci danışman olan Öğretim Üyesi) ile iletişime geçilerek ortak kararlar alınması ve hastaların yönlendirilmesi
4. Özyönetim Desteği	<ul style="list-style-type: none">▪ Kanıta dayalı rehberler, uzman görüşleri, hasta gereksinimleri, literatür taraması doğrultusunda eğitim kitapçığı hazırlanması▪ Eğitim kitapçığı ile inme geçiren hastalara eğitim verilmesi (DESTEKLE)▪ Eğitim kitapçığının hastaya verilmesi (ÖNER)▪ Taburculuk sonrası telefon, SMS ile izlem yapılması (İZLE)▪ Anketlerin uygulanması<ul style="list-style-type: none">- Telefon Görüşmeleri Değerlendirme Formu (EK 14) (5A Metodolojisi – SOR)- Eğitim kitapçığı, Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (EK 12) maddeleri dikkate alınarak ÖNER maddeleri doğrultusunda hazırlanmıştır.- Telefon görüşmeleri; Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği maddeleri dikkate alınarak DEĞERLENDİR maddeleri doğrultusunda gerçekleştirilmiştir.- Eğitim kitapçığı ve Telefon Görüşmeleri Değerlendirme Formu DESTEKLE maddeleri doğrultusunda, Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği maddeleri dikkate alınarak hazırlanmıştır.▪ Telefon görüşmeleri ve SMS hatırlatmaları İZLE maddeleri doğrultusunda gerçekleştirilmiştir.▪ Metabolik parametrelerin değerlendirilmesi (DEĞERLENDİR)
5A Metodolojisi	
5. Karar Verme Desteği	<ul style="list-style-type: none">▪ Kanıta dayalı rehberler doğrultusunda telefon görüşmelerinin ve eğitimlerin yapılması▪ Hasta gereksinimi durumunda ikinci danışmandan uzman görüşü alınması
6. Klinik Bilgi Sistemleri	<ul style="list-style-type: none">▪ Hastalarla ilgili sonuçların ikinci danışman olan ve inme geçiren hastaların izlemlerini gerçekleştiren ilgili Öğretim Üyesi ile paylaşılması▪ Hasta eğitimleri ve değerlendirmelerinin telefon ve SMS aracılığı ile sürdürülmesi▪ Metabolik kontrol değişkenleri verilerinin incelenmesi (Elektronik hasta kayıtları)

3.6.1. Kronik Bakım Modeli Özyönetim Desteği Bileşenine Temellendirilmiş Eğitim Kitapçığının Hazırlanması ve Değerlendirilmesi

StrokeCARE kapsamında kullanılan eğitim kitapçığı, Kronik Bakım Modeli özyönetim desteği bileşeni ilkelerine göre hazırlanmıştır. Kitapçığın kalitesi, uzman görüşleri için DISCERN ölçüm aracına ve eğitim kitapçığının içeriği için Ateşman'ın Okunabilirlik Formülü'ne göre değerlendirilmiştir (Şekil 3.4).



Eğitim Kitapçığının Hazırlanması ve Değerlendirilmesi

Eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi ve eğitim materyallerinin geliştirilmesi;

- Konu ile ilgili yapılan nicel ve nitel araştırmalar
- Kanıta dayalı uygulama rehberleri
- Literatür incelemeleri

Eğitim kitapçığı içeriği konuları

- İnme hakkında genel bilgi
- İskemik inme risk faktörleri
- Değiştirilebilir risk faktörlerinin kontrolüne yönelik öneriler
- **İnme semptom yönetimi**

- Hemiparezi
- Spastisite
- Ayak düşmesi
- Beslenme sorunları (iştahsızlık, yutma ve çiğneme bozuklukları vb.)
- Mesane/bağırsak sorunları
- Görsel sorunlar
- Nöbetler ve epilepsi
- Uyku bozuklukları

- Ağrı
- Yorgunluk
- Cinsellik
- Afazi
- Hafıza kaybı
- Vasküler demans
- Kişilik ve davranış değişiklikleri
- İnme sonrası ev düzenlemeleri / genel güvenlik önlemleri

Uzman görüşlerinin değerlendirilmesi

- Nöroloji Bilim Dalı Öğretim Üyesi
 - Dr. Öğr. Üyesi Ali ÜNAL
- Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyeleri
 - Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi - Prof.Dr. Sebahat GÖZÜM
 - Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi - Prof.Dr. Zeynep ÖZER
 - Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi - Prof.Dr. Ayfer KARADAKOVAN
 - Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi - Prof.Dr. Sakine BOYRAZ
 - Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi - Prof.Dr. Mukadder MOLLAOĞLU
 - Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi - Prof.Dr. Sabire YURTSEVER
 - Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dr.Öğr. Üyesi Fatma ARIKAN
- Nöroloji Kliniği Hemşireleri
 - Nöroloji Kliniği - Hemşire Necla MOTOR
 - Nöroloji Kliniği - Hemşire Nevin SUBAŞI
 - Nöroloji Kliniği - Hemşire Kamile TOPCU

Ateşman'ın Okunabilirlik Formülü Değerlendirmesi**
(76.55 / 70-89; Kolay)

DISCERN Ölçüm Aracı*

Eğitim materyallerinin kalitesi DISCERN ölçüm aracına göre değerlendirilmiştir.
($W^a = 0.654$; $p=0.000$)

Şekil 3.4. Kronik Bakım Modeli öz yönetim desteği bileşenine temellendirilmiş eğitim kitapçığının hazırlanması ve değerlendirilmesi

*DISCERN Ölçüm Aracı

DISCERN Ölçüm Aracı (**EK 15**), eğitim materyalinin güvenilirlik ve bilgi kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla Charnock ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilmiştir. Toplam 16 sorudan oluşmakta olan DISCERN Ölçüm Aracı'ndaki ilk sekiz soru (1-8) ile sunulan bilginin güvenilirliği; sonraki yedi soru (9-15) ile tedavi ve bakım seçenekleri ile ilgili verilen bilginin kalitesi ve son bir soru (16) ile materyalin genel değerlendirmesi yapılmaktadır. Her bir soru için 1-5 arası (1: uygun değil, 5: uygun) puan verilmektedir. Değerlendirmede total puanın düşük olması kalitenin düşük, yüksek olması kalitenin yüksek olduğunu göstermektedir (Charnock ve ark., 1999).

Ülkemizde DISCERN Ölçüm Aracı'nın Türkçe geçerlik güvenilirliği Gökdoğan (2003) tarafından yapılmıştır. DISCERN Ölçüm Aracı kullanım izni (EK 27) e-posta yoluyla alınmıştır. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Kendall Uyuşum Katsayısı korelasyon testi yapılmıştır. Tablo 3.6'da uzman görüşleri arasında farklılık birbiri ile tutarlı bulunmuştur. Uzmanların önerileri doğrultusunda kitapçığa son hali verilmiştir.

Tablo 3.6. Discern Ölçüm Aracı değerlendirme sonuçları

DISCERN Ölçüm Aracı	Puan aralıkları	X±SS	W ^a	p
Bilgi güvenilirliği	8-40	37.18 ± 2.68	0.654	0.000
Bilgi kalitesi	7-35	32.82 ± 2.89	0.609	0.000
Genel değerlendirme	1-5	4.91±0.30	-	-

**Ateşman Okunabilirlik Formülü

Eğitim kitapçığı içeriğinin zorluk düzeyini belirlemek için Ateşman (1997)'in okunabilirlik formülü kullanılmıştır. Ateşman, Türkçe metinlerin okunabilirliğini hesaplamak amacıyla Flesch okunabilirlik formülünü Türkçeye uyarlamıştır. Ateşman = 198.825 – 40.175 x [hece sayısı / kelime sayısı] – 2.610 [kelime sayısı / cümle sayısı] (Temur, 2003).

Metnin okunabilirlik düzeyi 100'e yaklaştıkça metnin kolay okunabilir bir metin olduğu, sıfıra yaklaştıkça güç bir metin olduğu anlaşılmaktadır (Temur, 2003). Ön uygulama öncesi eğitim içeriğinin okunabilirlik indeksi araştırmacı tarafından hesaplanmış ve okunabilirliği 76.55 ve kolay bir metin olarak bulunmuştur (Tablo 3.7).

Tablo 3.7. Türkçe okunabilirlik aralıkları

Düzyey	Okunabilirlik Aralığı
Çok kolay	90-100
Kolay	70-89
Orta güçlükte	50-69
Zor	30-49
Çok zor	1-29

3.7. Araştırmanın Ölçüm Araçları

Araştırmamızda Kronik Bakım Modeli'ne temellendirilmiş eğitimin ve telefonla izlemin özyönetim, yaşam kalitesi ve hasta memnuniyetine etkisini ölçmek üzere ölçüm araçları kullanılmıştır. Araştırma kapsamında kullanılacak olan veri toplama araçları Tablo 3.8'de yer almaktadır. Araştırma örneklemine alınacak olan hastalara sözlü bilgi verilir, kabul eden bireylerin bilgilendirilmiş onamları alınmıştır (Girişim grubu - EK 2, kontrol grubu - EK 3).

Tablo 3.8. Araştırmanın ölçüm araçları

Araştırmanın Ölçüm Araçları	Girişim Grubu		Kontrol Grubu	
	Ön Test	Son Test	Ön Test	Son Test
Kronik Bakım Modeli'ne Temellendirilmiş Kişisel Bilgi Formu	√	√	√	√
İnme Geçiren Hastalarda Öz Etkililik Ölçeği	√	√	√	√
İnme Özyönetim Değerlendirme Formu	√	√	√	√
Modifiye Barthel İndeksi	√	√	√	√
Metabolik Değişkenler	√	√	√	√
İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği	√	√	√	√
Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği	-	√	-	√

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu

Kronik Bakım Modeli'ne Temellendirilmiş Kişisel Bilgi Formu [EK 7 (EK 7a-I / 7a-II / 7a-III ve EK 7b (son test sırasında uygulanacak kısım) inme geçiren hastaların özelliklerine ilişkin bilgi elde edebilmek amacı ile literatüre dayanarak (Hakverdioğlu, 2009; Yalın, 2011; Aşiret ve Kapucu, 2013; Boyacıoğlu, 2015; Han ve Bushnell, 2016) hazırlanmıştır.

Kronik Bakım Modeli'ne Temellendirilmiş Kişisel Bilgi Formu'nda inme tedavisinde kullanılan ilaçlar ve metabolik kontrol değişkenleri hakkında bilgi edinmeye yönelik iki ayrı bölüme ek olarak, inme geçiren hastaların sosyo-demografik bilgilerini saptamaya yönelik (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir durumu, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişiler, bakımda destek olan kişiler, yaşadığı yer) 11 soru, hastalık bilgilerine ilişkin (inme dışında başka hastalığın varlığı, sigara-alkol kullanımı, özel diyet, hastalık yönetimine engel olan durumlar) yedi soru yer almaktadır. Son test sırasında uygulanacak kısımda (EK 7b) dokuz soru yer almaktadır.

3.7.2. Özyönetim Ölçüm Araçları

İskemik inme geçiren hastalarda yapılan uygulamaların özyönetime etkisini değerlendirmek üzere;

- a) İnme Öz Etkililik Ölçeği (İÖEÖ)
- b) İnme Özyönetim Değerlendirme Formu
- c) Modifiye Barthel İndeksi (MBI)
- d) Metabolik Kontrol Değişkenleri
- e) Telefon Görüşmeleri Değerlendirme Formu kullanılmıştır.

a) İnme Geçiren Hastalarda Öz Etkililik Ölçeği

İnme Öz Etkililik Ölçeği (The Stroke Self-Efficacy Questionnaire / SSEQ) (EK 9), Jones ve arkadaşları tarafından 2008 yılında geliştirilen, inme sonrası iyileşme döneminde hastaların öz etkililik düzeylerini belirlemek üzere kullanılan bir formdur. Ölçek 13 maddeden oluşmakta, inme geçiren hastaların günlük aktiviteleri ve özyönetim seviyeleri değerlendirilmektedir (Jones ve ark., 2008). Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.90 olarak bulunmuş, 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). Faktör analizi sonucunda 13 değişken “yeni zorluklara uyum ve değişimi sürdürme” olarak iki faktöre ayrılmıştır. İki faktör için varyans %88.2 olarak saptanmıştır. Öğeler arasında test-tekrar test puanlarına göre istatistiksel olarak fark saptanmamış ($p>0.05$) ve güvenilirlik indeksi 0.80'nin üzerinde bulunmuştur. Ölçekte ters kodlaması olan sorular bulunmamaktadır. Ölçeğin 0-3 ve 0-10 olmak üzere kullanılabilecek iki ayrı skalası bulunup, her ikisi de kullanılabilir. Ölçekte ters kodlaması olan sorular bulunmamaktadır. Ölçeğin 0-3 ve 0-10 olmak üzere kullanılabilecek iki ayrı skalası bulunup, her ikisi de kullanılabilir.

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Topçu ve Oğuz (2017) tarafından yapılmış ve Cronbach alfa değeri 0.93 olarak bulunmuştur. Topçu ve Oğuz (2017)'un çalışmasında 0-3 şeklinde olan skala kullanılmış olup, ölçekten alınan puan ne kadar yüksek ise öz etkililik o kadar yüksektir şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçekte bir kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçekte 0-3 skalası kullanıldığında ölçekten alınabilecek puan 0-39 arasında, 0-10 skalası kullanıldığında ölçekten alınabilecek puan 0-130 arasında değişmektedir (Topçu ve Oğuz, 2017). Araştırmamızda Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olan bir inme özyönetim ölçeği bulunmadığı için, ölçek maddeleri olarak özyönetim kavramına yakın maddeleri içermesi nedeni ile Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan “İnme Öz Etkililik Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırmamızda İnme Öz Etkililik Ölçeği'nin 0-3 skalası kullanılmış, Cronbach alfa değeri 0.86 olarak bulunmuştur.

b) İnme Özyönetim Değerlendirme Formu

İnme özyönetim bilgilerini saptamaya yönelik literatüre dayanarak hazırlanmış olan İnme Özyönetim Değerlendirme Formu (EK 10), tedavi ve hastalık yönetimini kapsayan toplam 28 soru içermektedir. Araştırmamızda inme geçiren hastaların özyönetimini ölçen, Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmış mevcut bir ölçek bulunmadığı için, öz etkililik ölçeği bulgularını desteklemek amacıyla bu form hazırlanmıştır (<https://www.stroke.org/en/about-stroke>, Erişim tarihi: 15 Ocak 2020).

c) Modifiye Barthel İndeksi

Mahoney ve Barthel (1965) tarafından geliştirilen Barthel İndeksi (EK 8), Shah ve arkadaşları (1989) tarafından modifiye edilmiştir. Modifiye Barthel İndeksi (MBI); beslenme, yıkanma, öz bakım, giyinme, dışkılama ve idrar kontrolü, tuvalete gitme, yataktan tekerlekli sandalyeye geçebilme, yürüme / tekerlekli sandalyeye bağımlı olma ve merdiven çıkma gibi eylemleri herhangi bir fiziksel, sözel destek almaksızın bağımsız olarak, hangi düzeyde yapabildiğini belirleyebilmek amacıyla kullanılan 10 maddeden oluşan bir ölçektir. Her madde üç basamaklı puanlama sistemiyle ayrı ayrı puanlanarak toplam puan hesaplanmaktadır. Toplam puan 0 ile 100 arasında değişmekte olup, “0” tam bağımlılık, “100” ise tam bağımsızlık durumunu göstermektedir. MBI’da beş basamaklı puanlama sistemi kullanılarak indeksin duyarlılığı artırılmıştır (Küçükdeveci, 2005). MBI’nın Türkçe geçerlik güvenilirliği inme geçiren ve spinal kord yaralanması olan hasta gruplarında yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri inme geçiren hastalarda 0.93, spinal kord yaralanmasında 0.88

olarak bulunmuştur (Küçükdeveci ve ark., 2000). Araştırmamızda ise ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.90 olarak bulunmuştur.

d) Metabolik Değişkenler

Özyönetim bulgularını desteklemek amacıyla metabolik değişkenler incelenmiştir. Metabolik değişkenler kapsamında bazı laboratuvar değerleri, kan basıncı ve beden kitle indeksi izlenmiştir.

- **Laboratuvar Değerleri:** Kan örnekleri en az 8-10 saatlik açlıktan sonra sabah saatlerinde venöz kandan alınmakta, cam tüplere konularak oda ısısında korunmakta ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Merkez Laboratuvarı'nda incelenmektedir. Araştırma kapsamında bakılan ve inme geçiren hastalarda rutin izlenen laboratuvar bulguları; HDL kolesterol, LDL kolesterol, total kolesterol, trigliserid, HbA1c, APTT, PT ve INR'dir. (<http://www.diabetes.org>; <http://www.temd.org.tr/>, Erişim Tarihi:17 Ocak 2020). Laboratuvar değerlerinin normal sınırları Tablo 3.9'a göre değerlendirilmiştir.

Tablo 3.9. Laboratuvar değerleri

Parametreler	Normal Değerler
HDL	> 40 mg\dl (Kadın) >50 mg\dl (Erkek)
LDL	< 100 mg\dl
Total kolesterol	< 199 mg\dl
Trigliserid	< 150 mg\dl
HbA1c	≤ % 6.5
INR	(1-1.2) sağlıklı kişi (2-3) antikoagulan kullanan
APTT	(21-36.5) sn
PT	(10.4-14) sn

- Kan Basıncı Ölçümü

Araştırma kapsamında günlük olarak hastaların kan basıncı (KB) ölçümlerini yapmaları ve kaydetmeleri istenmiştir. KB ölçümlerinin kayıt edilmesi için Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği tarafından hazırlanmış olan Kan Basıncı Takip Formu (EK 13) kullanılmıştır (<http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/dogruKanBasinci/1-2.pdf>, Erişim tarihi: 20.01.2020). Araştırmacı tarafından ön test ve son test sırasında yapılan KB ölçümleri sırasında aşağıdaki ilkeler uygulanmıştır:

- Hastaların KB ölçümünden önce en az 5-10 dakika süre ile dinlenmesi sağlanmıştır.
- Hastalar yatar pozisyonda ya da oturur pozisyonda, ayaklar yere temas etmiş şekilde ve kol kalp hizasında destekli pozisyonda, hasta konuşmadan, bireyin sırtını arkaya yaslayarak, sağ ve sol üst koldan ölçülmüştür.
- KB beşer dakika ara ile sağ ve sol koldan ölçülecek, ölçülen iki değer ortalaması kayıt edilmiştir. Ölçülen iki değer birbirinden çok farklı çıktığında (sistolik KB için 10 mm Hg, diyastolik KB için 6 mm Hg) ek ölçümler yapılmıştır.

Sağ ve sol kol KB ölçümleri arasında sistolik kan basıncında 10 mm Hg'dan fazla farklılık olması, Avrupa Kardiyoloji Birliği ve Avrupa Hipertansiyon Birliği rehberlerine göre kardiyovasküler hastalık riskini göstermektedir (Williams ve ark., 2018). Araştırma kapsamında KB ölçümleri sırasında her iki kol arasında 10 mmHg'den fazla farklılık bulunmamıştır. Çoklu ölçümlerde ölçülen değerlerin ortalaması kayıt edilmiştir.

- **Beden Kitle İndeksi Hesaplama:** Beden Kitle İndeksi (BKİ) bireylerin kilogram cinsinden vücut ağırlığının boyun karesine (santimetre cinsinden) bölünmesiyle hesaplanmaktadır (<http://www.temd.org.tr/>, Erşim tarihi: 20 Ocak 2020). Araştırmamızda Tablo 3.10'da belirtilen aralıklara göre hesaplama yapılmıştır.

Tablo 3.10. Beden kitle indeksi aralıkları

BKİ Değeri (kg/m ²)	Ağırlık Sınıfı
<18.5	Zayıf
18.5-24.9	Normal
25-29.9	Fazla Kilolu
≥30	Şişman
≥40	Morbid Obez
≥50	Süper Obez

e) Telefon Görüşmeleri Değerlendirme Formu

Hastanın inme etiyojisi belirlendikten sonra, taburculuk sonrası dönemde risk faktörlerinin kontrol altına alınması ve ilaçların düzenli kullanımı konusunda hastanın özyönetim düzeyini belirlemek, desteklemek ve telefonla izlemine gerçekleştirmek için, Ulusal İnme Derneği (National STROKE Association) rehberlerine göre araştırmacı tarafından Telefon Görüşmeleri Değerlendirme Formu (EK 14) oluşturulmuştur (<https://www.stroke.org/>, Erişim tarihi: 28 Ocak 2020). Hastaların telefonla izlem sırasında araştırmacıyla görüştükleri sırada, hastalık yönetimleriyle ilgili sorunları konusunda farkındalık kazanabilmeleri ve araştırmacıya geri bildirimde bulunabilmelerinde hatırlatıcı rolü olduğu düşünüldüğü için, 5A metodu “SOR” bileşenine özgü Telefon Görüşmeleri Bilgilendirme Formu II (EK 14a) oluşturulmuştur. Telefon görüşmelerinde acil durumları değerlendirmek ve hastaları yönlendirebilmek için Acil Durumlarda Telefonla Yönlendirme Formu (EK 14b) hazırlanmıştır (<https://www.stroke.org/>, Erişim tarihi: 28 Ocak 2020).

3.7.3. Yaşam Kalitesi Ölçüm Aracı

İskemik inme geçiren hastalarda yapılan uygulamaların yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek üzere İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Stroke Specific Quality of Life Scale SS-QOL / İÖYKÖ) kullanılmıştır.

a) İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği

İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK 11) Williams ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilmiştir. Orijinal ölçeğin bütün alanları için Cronbach alfa değeri >0.73 , test-tekrar test güvenilirliği >0.92 'dir. İnme tanısı konulan bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçek 49 maddeyi içeren 12 alandan oluşmaktadır. Bu alanlar; mobilite, enerji, üst ekstremité fonksiyonu, iş / üretim, mizaç, kendine bakım, sosyal rol, aile rolü, vizyon, dil, düşünme ve kişilik özellikleridir. Ölçeğin maddeleri 1'den 5'e kadar değişen likert tip puanlama ile derecelendirilmektedir. Ölçeğe ait her bir alanın puan ortalaması, alana ait bütün maddelerden alınan puanların toplanarak alana ait madde sayısına bölünmesi ile hesaplanmaktadır. Her bir alandan alınan ortalama puanların toplamının 12'ye bölünmesi ile de ölçeğin toplam puanı hesaplanmaktadır. Ölçek puanının yüksek olması yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, ölçek puanının düşük olması yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir (Williams ve ark., 1999). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirliği Hakverdioğlu ve Khorshid (2012) tarafından yapılmış olup,

Cronbach alfa katsayısı 0.97'dir. Ölçek maddelerinin puan ortalaması 2.08 ile 4.77 arasında bulunmuştur. Faktör analizi sonucunda ölçek maddeleri orijinal ölçekle benzer faktörler altında yer almıştır (Hakverdioğlu ve Khorshid, 2012). Araştırmamızda ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.96 olarak bulunmuştur.

3.7.4. Hasta Memnuniyeti Ölçüm Aracı

İskemik inme geçiren hastaların Kronik Bakım Modeli'ne temellendirilmiş uygulamalardan memnuniyetini değerlendirmek üzere Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (KHBDÖ) kullanılmıştır.

a) Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (EK 12), Kronik Bakım Modeli'ne temellendirilerek Glasgow ve arkadaşları tarafından 2005 yılında geliştirilmiştir. Kronik hastalara sunulan sağlık bakım hizmetlerinin hastalar tarafından değerlendirilmesine izin veren, uygulanması kolay 20 maddelik kısa bir araçtır. Aynı zamanda sunulan bakım hizmetlerinin kalitesi hakkında bilgi verdiği de ileri sürülmektedir. Kronik Bakım Modeli'nin temel altı ögesi doğrultusunda oluşturulan ölçek beş alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; (1) hasta katılımı, (2) karar verme desteği, (3) amaç belirleme / rehberlik, (4) problem çözme, (5) izlem / koordinasyondur. Ölçeğin toplam puanı 20 maddenin tümünün ortalama puanı ile hesaplanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı ve her bir alt boyutun ortalama puanı, 1 = hiçbir zaman, 2 = nadiren, 3 = bazen, 4 = çoğu zaman ve 5 = her zaman şeklinde 5'li likert tipi bir derecelemeyle ölçülmektedir. Ölçek puanlarındaki artış, kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin yüksek ve kronik hastalık yönetiminin yeterli olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur (Glasgow ve ark., 2005; Rosemann ve ark., 2007). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği İncirkuş ve Nahcivan (2011) tarafından yapılmış, Cronbach alfa değeri 0.91 olarak bulunmuştur (İncirkuş ve Nahcivan, 2011). Bu ölçek kullanılarak örneklem kapsamına alınan inme geçiren hastaların Kronik Bakım Modeli'ne temellendirilmiş eğitimden ve telefonla izleminden duydukları memnuniyet belirlenmiştir. Ölçekte inme geçiren hastaların modelin tüm öğelerine ve multidisipliner sağlık bakım hizmetlerine ilişkin memnuniyet düzeyleri sorgulanmaktadır. Hastaların model, yapılan girişimler ve sağlık hizmetlerine ilişkin farkındalıklarını sağlayabilmek amacıyla, memnuniyet ölçeğindeki maddeler hastalara göre uyarlanarak, ölçek içeriğinde yer alan konulara ilişkin Kronik Hastalık

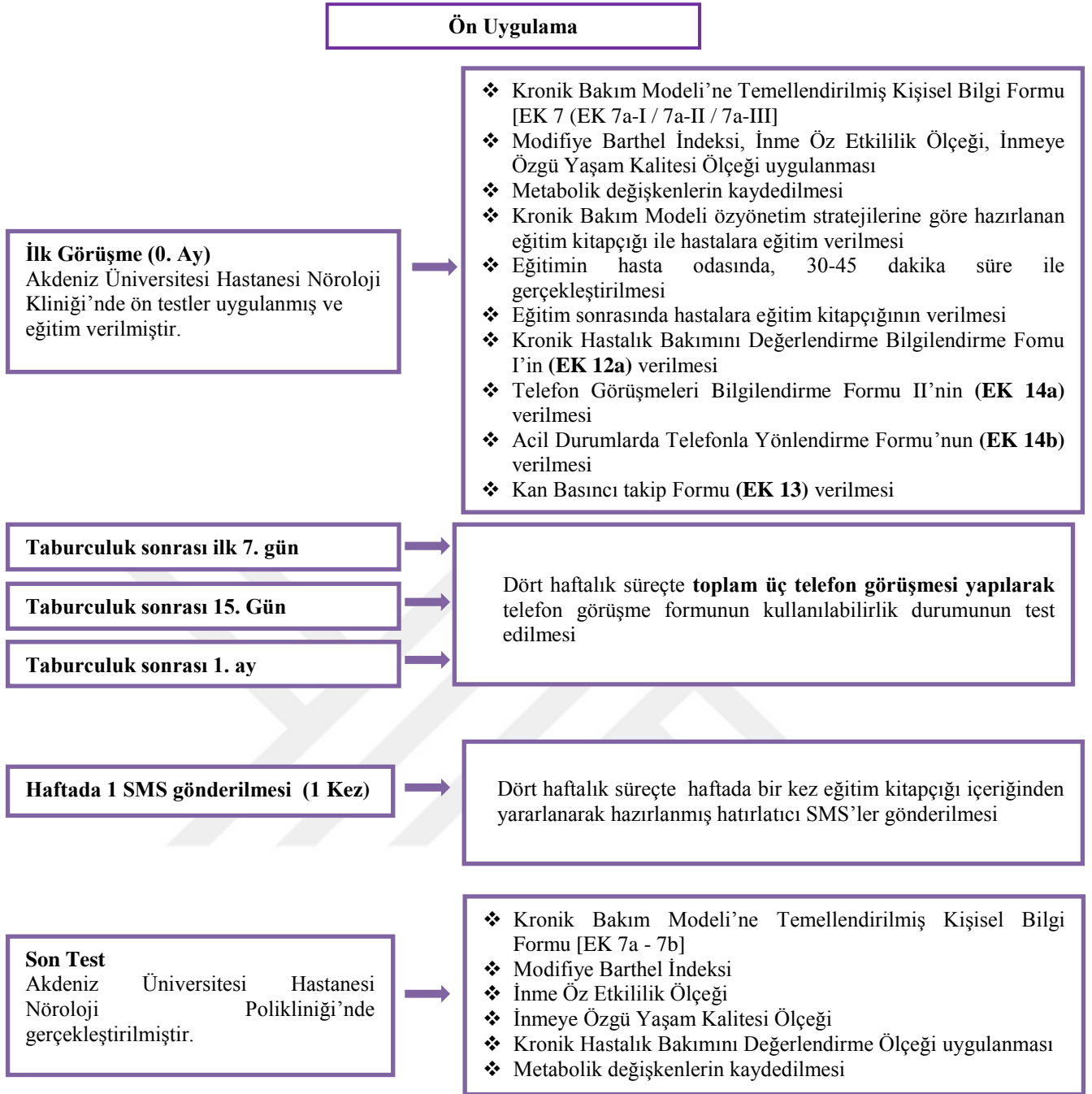
Bakımını Değerlendirme Bilgilendirme Formu I (EK 12a) hazırlanmıştır. Araştırmamızda ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.95 olarak bulunmuştur.

3.8. Ön Uygulama

Araştırmamızın ön uygulamasına araştırmaya alınma kriterlerine uyan üç iskemik inme geçiren hasta alınmıştır. Ön uygulama 01.08.2018-01.09.2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş olup, ön uygulamaya alınan hastalar araştırma kapsamına alınmamıştır. Ön uygulama gerçekleştirilen hastaların anket formunda aşağıdaki sorular sorularak, kitapçık kalitesi ile ilgili ön bilgi elde edilmiştir.

Kıtapçık;
Okunabilir düzeydedir a) Katılıyorum b) Kısmen katılıyorum c) Katılmıyorum
Anlaşılabilir düzeydedir a) Katılıyorum b) Kısmen katılıyorum c) Katılmıyorum
İçindeki bilgilerin ve önerilerin yarar sağlayacağını düşünüyorum a) Katılıyorum b) Kısmen katılıyorum c) Katılmıyorum

Ön uygulama ile ilgili süreçler Şekil 3.5'te yer almaktadır.



Şekil 3.5. Ön uygulama ile ilgili süreçler

Ön uygulama sonrası veri toplama formları ve telefon görüşme formu araştırmacı ve danışman öğretim üyesi tarafından tekrar gözden geçirilmiş, gerekli düzenlemeler yapılarak formlara son hali verilmiştir. Ön uygulama sonrası yapılan değişiklikler Tablo 3.11'de yer almaktadır.

Tablo 3.11. Ön uygulama sonrası yapılan değişiklikler

Kronik Bakım Modeli'ne Temellendirilmiş Kişisel Bilgi Formu'nda yer alan aşağıdaki alanlarda revizyonlar yapılmıştır:
<ul style="list-style-type: none">▪ EK 7a-I İnme Tedavisinde Kullanılan İlaçlar (Antiplatelet ve vazodilatör ilaçlar ifadeleri çıkartılmıştır)▪ EK 7a-II Metabolik Kontrol Değişkenleri (Kan Basıncı ve Beden Kitle İndeksi kısımları eklenmiştir)▪ İnme Özyönetim Değerlendirme Formu 6., 9., 12., 15., 16., 19., 22. maddelere minör ekleme ya da çıkartmalar yapılmış, "hastalığa özgü semptomlar" sorusu eklenmiştir.▪ Girişim Grubu Telefon Görüşmeleri Listesi (EK 19) ve Girişim Grubu SMS İzlem Listesi'nde (EK 21) biçimsel değişiklikler yapılmıştır.

Ön uygulama analizleri ile ilgili bulgular Tablo 3.12'de yer almaktadır. Ön uygulama bulgularına göre, inme geçiren hastalara yapılan StrokeCARE protokolünün olumlu etkisi olduğu görülmektedir.

Tablo 3.12. Ön uygulama analizi ile ilgili bulgular

	Ön Test	Son Test
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
İnme Öz Etkililik Ölçeği	2.74±0.38	2.85±0.20
İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği		
- Aktiviteler	4.19±0.73	4.26±0.66
- Sosyal aile rolleri	3.92±0.95	4.33±0.59
- Dil	4.73±0.46	4.80±0.35
- Vizyon	5.00±0.00	5.00±0.00
- Enerji	3.33±1.91	3.75±1.39
- Mood	4.83±0.29	4.92±0.15
- Kişilik	3.33±1.20	3.56±0.96
- Düşünme	3.22±0.19	3.22±0.19
- İnmeye Özgü Yaşama Kalitesi Ölçeği toplam	2.71±0.48	3.06±0.37
Modifiye Barthel İndeksi		
Transfer	13.00±1.73	13.00±1.73
Ambulasyon	11.67±3.51	11.67±3.51
Merdiven inip çıkma	7.33±4.62	8.33±2.89
Beslenme	10.00±0.00	10.00±0.00
Giyinme	7.67±2.52	8.67±1.15
Kişisel bakım	4.67±0.58	4.67±0.58
Banyo yapma	4.00±1.00	4.33±0.58
Tuvalete oturup kalkma	10.00±0.00	10.00±0.00
İdrar kontinansı	10.00±0.00	10.00±0.00
Gaita kontinansı	10.00±0.00	10.00±0.00
Modifiye Barthel İndeksi toplam	88.33±11.50	90.67±9.50
Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği		
Katılım		2.56±0.51
Karar		4.11±0.19
Amaç		3.40±0.20
Problem Çözme		3.42±0.52
İzlem		3.20±0.00
Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği toplam		3.33±0.13

3.9. Girişimin Uygulanması

Araştırmada, StrokeCARE girişim protokolü kapsamında verilerin toplanması ve girişimlerin uygulanması ile ilgili süreçler aşağıda açıklanmıştır. Tez Projesi Çalışma Şeması Şekil 3.6’da yer almaktadır.

3.9.1. Girişim Grubuna Yapılan Uygulamalar

Girişim grubuna StrokeCARE girişim protokolü kapsamında aşağıda yer alan uygulamalar yapılmıştır:

- Haftada üç gün nöroloji kliniğine gidilerek yatan hastaların dosyaları incelenmiştir.
- Araştırma kapsamına alınırken “TOAST sınıflaması” (EK 4), “Yer, zaman, kişi oryantasyonu değerlendirmesi” (EK 5) ve “Modifiye Rankin Skalası” (EK 6) değerlendirmeleri gerçekleştirilmiştir.
- Araştırmaya alınma kriterlerine ve randomizasyon listesine (EK 16) göre hastalar araştırma kapsamına dahil edilmiştir. Araştırmaya katılmaya kabul edenlerin yazılı onamları (EK 2) alınmıştır.
- İlk görüşme, hastalar klinikten taburcu olmadan önce (0. ay) gerçekleştirilmiş, hastalara 20 dakika süreyle ön testler [Kronik Bakım Modeli’ne Temellendirilmiş Kişisel Bilgi Formu [EK 7 (EK 7a-I / 7a-II / 7a-III)], Modifiye Barthel İndeksi (EK 8), İnme Öz Etkililik Ölçeği (EK 9), İnme Özyönetim Değerlendirme Formu (EK 10), İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK 11)] uygulanmıştır. Ön testlerin uygulanması sırasında hastaların kendilerine yönlendirilen sorulara verdikleri yanıtlar dikkate alınarak hastaların öncelikli olarak gereksinim duyduğu eğitim konuları saptanmıştır. İlk görüşmede hastaların metabolik değişkenleri (EK 7a-II) kaydedilmiştir.
- Hastalara hastanede kaldıkları süre içerisinde / taburculuk öncesinde (0. ay) Kronik Bakım Modeli’ne temellendirilerek hazırlanan ve özyönetim stratejilerine yönelik bilgi ve öneriler içeren kitapçık ile taburculuk eğitimi (EK 28) verilmiştir.
- Program etkinliğini artırmak için eğitimsel olarak aşağıdaki maddelere dikkat edilmiştir:
 - ✓ Eğitim programı, hastanın durumu stabil hale geldikten sonra ve öğrenmeye hazır olduğu bir zamanda gerçekleştirilmiştir.
 - ✓ Eğitim programı Kronik Bakım Modeli çerçevesinde ele alınmıştır.
 - ✓ Eğitim programının hastalık yönetimi üzerindeki etkisi vurgulanmıştır.

- ✓ Eğitim programında kullanılan materyal ve sözlü anlatım tekniklerinin yanı sıra soru - cevap yöntemine de başvurulmuştur.
- ✓ Eğitim hastanın gereksinimlerine özgü bir program çerçevesinde, tek oturumda, birebir ve 30-45 dakikalık süreyi geçmeyecek şekilde, klinikte hasta odasında ve eğitim açısından sakin bir ortam sağlanarak uygulanmıştır.
- ✓ Eğitim oturumunda inmenin tanımı, iskemik inme risk faktörleri, risk faktörlerini yönetebilmenin önemi, tekrarlayan inmeyi önlemeye yönelik yaşam tarzı değişikliği önerileri, inmenin fiziksel, bilişsel ve psikolojik etkileri ve bu etkilerin kontrolüne ilişkin öneriler, inme sonrası genel güvenlik önlemleri ve acil durumlarda yapılması gerekenlerle ilgili hastaya yönelik bilgilere yer verilmiştir. Hasta merkezli yaklaşım uygulanarak, eğitim süresi boyunca hastaların gereksinim duydukları konulara daha fazla ağırlık verilmesi sağlanmıştır. Eğitim sırasında aşağıda belirtilen konulara vurgu yapılarak hastaların özyönetim becerilerini güçlendirmeye yönelik farkındalık oluşturulması hedeflenmiştir.
 - ✓ Hastaların bireysel gereksinimlerine göre ilaçların düzenli kullanımı
 - ✓ Kan basıncı takibi
 - ✓ Fiziksel aktivite
 - ✓ Sağlıklı beslenme
 - ✓ Kilo kontrolü
 - ✓ Stres yönetimi
 - ✓ Tuz kısıtlaması
 - ✓ Sigarayı ve alkolü bırakma
 - ✓ Düzenli sağlık kontrolü
 - ✓ Kan şekeri düzeyi kontrolü (Diyabetes Mellitusu olan hastalar için)
- Eğitimin ardından eğitim kitapçığı hastalara verilmiştir.
- Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Bilgilendirme Formu I (EK 12a) hastalara verilmiştir. Bu form, Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği içeriğinde yer alan konulara ilişkin hazırlanan ve hastanın Kronik Bakım Modeli temelli girişimler konusundaki memnuniyetine yönelik araştırmacıya sorması ya da hatırlatması gereken bilgiler içermektedir.
- Kan basıncı takip formu (EK 13) hastalara verilmiştir.
- 5A metodu “SOR” bileşenine özgü hazırlanmış olan Telefon Görüşmeleri Bilgilendirme Formu II (EK 14a) birebir görüşme sırasında hastalara verilmiştir.

- Acil Durumlarda Telefonla Yönlendirme Formu (EK 14b) hastalara verilmiştir.
- Hastalara taburculuk sonrası 7. günde, 15. günde, 1. ayda ve 2. ayda eğitim kitapçığı doğrultusunda telefon ile izlem gerçekleştirilmiştir.
- Üç aylık süreç içerisinde gelişen beklenmedik / öngörülemez durumlarda Nöroloji Bilim Dalı'nda, inme geçiren hastaların klinik takibinden sorumlu ve ikinci danışman olan Öğretim Üyesinden danışmanlık alınması, Acil Durumlarda Telefonla Yönlendirme Formu (EK 14b) kullanılması ve hastaların yönlendirilmesi planlanmıştır. Ancak izlem süresince beklenmedik / öngörülmez bir durumla karşılaşmamıştır.
- Gereksinim duyulduğu takdirde hastalar fizik tedavi rehabilitasyon bölümüne (n=3), endokrin polikliniğine (n=7), kardiyoloji polikliniğine (n=6), beyin cerrahi polikliniğine (n=2) yönlendirilmiş, bu bölümlere gittiği tarih hasta randevu formuna (EK 18) kaydedilmiştir.
- Ulusal İnme Derneği (National STROKE Association) rehberlerine göre hazırlanmış olan Telefon Görüşmeleri Değerlendirme Formu (EK 14) kapsamında yer alan sorular, 5A metodolojisinin “SOR, ÖNER, DEĞERLENDİR, DESTEKLE, İZLE” bileşenleri ile Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği maddeleri dikkate alınarak, hastalara yöneltilmiştir. Hastalar 5A metodolojisi bileşenleri doğrultusunda hazırlanan eğitim kitapçığındaki bilgilere göre yönlendirilmişlerdir.
- Planlanan takvim doğrultusunda araştırmacı tarafından telefonla aranan hastalar, görüşme sonrasında telefon görüşmeleri listesine (EK 19) kaydedilmiştir. Bu formun “telefon ile yapılan öneri / öneriler” bölümü 5A metodolojisinin “ÖNER” bileşeni doğrultusunda ele alınmıştır.
- Ayrıca üç ay içerisinde toplam yedi kez özyönetim stratejileri ile ilgili eğitim kitapçığı içeriğinden yararlanılarak hazırlanan hatırlatıcı SMS'ler gönderilerek eğitim desteklenmiştir (5A Metodolojisi “DESTEKLE” bileşeni) (EK 20). Hatırlatıcı SMS'lerin seçiminde, hastaların gereksinim duydukları özyönetim konu içeriklerine daha fazla ağırlık verilerek mesajların kişiye özgü olması sağlanmıştır.
- Girişim Grubu SMS İzlem Listesi (EK 21) doğrultusunda mesajların gönderilme durumu takip edilmiştir.
- Son görüşmede (3.ay), hastalar poliklinik kontrollerine geldiklerinde son testler (Kronik Bakım Modeli'ne Temellendirilmiş Kişisel Bilgi Formu [EK 7 (EK 7a-I

/ 7a-II / 7a-III] ve EK 7b, Modifiye Barthel İndeksi (EK 8), İnme Öz Etkililik Ölçeği (EK 9), İnme Özyönetim Değerlendirme Formu (EK 10) ve Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (EK 12) uygulanmıştır.

- Poliklinikte gerçekleştirilen son test sırasında hastaların metabolik değişkenleri araştırmacı tarafından hastane elektronik kayıt sisteminden alınmış ve kaydedilmiştir.
- Randomizasyon listesine ve araştırmaya katılım kriterlerine göre 34 iskemik inme geçiren hasta girişim grubuna alınarak, girişim grubu hasta izlem formuna bilgileri kayıt edilmiştir. Bu hastalardan 30'unun üç aylık izlem süreci tamamlanmıştır. Üç hasta izlem sürecinde telefonla aramalara cevap vermemesi nedeniyle, bir hasta ise randevusuna gelmemesi nedeniyle toplam dört hastanın izlemi tamamlanamamıştır.

3.9.2. Kontrol Grubuna Yapılan Uygulamalar

Kontrol grubuna yapılan uygulamalar şunlardır:

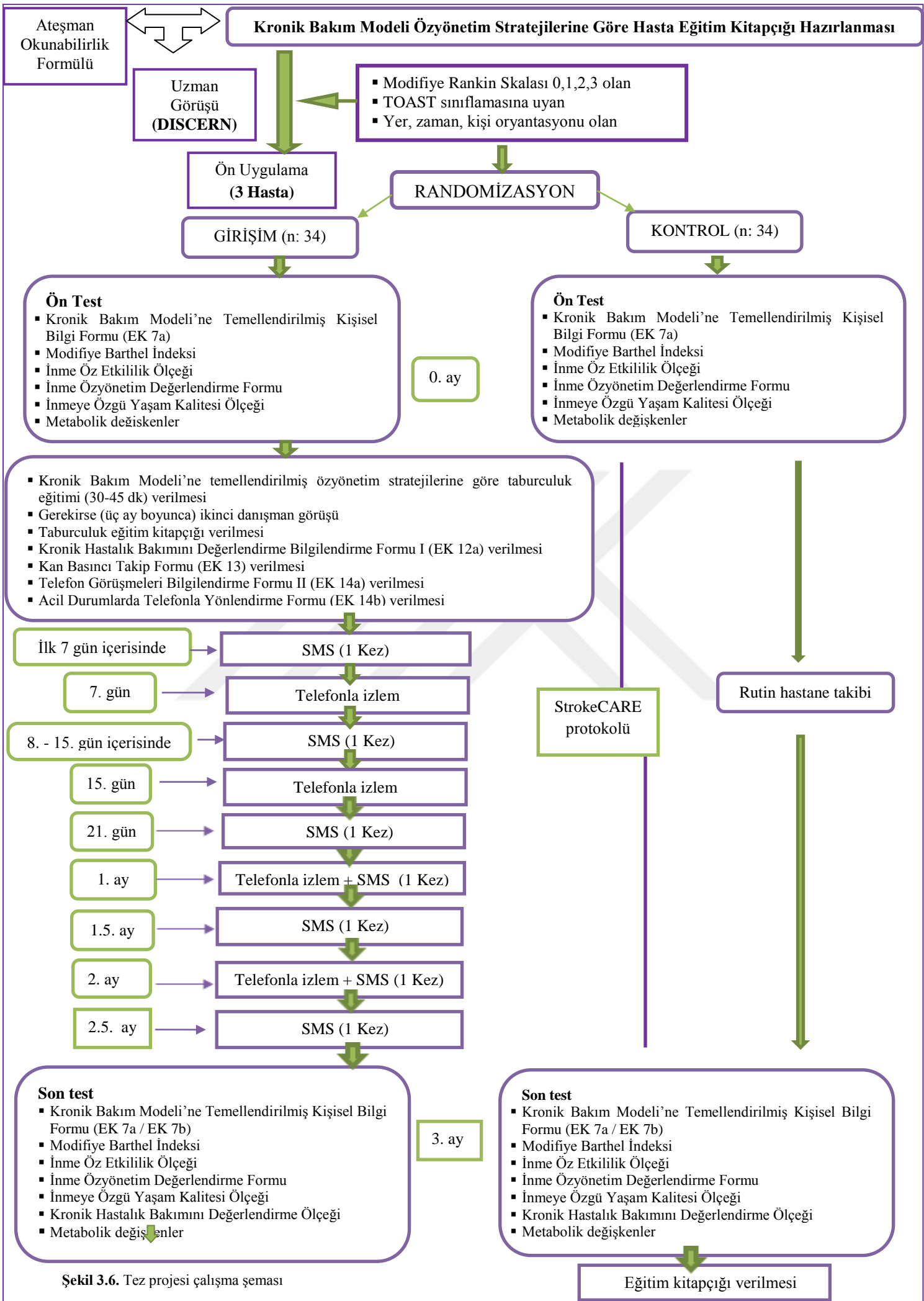
- Araştırma kapsamına alınırken “TOAST sınıflaması” (EK 4), “Yer, zaman, kişi oryantasyonu değerlendirmesi” (EK 5) ve “Modifiye Rankin Skalası” (EK 6) değerlendirmesi gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya alınma kriterlerine ve randomizasyon listesine (EK 16) göre hastalar araştırma kapsamına dahil edilmiştir. Araştırmaya katılmaya kabul edenlerin yazılı onamları (EK 3) alınmıştır.
- İlk görüşmede (0. ay), hasta hastanede yatarken ön testler [Kronik Bakım Modeli'ne Temellendirilmiş Kişisel Bilgi Formu [EK 7 (EK 7a-I / 7a-II / 7a-III)], Modifiye Barthel İndeksi (EK 8), İnme Öz Etkililik Ölçeği (EK 9), İnme Özyönetim Değerlendirme Formu (EK 10) ve İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK 11)] uygulanmıştır.
- Hastaların metabolik değişkenleri (EK 7a-II) kaydedilmiştir.
- Kontrol grubuna çalışma sırasında herhangi bir girişim uygulanmamış, üç aylık süreçte rutin hastane takibi yapılmıştır.
- Son görüşmede (3. ay), hastalar poliklinik kontrollerine geldiklerinde son testler (Kronik Bakım Modeli'ne Temellendirilmiş Kişisel Bilgi Formu [EK 7 (EK 7a-I / 7a-II / 7a-III)] ve EK 7b, Modifiye Barthel İndeksi (EK 8), İnme Öz Etkililik Ölçeği (EK 9), İnme Özyönetim Değerlendirme Formu (EK 10), İnmeye Özgü

Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK 11), Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (EK 12) uygulanmıştır.

- Poliklinikte gerçekleştirilen son test sırasında hastaların metabolik değişkenleri araştırmacı tarafından hastane elektronik kayıtları sisteminden alınmış ve kaydedilmiştir.
- Etik ilkeler doğrultusunda kontrol grubunun eğitim kitapçığından yararlanabilmesi için, son test bitiminde eğitim kitapçığı (EK 28) hastalara verilmiştir. Etkileşim olmaması için hastalara çalışmanın devam ettiği ve kitapçığın hiçbir hasta ile paylaşılması gerektiği açıklanmıştır.
- Kontrol grubuna araştırma kapsamına alınma kriterlerine uyan 34 hasta alınmıştır. Bu hastalardan 29'u kontrol sürecini tamamlamış, üç hasta ise son test uygulaması gerçekleştirmek üzere randevu ayarlanması amacıyla farklı zamanlarda üç kez arandığında kendilerine ulaşılamadığı için, iki hasta ise randevusuna gelmediği için kontrolü tamamlamamıştır.

3.9.3. Uygulama Protokolü İlkeleri

- Araştırmada kullanılacak olan eğitim ve danışmanlık bilgilerini ulusal ve uluslararası kılavuzlara dayandırmak,
- Bireylerin klinik durumu ve bireyselliği göz önüne alınarak doğru bilgi/eğitim vermek,
- Gerçekçi stratejileri tanımlamak ve motivasyonu artırmak için rehberlik etmek,
- Bireyleri cesaretlendirerek özyönetimi ve yaşam kalitesini güçlendirmek,
- Bireylere geri bildirim vermek ve desteklemek,
- Katılımcıların hazırlanan eğitim rehberinden mümkün olduğu kadar yararlanmalarını sağlamak,
- Kontrol grubundaki bireylerle çalışmanın tamamlanmasından sonra eğitim kitapçığını paylaşmaktır.



Şekil 3.6. Tez projesi çalışma şeması

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih:01.03.2017 / Etik Kurul Kodu: 2012-KAEK-20 / Karar No:153) (EK 22) ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Bilim Dalı'ndan (EK 23) gerekli onaylar alınmıştır. Ayrıca, araştırmada hastalara uygulanacak olan ölçeklerin izinleri [İnme Öz Etkililik Ölçeği Kullanım İzni (EK 24), İnme Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni (EK 25) ve Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (EK 26)] e-posta yoluyla alınmıştır. Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK 2, EK 3), araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubunda yer alan hastaları bilgilendirmek ve onamalarını almak amacıyla uygulanmıştır. Araştırma sonunda elde edilen bilgilerin araştırma raporu dışında herhangi bir yerde kullanılmayacağı ve bireylerin araştırmadan istedikleri anda ayrılacakları sözel ve yazılı olarak belirtilmiştir.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma süresi kısıtlı olduğundan, özyönetim stratejilerine temellendirilmiş girişimlerin hastaların özyönetimlerine, yaşam kalitelerine ve memnuniyet düzeylerine etkisini incelemek için üç aylık süreçteki izlem bulguları değerlendirilmiştir. Araştırma tek bir kurumda izlenen iskemik inme geçirmiş hastalar ile sınırlıdır. Özyönetimi değerlendirmek için Türkçe geçerlik-güvenirliliği yapılmış olan bir aracın olmaması sınırlılıktır.

3.12. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: İnme özyönetim becerisi, inme özgü yaşam kalitesi ve kronik hastalık bakımından memnuniyet düzeyidir.

Bağımsız Değişkenler: Kronik Bakım Modeli'ne temellendirilmiş eğitim kitapçığına dayalı verilen eğitimler, SMS ve telefonla yapılan izlemlerdir.

3.13. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SAS 9.4 programı kullanılmıştır. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak 0.05 değeri kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi için kullanılan istatistiksel yöntemlere ilişkin istatistik alanında uzman bir Öğretim Üyesinden görüş alınmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 3.13'te sunulmuştur.

Tablo 3.13. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel yöntemler

DEĞİŞKENLER	İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER
<ul style="list-style-type: none">❖ Tanımlayıcı veriler<ul style="list-style-type: none">- Kontrol ve girişim grubu sosyo-demografik verileri- Kontrol ve girişim grubu hastalık bilgileri- Kontrol ve girişim grubu metabolik kontrol değişkenleri- İnme Özyönetim Değerlendirme Formu	<ul style="list-style-type: none">❖ Kategorik veriler için sayı ve yüzde❖ Sürekli veriler için ortalama ve standart sapma❖ Grupların homojenitesi için kategorik verilerde ki-kare (Pearson Chi-Square) önemlilik testi, sürekli değişkenlerde student t testi
<ul style="list-style-type: none">❖ Girişim ve kontrol grubu ölçek değerlendirmesi<ul style="list-style-type: none">- İnme Öz Etkililik Ölçeği (ön test – son test)- İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (ön test – son test)- Modifiye Barthel İndeksi (ön test – son test)- Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (son test)	<ul style="list-style-type: none">❖ Ölçek puan ortalamaları, standart sapma, min-max. değerleri
<ul style="list-style-type: none">❖ Girişim ve Kontrol grubu ön test - son test<ul style="list-style-type: none">- Modifiye Barthel İndeksi- İnme Öz Etkililik Ölçeği- İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği	<ul style="list-style-type: none">❖ Parametrik verilerde<ul style="list-style-type: none">- İki grup ortalamalarının farkı için t testi (Independent Student t)- Üç ve daha fazla grup ortalamalarının farkı için varyans analizi (ANOVA)❖ Normal dağılıma uymayan ya da non-parametrik verilerde<ul style="list-style-type: none">- İki grup farkları için Pearson Ki-kare testi- Üç grup farkları için Kruskal Wallis testi❖ Eşli gözlemlerde t testi
<ul style="list-style-type: none">❖ Uzman Görüşleri<ul style="list-style-type: none">- Eğitim içeriği uzman görüşleri (DISCERN)	<ul style="list-style-type: none">❖ Kendall iyi uyum katsayısı
<ul style="list-style-type: none">❖ Ölçeklerin güvenilirliği	<ul style="list-style-type: none">❖ Cronbach alfa katsayısı
<ul style="list-style-type: none">❖ İnme Öz Etkililik Ölçeği üzerine diğer ölçek ve alt boyutlarının etkisi	<ul style="list-style-type: none">❖ Regresyon analizi
<ul style="list-style-type: none">❖ Bağımlı değişkenler arasındaki ilişki yönü ve gücü	<ul style="list-style-type: none">❖ Korelasyon analizi*

*Korelasyon katsayısının değerlendirilmesi Tablo 3.14’te belirtilmiştir.

Tablo 3.14. Korelasyon katsayısının değerlendirilmesi

0<r<0.3	Zayıf (+)	İki değişken arasında ilişki zayıf
0.3<r<0.7	Orta (+)	İki değişken arasında ilişki orta düzeyde
0.7<r<1	Kuvvetli (+)	İki değişken arasında ilişki yüksek düzeyde

Çalışmada kullanılan İnme Öz Etkililik Ölçeği, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği, Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği ve Modifiye Barthel İndeksi toplam puan ve alt boyutlarının ileri istatistiksel yöntemler kullanılarak analizleri yapılmadan önce, eğitim ve telefonla izlem öncesi ve sonrası her bir alt boyut ve genel puana ilişkin çarpıklık değerleri hesaplanmıştır.

Ölçeklerin ön test ve son test çarpıklık değerlerine ilişkin bulgular Tablo 3.15'te yer almaktadır.

Tablo 3.15. Ölçeklerin ön test ve son test çarpıklık değerlerine ilişkin bulgular

Ölçekler	Ön Test Çar	Son Test Çar
İnme Öz Etkililik Ölçeği	-1.60	-1.38
İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği		
- Aktiviteler	-0.69	-1.43
- Sosyal aile roller	-0.36	-1.97
- Dil	-1.12	-2.31
- Vizyon	-1.49	-3.33
- Enerji	-0.03	-0.57
- Mood	-1.20	-1.34
- Kişilik	-0.25	-0.61
- İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam	-0.69	-1.67
Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği		
- Katılım		0.61
- Karar		-0.01
- Amaç		0.83
- Problem çözme		0.56
- İzlem		0.82
- Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği toplam		0.67
Modifiye Barthel İndeksi toplam	-1.48	-2.74

Çarpıklık değerlerinin +3 ve -3 aralığında olması, verilerin normal dağılıma uygunluk gösterdiği anlamına gelmektedir (Kline, 2005). Elde edilen bu çarpıklık değerleri +3 ve -3 aralığında olduğundan İnme Öz Etkililik Ölçeği, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve son teste ilişkin “vizyon” dışındaki İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları, Modifiye Barthel İndeksi, Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği ve Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarının tamamının normal dağılıma uygunluk gösterdikleri ve ileri istatistiksel yöntemlerinden parametrik istatistiksel analiz yöntemleri ile yapılabileceği anlaşılmaktadır.

4. BULGULAR

Bu çalışmada iskemik inme geçiren hastalara uygulanan Kronik Bakım Modeli'ne temellendirilmiş eğitimin ve telefonla izlemin özyönetime, yaşam kalitesine ve hasta memnuniyetine etkisi incelenmiştir. Araştırmaya ilişkin bulgular aşağıda belirtilen başlıklar altında ele alınmıştır:

- ❖ İskemik inme geçiren hastalarda özyönetime ilişkin bulgular
- ❖ İskemik inme geçiren hastalarda yaşam kalitesine ilişkin bulgular
- ❖ İskemik inme geçiren hastalarda hasta memnuniyetine ilişkin bulgular
- ❖ Özyönetim, yaşam kalitesi ve hasta memnuniyetine ilişkin bulgular

4.1. İskemik İnme Geçiren Hastalarda Özyönetime İlişkin Bulgular

Özyönetimi değerlendirmek için araştırmanın CTE şemasında (Şekil 3.2) belirtildiği üzere aşağıda yer alan formlara ilişkin bulgulara yer verilmiştir (1. H₁ ile ilgili hipotez):

- a) İnme Öz Etkililik Ölçeği
- b) İnme Özyönetim Değerlendirme Formu
- c) Modifiye Barthel İndeksi
- d) Metabolik kontrol değişkenleri
- e) Telefon Görüşmelerini Değerlendirme Formu

a) İnme Öz Etkililik Ölçeği Bulguları

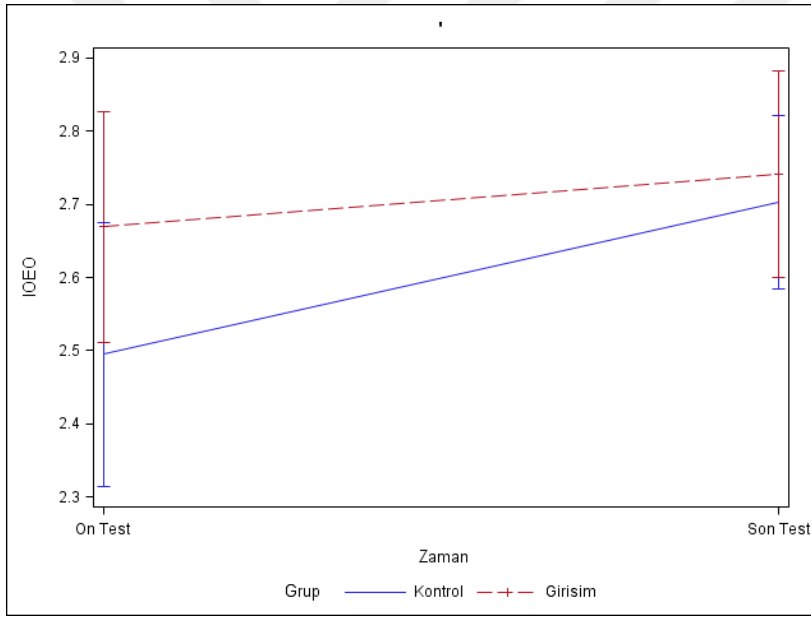
Özyönetim kapsamında İnme Öz Etkililik Ölçeği'ne ilişkin bulgular ele alınmıştır.

Tablo 4.1. Girişim ve kontrol grubu hastalarının öz etkililik puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi

İÖEÖ			
		n	$\bar{x} \pm SS$
Grup	Zaman		
Girişim	Ön Test	34	2.67±0.45
	Son Test	30	2.74±0.38
Kontrol	Ön Test	34	2.50±0.52
	Son Test	29	2.70±0.31
		F	p
Grup		2.19	0.1417
Zaman		3.33	0.0704
Grup*Zaman		0.80	0.3725

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların öz etkililik puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi Tablo 4.1’de yer almaktadır. Tabloya göre, hem girişim ve kontrol grupları arasında hem de farklı zamanlarda yapılan ölçümler arasında öz etkililik puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ölçek, **grupların zaman etkileşimi** açısından ele alındığında da zaman içindeki değişimde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.1).

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların öz etkililik puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi Şekil 4.1.’de verilmiştir. Şekil incelendiğinde, hem girişim hem kontrol gruplarının öz etkililik puan ortalamalarının zaman içerisinde artış eğiliminde olduğu, bununla birlikte girişim grubunda öz etkililiğin ön test ve son test sırasında daha yüksek olduğu görülmektedir.



Şekil 4.1. Girişim ve kontrol grubu hastalarının öz etkililik puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi

Tablo 4.2. Girişim ve kontrol grubu hastalarının İnme Öz Etkililik Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Girişim			Kontrol			Gruplar Arası Farklılık	
		$\bar{x} \pm SS$	t	p	$\bar{x} \pm SS$	t	p	t	p
İÖEÖ	Ön Test	2.67±0.45	-0.80	0.433	2.50±0.52	-2.17	0.039	-1.48	0.144
	Son Test	2.74±0.38			2.70±0.31			-0.42	0.676

Girişim ve kontrol grubu hastalarının İnme Öz Etkililik Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.2'de yer almaktadır. Girişim grubu hastalarının öz etkililik puan ortalamaları son testte artış göstermesine rağmen, farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($t=-0.80$, $p=0.433$) saptanmıştır. Kontrol grubunda ise hastaların öz etkililik puan ortalamalarının ön test ve son test ölçümleri karşılaştırıldığında, farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı ($t= -2.17$, $p=0.039$) saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu hastalarının ön test ve son test ölçümleri ele alındığında ise, iki grup arasında öz etkililik puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla $t=-1.48$, $p=0.144$; $t=-0.42$, $p=0.676$).

b) İnme Özyönetim Değerlendirme Formuna İlişkin Bulgular

Bu bölümde özyönetim kapsamında öz etkililiği desteklemek için inmeye özgü hazırlanan değerlendirme formu bulguları incelenmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. İnme Özyönetim Değerlendirme Formuna ilişkin bulgular

	Ön Test				Son Test			
	Girişim		Kontrol		Girişim		Kontrol	
	n	%	n	%	n	%	n	%
İnme bilgi düzeyim;								
İyi	.	.	2	5.9	8	26.7	3	10.3
Orta	7	20.6	2	5.9	18	60.0	6	20.7
Yetersiz	27	79.4	30	88.2	4	13.3	20	69.0
χ^2 / p	$\chi^2: 4.936 / p: 0.085$				$\chi^2: 18.928 / p: 0.000$			
Hızlıca acil servise başvuru gerektiren inme belirtilerini bilirim								
Evet	4	11.8	3	8.8	13	43.3	2	6.9
Hayır	17	50.0	20	58.8	6	20.0	11	37.9
Kısmen	13	38.2	11	32.4	11	36.7	16	55.2
χ^2 / p	$\chi^2: 0.553 / p: 0.759$				$\chi^2: 10.449 / p: 0.005$			
İnmenin tekrarlamasına neden olabilecek riskli davranışları bilirim								
Evet	3	8.8	2	5.9	15	50.0	4	13.8
Hayır	22	64.7	23	67.7	7	23.3	13	44.8
Kısmen	9	26.5	9	26.4	8	26.7	12	41.4
χ^2 / p	$\chi^2: 0.222 / p: 0.895$				$\chi^2: 8.954 / p: 0.011$			
İnmenin tekrarlamasına neden olabileceği için / olabileceğini bilmeme rağmen;								
Şimdiye kadar hiç sigara kullanmadım	12	35.3	13	38.2	10	33.3	9	31.1
Sigarayı bıraktım	10	29.4	14	41.2	12	40.0	13	44.8
Sigarayı bırakmayı düşünüyorum	11	32.4	7	20.6	7	23.4	7	24.1
Sigarayı bırakmayı düşünmüyorum	1	2.9	-	-	1	3.3	.	.
χ^2 / p	$\chi^2: 2.596 / p: 0.458$				$\chi^2: 1.076 / p: 0.783$			
Tansiyon ölçümü ile ilgili;								
Günde iki kez (sabah ve akşam) ölçerim / ölçtürürüm	3	8.8	3	8.8	7	23.3	4	13.8
Haftada bir veya birkaç kez ölçerim / ölçtürürüm	4	11.8	4	11.8	8	26.7	8	27.6
Ayda bir veya birkaç kez ölçerim / ölçtürürüm	4	11.8	4	11.8	2	6.7	3	10.3
Düzenli ölçmem / ölçtürmem	23	67.6	23	67.6	13	43.3	14	48.3
χ^2 / p	$\chi^2: 0.000 / p: 1.000$				$\chi^2: 1.039 / p: 0.792$			

Tablo 4.3. İnme Özyönetim Değerlendirme Formuna ilişkin bulgular (devam..)

	Ön Test				Son Test			
	Girişim		Kontrol		Girişim		Kontrol	
	n	%	n	%	n	%	n	%
İlaçlarımı zamanında ve uygun dozda alırım								
Evet	27	79.4	31	91.2	30	100.0	28	96.6
Hayır	4	11.8	3	8.8	-	-	1	3.4
Kısmen	3	8.8	-	-	-	-	-	-
χ^2 / p	$\chi^2: 3.419 / p: 0.181$				$\chi^2: 1.052 / p: 0.305$			
Düzenli sağlık kontrollerine giderim								
Evet	4	11.7	9	26.5	24	80.0	18	62.1
Hayır	23	67.7	20	58.8	3	10.0	9	31.0
Kısmen	7	20.6	5	14.7	3	10.0	2	6.9
χ^2 / p	$\chi^2: 2.466 / p: 0.292$				$\chi^2: 4.041 / p: 0.133$			
Kilomu normal sınırlarda tutmak için çaba gösteririm								
Evet	12	35.3	13	38.2	17	56.7	13	44.8
Hayır	13	38.2	12	35.3	3	10.0	8	27.6
Kısmen	9	26.5	9	26.5	10	33.3	8	27.6
χ^2 / p	$\chi^2: 0.080 / p: 0.961$				$\chi^2: 3.012 / p: 0.222$			
Tip 2 Diyabet hastalığına sahip olmamak için / hastalığı kontrol altında tutmak için önerilere uyarım								
Evet	10	29.4	18	53.0	17	56.7	18	62.1
Hayır	8	23.5	3	8.8	3	10.0	3	10.3
Kısmen	16	47.1	13	38.2	10	33.3	8	27.6
χ^2 / p	$\chi^2: 4.869 / p: 0.088$				$\chi^2: 0.234 / p: 0.890$			
Diyetime uyum düzeyim;								
İyi	5	14.7	13	38.2	17	56.7	14	48.3
Orta	19	55.9	13	38.2	7	23.3	9	31.0
Kötü	10	29.4	8	23.6	6	20.0	6	20.7
χ^2 / p	$\chi^2: 4.903 / p: 0.086$				$\chi^2: 0.5235 / p: 0.770$			
Düşük yağlı ve düşük kolesterolü yiyecekler tüketirim								
Evet	10	29.4	17	50.0	18	60.0	18	62.1
Hayır	17	50.0	8	23.5	5	16.7	5	17.2
Kısmen	7	20.6	9	26.5	7	23.3	6	20.7
χ^2 / p	$\chi^2: 5.31 / p: 0.071$				$\chi^2: 0.0600 / p: 0.970$			
Yüksek sodyum/tuz içerikli gıdalardan kaçınırım								
Evet	15	44.1	20	58.8	19	63.3	22	75.9
Hayır	13	38.2	7	20.6	3	10.0	3	10.3
Kısmen	6	17.7	7	20.6	8	26.7	4	13.8
χ^2 / p	$\chi^2: 2.591 / p: 0.274$				$\chi^2: 1.536 / p: 0.464$			
Günde 5-7 porsiyon meyve ve sebze tüketirim								
Evet	16	47.1	15	44.1	18	60.0	14	48.3
Hayır	12	35.3	8	23.5	6	20.0	8	27.6
Kısmen	6	17.6	11	32.4	6	20.0	7	24.1
χ^2 / p	$\chi^2: 2.303 / p: 0.316$				$\chi^2: 0.846 / p: 0.655$			
Yüksek lifli gıdalar tüketirim								
Evet	17	50.0	20	58.8	21	70.0	16	55.2
Hayır	10	29.4	6	17.7	2	6.7	6	20.7
Kısmen	7	20.6	8	23.5	7	23.3	7	24.1
χ^2 / p	$\chi^2: 1.310 / p: 0.520$				$\chi^2: 2.660 / p: 0.265$			

Tablo 4.3. İnme Özyönetim Değerlendirme Formuna ilişkin bulgular (devam..)

	Ön Test				Son Test			
	Girişim		Kontrol		Girişim		Kontrol	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Porsiyon boyutumu küçük tutarım								
Evet	10	29.4	15	44.1	9	30.0	9	31.0
Hayır	14	41.2	11	32.4	5	16.7	9	31.0
Kısmen	10	29.4	8	23.5	16	53.3	11	38.0
χ^2 / p	$\chi^2:1.582 / p:0.453$				$\chi^2:2.052 / 0.358$			
Her gün 2-4 küçük porsiyon tam tahıllı besin tüketirim								
Evet	3	8.8	3	8.8	9	30.0	3	10.3
Hayır	11	32.4	4	11.8	7	23.3	3	10.3
Kısmen	20	58.8	27	79.4	14	46.7	23	79.4
χ^2 / p	$\chi^2:4.309 / p:0.116$				$\chi^2:6.774 / p:0.034$			
Haftada 3-4 kez en az 40 dakika, orta ile yüksek yoğunluklu aerobik fiziksel aktivite yaparım								
Evet	16	47.1	16	47.1	18	60.0	15	51.7
Hayır	14	41.1	15	44.1	9	30.0	12	41.4
Kısmen	4	11.8	3	8.8	3	10.0	2	6.9
χ^2 / p	$\chi^2:4.309 / p:0.116$				$\chi^2: 0.885 / p: 0.643$			
İyi bir uyku hijyeni sağlama özen gösteririm								
Evet	15	44.1	22	64.6	19	63.3	19	65.5
Hayır	10	29.4	6	17.7	2	6.7	8	27.6
Kısmen	9	26.5	6	17.7	9	30.0	2	6.9
χ^2 / p	$\chi^2: 2.924 / p:0.232$				$\chi^2: 8.040 / p:0.018$			
Uykusuzluk deneyimlediğimde durumla nasıl başa çıkabileceğimi bilirim								
Evet	4	11.8	1	2.9	4	13.3	1	3.5
Hayır	20	58.8	19	55.9	9	30.0	18	62.1
Kısmen	10	29.4	14	41.2	17	56.7	10	34.4
χ^2 / p	$\chi^2: 2.492 / p:0.288$				$\chi^2:6.600 / p:0.037$			
Ağrıya neden olabilecek durumları bilirim ve kontrol altına almaya çalışırım								
Evet	4	11.8	4	11.8	5	16.7	3	10.3
Hayır	23	67.6	16	47.1	7	23.3	9	31.0
Kısmen	7	20.6	14	41.1	18	60.0	17	58.7
χ^2 / p	$\chi^2:3.590 / p:0.166$				$\chi^2:0.762 / p:0.683$			
Yorgunluğumu kontrol altına alabilecek yöntemleri bilirim								
Evet	3	8.8	2	5.9	6	20.0	-	-
Hayır	22	64.7	18	52.9	8	26.7	8	27.6
Kısmen	9	26.5	14	41.2	16	53.3	21	72.4
χ^2 / p	$\chi^2:1.687 / p: 0.430$				$\chi^2:6.661 / p: 0.036$			
İnme sonrası yaşamı kolaylaştırmaya yönelik ev düzenlemeleri hakkında bilgim var								
Evet	.	.	1	2.9	3	10.0	1	3.5
Hayır	33	97.1	31	91.2	23	76.7	25	86.2
Kısmen	1	2.9	2	5.9	4	13.3	3	10.3
χ^2 / p	$\chi^2:1.396 / p:0.498$				$\chi^2:1.210 / p: 0.546$			
İnme sonrası fiziksel sorunlarla baş etme yollarını bilirim								
Evet	-	-	-	-	4	13.3	-	-
Hayır	31	91.2	32	94.1	16	53.4	24	82.8
Kısmen	3	8.8	2	5.9	10	33.3	5	17.2
χ^2 / p	$\chi^2: 0.216 / p:0.642$				$\chi^2: 7.252 / p: 0.027$			
İnme nedeniyle ortaya çıkabilecek idrar/dışkı kaçırma sorunlarıyla baş etme yollarını bilirim								
Evet	.	.	1	2.9	2	6.7	1	3.5
Hayır	33	97.1	31	91.2	22	73.3	25	86.2
Kısmen	1	2.9	2	5.9	6	20.0	3	10.3
χ^2 / p	$\chi^2: 1.396 / p:0.498$				$\chi^2: 1.508 / p:0.470$			

Tablo 4.3. İnme Özyönetim Değerlendirme Formuna ilişkin bulgular (devam..)

	Ön Test				Son Test			
	Girişim		Kontrol		Girişim		Kontrol	
	n	%	n	%	n	%	n	%
İnme sonrası bilişsel sorunlar ve çözüm yöntemleri hakkında bilgin var								
Evet					1	3.3	.	.
Hayır	34	100.00	32	94.1	22	73.4	27	93.1
Kısmen	.	.	2	5.9	7	23.3	2	6.9
χ^2 / p	$\chi^2: 2.061 / p:0.151$				$\chi^2: 4.272 / p:0.118$			
İnme sonrası ruhsal sorunlar ve çözüm yöntemleri hakkında bilgin var								
Evet					1	3.3	.	.
Hayır	33	97.1	32	94.1	22	73.4	25	86.2
Kısmen	1	2.9	2	5.9	7	23.3	4	13.8
χ^2 / p	$\chi^2: 0.349 / p:0.555$				$\chi^2: 1.993 / p:0.369$			
Hastalıkla uyumlu yaşama								
İyi	10	29.4	16	47.1	12	40.0	11	37.9
Orta	14	41.2	13	38.2	16	53.3	14	48.3
Kötü	10	29.4	5	14.7	2	6.7	4	13.8
χ^2 / p	$\chi^2: 3.088 / p:0.214$				$\chi^2: 0.827 / p:0.661$			
İnmeye bağlı yaşanan semptomlar								
Vücutun tek tarafında yüz, kolve/veya bacakta olan hissizlik ve/veya kuvvet kaybı								
Evet	20	58.8	19	55.9	15	50.0	12	41.4
Hayır	14	41.2	15	44.1	15	50.0	17	58.6
χ^2 / p	$\chi^2: 0.060 / p:0.806$				$\chi^2: 0.442 / p:0.506$			
Konuşma güçlüğü								
Evet	5	14.7	5	14.7	3	10.0	2	6.9
Hayır	29	85.3	29	85.3	27	90.0	27	93.1
χ^2 / p	$\chi^2: 0.000 / p:1.000$				$\chi^2: 0.150 / p:0.699$			
Yürüme güçlüğü								
Evet	6	17.7	12	35.3	5	16.7	6	20.7
Hayır	28	82.3	22	64.7	25	83.3	23	79.3
χ^2 / p	$\chi^2: 2.720 / p:0.099$				$\chi^2: 0.214 / p:0.644$			
Baş dönmesi								
Evet	9	26.5	14	41.2	2	6.7	10	34.5
Hayır	25	73.5	20	58.8	28	93.3	19	65.5
χ^2 / p	$\chi^2: 1.643 / p:0.200$				$\chi^2: 7.447 / p:0.006$			
Denge ve koordinasyon kaybı								
Evet	12	35.3	20	58.8	6	20.0	13	44.8
Hayır	22	64.7	14	41.2	24	80.0	16	55.2
χ^2 / p	$\chi^2: 3.778 / p: 0.052$				$\chi^2: 4.163 / p: 0.041$			
Tek veya iki taraflı görme kaybı								
Evet	6	17.7	8	23.5	3	10.0	2	6.9
Hayır	28	82.3	26	76.5	27	90.0	27	93.1
χ^2 / p	$\chi^2: 0.360 / p: 0.549$				$\chi^2: 0.183 / p: 0.669$			
Şiddetli baş ağrısı								
Evet	5	14.7	10	29.4	5	16.7	3	10.3
Hayır	29	85.3	24	70.6	25	83.3	26	89.7
χ^2 / p	$\chi^2: 2.138 / p: 0.144$				$\chi^2: 0.432 / p: 0.511$			
Yutma güçlüğü								
Evet	1	2.9	4	11.8	2	6.7	.	.
Hayır	33	97.1	30	88.2	28	93.3	29	100.0
χ^2 / p	$\chi^2: 1.943 / p: 0.163$				$\chi^2: 1.933 / p: 0.164$			

Tablo 4.3'te İnme Özyönetim Değerlendirme Formuna ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Girişim grubundaki hastaların son testteki “inme bilgi düzeyi” ($p=0.000$), “hızlıca acil servise başvuru gerektiren inme belirtilerini bilme” ($p=0.005$) ve “inmenin tekrarlamasına neden olabilecek riskli davranışları bilme” ($p=0.011$) maddeleriyle ilgili olumlu geribildirim yüzdelerinin kontrol grubuna göre anlamlı şekilde arttığı görülmektedir. Girişim grubunda “her gün 2-4 küçük porsiyon tam tahıllı besin tüketirim” diyenlerin sıklığı ön testte %8.8 iken, son testte %30'a çıkmış ve bu artış kontrol grubuyla karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0.034$). Son testte “uykusuzluk deneyimlediğimde durumla nasıl başa çıkabileceğimi bilirim” ifadesine “hayır” şeklinde geribildirim verenlerin sıklığı, girişim grubunda istatistiksel açıdan anlamlı derecede azalma göstermiştir ($p=0.037$). Son testte “iyi bir uyku hijyeni sağlama özen gösteririm” diyenlerin sıklığı, kontrol grubunda girişim grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksektir ($p=0.018$). Girişim grubunda “yorgunluğumu kontrol altına alabilecek yöntemleri bilirim” diyenlerin sıklığı ön testte %8.8 iken son testte %20'ye yükselmiş ($p=0.036$), “fiziksel sorunlarla baş etme yollarını bilirim diyenlerin sıklığı” ise ön testte %0 iken, eğitim ve telefonla izlem sonrası %13.3'e yükselmiş ($p=0.027$) ve bu artışlar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.3).

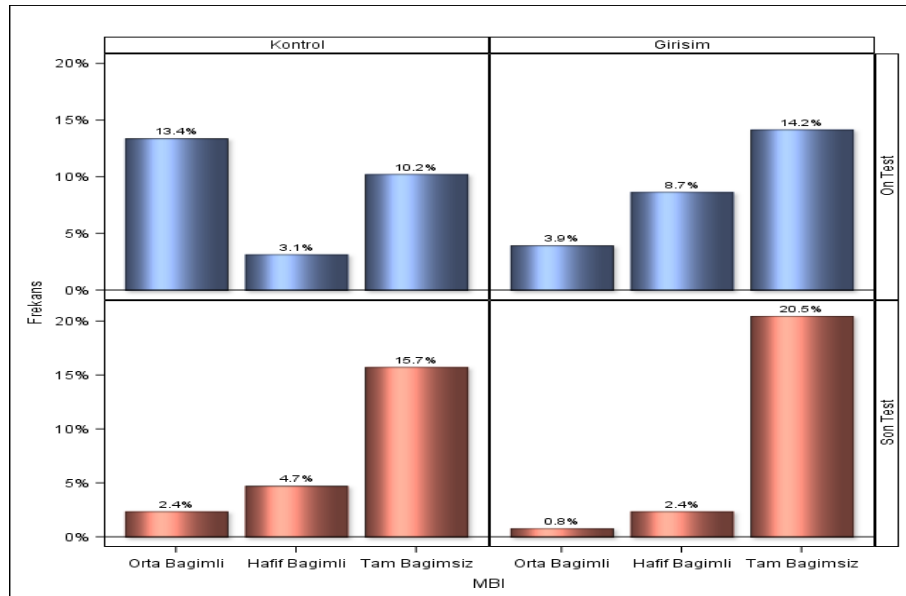
Girişim grubunda sigarayı bırakma sıklığı ön testte %29.4 iken son testte %40'a yükselmiştir. Diğer yandan girişim grubundaki hastaların ön test ve son test bulguları ele alındığında, günde iki kez kan basıncı ölçtüğünü ifade edenlerin sıklığı %8.8'den %23.3'e, “ilaçlarımı zamanında ve uygun dozda alırım” diyenlerin sıklığı %79.4'den %100'e, “düzenli sağlık kontrollerine giderim” diyenlerin sıklığı %11.7'den %80'e, kilosunu normal sınırlarda tutmak için çaba gösterdiğini ifade edenlerin sıklığı %35.3'ten %56.7'ye, “Tip II Diyabet hastalığına sahip olmamak için / hastalığı kontrol altında tutmak için önerilere uyarım” diyenlerin sıklığı ise %29.4'den %56.7'ye yükselmiş, ancak gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3).

Eğitim ve telefonla izlem öncesinde girişim grubundaki hastaların %14.7'si diyetle uyum düzeylerini “iyi” olarak belirtirken, son test sırasında bu sıklık %56.7'ye yükselmiştir. Girişim grubunun ön test ve son test karşılaştırmasında “düşük yağlı ve düşük kolesterolü yiyecekler tüketirim” diyenlerin sıklığı %29.4'den %60'a, “yüksek sodyum / tuz içerikli gıdalardan kaçınırım” diyenlerin sıklığı %44.1'den

%63.3'e, "günde 5-7 porsiyon meyve ve sebze tüketirim" diyenlerin sıklığı %47.1'den %60'a, "yüksek lifli gıdalar tüketirim" diyenlerin sıklığı %50'den %70'e, "porsiyon boyutumu küçük tutarım" diyenlerin sıklığı %29.4'den %30'a yükselmiş, ancak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Girişim grubunda "haftada 3-4 kez en az 40 dakika, orta ile yüksek yoğunluklu aerobik fiziksel aktivite yaparım" diyenlerin sayısı ön testte %47.1 iken son testte %60'a yükselmiştir ($p>0.05$). "Ağrıya neden olabilecek durumları bilirim ve kontrol altına almaya çalışırım" diyenlerin sayısı girişim grubu ön testi sırasında %11.8 iken, son test sırasında %16.7'ye yükselmiş, ancak gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Girişim ve kontrol grubundaki hastaların inmeye bağlı yaşanan semptomlarına ilişkin bulguları incelendiğinde, her iki grupta da son testteki "vücudun tek tarafında yüz, kol ve bacakta olan hissizlik ve/veya kuvvet kaybı", "konuşma güçlüğü", "yürüme güçlüğü", "baş dönmesi", "denge ve koordinasyon kaybı" ve "tek veya iki taraflı görme kaybı" semptomları ile ilgili yakınmalarda azalma saptanmış olmakla birlikte, "baş dönmesi" ve "denge ve koordinasyon kaybı" semptomları ile ilgili yakınmalar, kontrol grubuna oranla girişim grubunda anlamlı derece daha az bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.3).

c) Modifiye Barthel İndeksi'ne İlişkin Bulgular

Özyönetim kapsamında Modifiye Barthel İndeksi'ne göre hastaların günlük yaşam aktiviteleri ve bağımsızlık düzeyleri incelenmiştir.



Şekil 4.2. Girişim ve kontrol grubu hastalarının günlük yaşam aktivitelerine ilişkin bağımsızlık düzeyleri

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların günlük yaşam aktivitelerine ilişkin ön test ve son test sırasındaki bağımsızlık düzeyleri Şekil 4.2’de verilmiştir. Her iki grupta da son test sırasındaki “tam bağımsız” hasta yüzdesinin arttığı, girişim grubunda tam bağımsız yüzdesinin daha fazla olduğu görülmektedir (Şekil 4.2).

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların günlük yaşam aktiviteleri performansı ile ilgili toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi Tablo 4.4’te verilmiştir. Girişim ve kontrol grupları arasında Modifiye Barthel İndeksi (MBI) toplam puanı ile, “transfer”, “ambulasyon”, “merdiven inip çıkma”, “banyo yapma”, “tuvalete oturup kalkma”, “idrar kontinansı” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuşken (sırasıyla $F=10.23$, $p=0.002$; $F=5.14$, $p=0.025$; $F=6.75$, $p=0.011$; $F=4.19$, $p=0.043$; $F=12.96$, $p=0.001$; $F=7.38$, $p=0.008$; $F=7.99$, $p=0.006$), “beslenme”, “giyinme”, “kişisel bakım” ve “gaita kontinansı” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.4).

Farklı zamanlardaki ölçümler değerlendirildiğinde, MBI toplam puanı ile “gaita kontinansı” dışındaki diğer alt boyutların tümünde farklı zamanlardaki ölçümler arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Ayrıca MBI toplam puan ortalamaları ile ölçeğin “transfer”, “ambulasyon”, “banyo yapma” ve “tuvalete oturup kalkma” alt boyutları puan ortalamalarına **grupların zaman etkileşimi** açısından bakıldığında, zaman içindeki değişiminin istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu saptanmıştır (sırasıyla $F=5.91$, $p=0.017$; $F=4.19$, $p=0.043$; $F=5.63$, $p=0.019$; $F=4.74$, $p=0.032$; $F=4.48$, $p=0.036$). StrokeCARE girişim protokolü sonrası girişim grubunun MBI toplam ölçek ve alt boyut puanlarının tüm ölçümlerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Girişim ve kontrol grubu hastalarının günlük yaşam aktiviteleri performansının zaman ve gruplara göre değişimi

MBI		Transfer		Ambulasyon		Merdiven inip çıkma		Beslenme		Giyinme		Kişisel bakım	
Grup	Zaman	$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$	
Girişim	Ön Test	14.35±1.55		14.53±1.44		8.76±2.06		9.88±0.48		9.53±1.28		4.85±0.44	
	Son Test	14.60±1.04		14.80±0.76		9.73±1.46		10.00±0.00		9.87±0.51		4.97±0.18	
Kontrol	Ön Test	13.06±2.68		13.09±2.77		7.65±3.02		9.41±1.33		8.79±1.81		4.65±0.60	
	Son Test	14.59±1.05		14.79±0.77		9.38±1.40		10.00±0.00		9.86±0.52		4.97±0.19	
		F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p
	Grup	5.14	0.025	6.75	0.011	4.19	0.043	3.86	0.052	3.56	0.061	2.48	0.118
	Zaman	7.95	0.006	10.54	0.002	12.62	0.001	7.27	0.008	10.74	0.001	9.01	0.003
	Grup*Zaman	4.19	0.043	5.63	0.019	1.01	0.316	3.27	0.073	2.93	0.089	2.04	0.156

Tablo 4.4. Girişim ve kontrol grubu hastalarının günlük yaşam aktiviteleri performansının zaman ve gruplara göre değişimi (devam..)

MBI		Banyo yapma		Tuvalete oturup kalkma		İdrar kontinansı		Gaita kontinansı		MBI toplam	
Grup	Zaman	$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$	
Girişim	Ön Test	4.82±0.46		9.88±0.48		9.94±0.34		10.00±0.00		96.56±6.96	
	Son Test	4.90±0.31		10.00±0.00		10.00±0.00		10.00±0.00		98.87±3.35	
Kontrol	Ön Test	4.03±1.24		9.12±1.68		9.35±1.35		9.94±0.34		89.09±12.40	
	Son Test	4.72±0.80		9.93±0.37		9.86±0.52		10.00±0.00		98.10±3.79	
		F	p	F	p	F	p	F	p	F	p
	Grup	12.96	0.001	7.38	0.008	7.99	0.006	1.01	0.316	10.23	0.002
	Zaman	7.26	0.008	7.92	0.006	4.34	0.039	0.85	0.358	16.65	0.000
	Grup*Zaman	4.74	0.032	4.48	0.036	2.77	0.099	0.87	0.354	5.91	0.017

Tablo 4.5. Girişim ve kontrol grubu hastalarının günlük yaşam aktiviteleri performansı puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Girişim			Kontrol			Gruplar Arası Farklılık	
		$\bar{x} \pm SS$	t	p	$\bar{x} \pm SS$	t	p	t	p
Transfer	Ön Test	14.35±1.55	-1.07	0.293	13.06±2.68	-3.25	0.003	-2.43	0.018
	Son Test	14.60±1.04			14.59±1.05			-0.05	0.960
Ambulasyon	Ön Test	14.53±1.44	-1.33	0.194	13.09±2.77	-3.02	0.005	-2.69	0.009
	Son Test	14.80±0.76			14.79±0.77			-0.03	0.973
Merdiven inip çıkma	Ön Test	8.76±2.06	-3.32	0.002	7.65±3.02	-3.03	0.005	-1.78	0.080
	Son Test	9.73±1.46			9.38±1.40			-0.95	0.346
Beslenme	Ön Test	9.88±0.48	-1.44	0.160	9.41±1.33	-2.42	0.023	-1.94	0.056
	Son Test	10.00±0.00			10.00±0.00			-	-
Giyinme	Ön Test	9.53±1.28	-1.75	0.090	8.79±1.81	-2.90	0.007	-1.93	0.057
	Son Test	9.87±0.51			9.86±0.52			-0.03	0.973
Kisisel bakım	Ön Test	4.85±0.44	-1.68	0.103	4.65±0.60	-3.27	0.003	-1.62	0.109
	Son Test	4.97±0.18			4.97±0.19			-0.02	0.981
Banyo yapma	Ön Test	4.82±0.46	-1.36	0.184	4.03±1.24	-3.59	0.001	-3.50	0.001
	Son Test	4.90±0.31			4.72±0.80			-1.13	0.265
Tuvalete oturup kalkma	Ön Test	9.88±0.48	-1.44	0.161	9.12±1.68	-2.67	0.013	-2.55	0.013
	Son Test	10.00±0.00			9.93±0.37			-1.02	0.313
İdrar kontinansı	Ön Test	9.94±0.34	-1.00	0.326	9.35±1.35	-2.65	0.013	-2.47	0.016
	Son Test	10.00±0.00			9.86±0.52			-1.47	0.148
Gaita kontinansı	Ön Test	10.00±0.00	-	-	9.94±0.34	-1.00	0.326	-1.00	0.321
	Son Test	10.00±0.00			10.00±0.00			-	-
MBI toplam	Ön Test	96.56±6.96	-2.41	0.022	89.09±12.40	-3.87	0.001	-3.06	0.003
	Son Test	98.87±3.35			98.10±3.79			-0.82	0.416

Girişim ve kontrol grubu hastalarının günlük yaşam aktiviteleri performansı puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5'te verilmiştir. Hem girişim hem de kontrol gruplarında, **grup içerisindeki** toplam ölçek ve alt boyut puan ortalamalarının son testte artış gösterdiği, kontrol grubu açısından ön test ve son test ölçümleri arasındaki farkın “gaita kontinansı” dışındaki tüm alt boyutlarda istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Girişim grubunda ise sadece MBI toplam puan ortalaması ve “merdiven inip çıkma” alt boyutu puan ortalaması açısından anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla $t = -2.41$, $p = 0.022$; $t = -3.32$, $p = 0.002$). **Gruplar arasındaki** son test ölçümleri ele alındığında, toplam ölçek ile tüm alt boyut puan ortalamaları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.5).

d) Metabolik Kontrol Değişkenlerine İlişkin Bulgular

Özyönetim kapsamında metabolik kontrol değişkenleri incelenmiştir.

Tablo 4.6. Girişim ve kontrol grubu hastalarının fiziksel parametre düzeylerinin zaman ve gruplara göre dağılımı

Fiziksel Parametreler		BKI		HDL		LDL		Total kolesterol		Trigliserid		HbA1c	
Grup	Zaman	$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$	
Girişim	Ön Test	28.33±5.03		42.39±7.61		111.59±32.75		190.57±32.82		209.08±129.36		7.05±0.49	
	Son Test	29.20±6.98		46.41±14.23		105.82±55.04		169.25±62.73		124.78±81.08		6.48±0.79	
Kontrol	Ön Test	27.61±4.72		39.83±8.80		116.83±24.54		189.14±43.42		185.32±115.65		6.60±1.27	
	Son Test	29.07±7.35		39.12±11.66		124.42±56.46		188.53±50.80		153.80±63.62		6.76±1.61	
		F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p
	Grup	1.19	0.278	0.01	0.910	0.32	0.572	0.08	0.780	3.42	0.069	0.05	0.832
	Zaman	0.15	0.700	1.99	0.162	0.62	0.434	0.18	0.675	0.03	0.872	0.01	0.918
	Grup*Zaman	0.07	0.787	0.55	0.460	0.25	0.620	0.42	0.519	0.80	0.375	0.35	0.558

Tablo 4.6. Girişim ve kontrol grubu hastalarının fiziksel parametre düzeylerinin zaman ve gruplara göre dağılımı (devam)

Fiziksel Parametreler		INR		APTT		PT		Sistolik		Diyastolik	
Grup	Zaman	$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$	
Girişim	Ön Test	1.59±0.98		27.98±6.54		17.17±9.51		124.34±13.00		73.69±8.96	
	Son Test	1.30±0.62		24.31±3.76		14.44±6.10		121.67±16.63		73.00±9.97	
Kontrol	Ön Test	1.05±0.26		25.68±5.36		12.07±2.58		127.88±17.11		74.15±9.97	
	Son Test	1.02±0.08		25.39±4.71		11.67±0.80		126.03±18.84		77.85±14.84	
		F	p	F	p	F	p	F	p	F	p
	Grup	1.43	0.235	0.77	0.382	1.42	0.237	0.59	0.444	0.67	0.414
	Zaman	14.02	0.001	0.43	0.516	13.52	0.001	1.78	0.185	1.77	0.185
	Grup*Zaman	1.20	0.277	1.30	0.258	1.12	0.294	0.02	0.890	1.20	0.276

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların fiziksel parametre düzeylerinin zaman ve gruplara göre dağılımı Tablo 4.6’da verilmiştir. Girişim ve kontrol grupları arasında fiziksel parametre düzeyleri açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

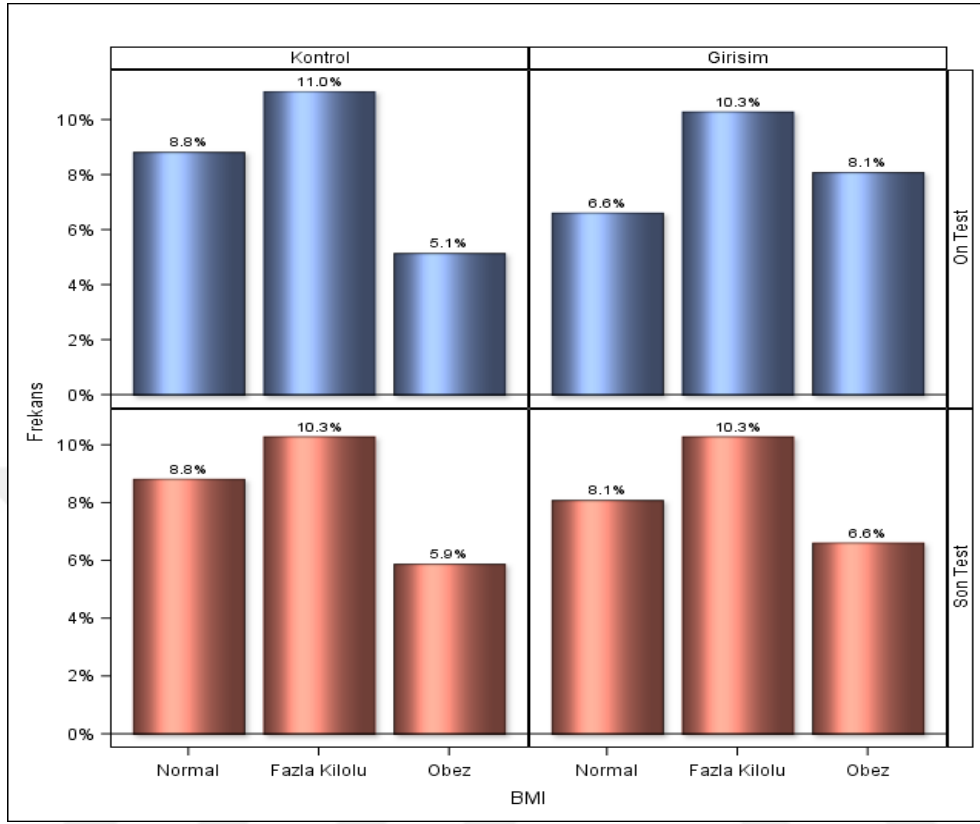
Farklı zamanlardaki ölçümler değerlendirildiğinde sadece INR ve PT değerlerine ilişkin farklı zamanlardaki ölçümler arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (sırasıyla $F=14.02$; $p=0.001$; $F=13.52$, $p=0.001$). Bu değerler dışında, fiziksel parametre puan düzeyleri yönünden **grupların zaman etkileşimi** açısından bakıldığında, zaman içindeki değişimin anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Girişim ve kontrol grubu hastalarının fiziksel parametre düzeylerinin karşılaştırılması

		Girişim			Kontrol			Gruplar Arası Farklılık	
		$\bar{x} \pm SS$	t	p	$\bar{x} \pm SS$	t	p	t	p
BKİ	Ön Test	28.33±5.03	1.81	0.080	27.61±4.72	-1.57	0.127	-0.97	0.334
	Son Test	29.20±6.98			29.07±7.35			-0.55	0.587
HDL	Ön Test	42.39±7.61	-1.11	0.328	39.83±8.80	-0.22	0.830	0.26	0.793
	Son Test	46.41±14.23			39.12±11.66			-0.70	0.498
LDL	Ön Test	124.42±56.46	0.46	0.668	116.83±24.54	0.36	0.733	-0.61	0.547
	Son Test	105.82±55.04			111.59±32.75			0.26	0.801
Total kolesterol	Ön Test	190.57±32.82	0.63	0.574	189.14±43.42	0.59	0.578	0.05	0.961
	Son Test	169.25±62.73			188.53±50.80			0.76	0.470
Trigliserid	Ön Test	209.08±129.36	-0.16	0.878	185.32±115.65	-0.15	0.887	1.33	0.189
	Son Test	124.78±81.08			153.80±63.62			1.32	0.210
HbA1c	Ön Test	7.05±0.49	1.19	0.299	6.60±1.27	-1.20	0.442	-0.39	0.698
	Son Test	6.48±0.79			6.76±1.61			0.92	0.401
INR	Ön Test	1.59±0.98	-1.11	0.306	1.05±0.26	-1.85	0.098	0.81	0.423
	Son Test	1.30±0.62			1.02±0.08			0.72	0.484
APTT	Ön Test	27.98±6.54	0.16	0.879	25.68±5.36	-1.36	0.206	0.23	0.820
	Son Test	24.31±3.76			25.39±4.71			1.25	0.233
PT	Ön Test	17.17±9.51	-1.13	0.296	12.07±2.58	-1.83	0.100	0.83	0.412
	Son Test	14.44±6.10			11.67±0.80			0.70	0.493
Sistolik	Ön Test	124.34±13.00	0.67	0.506	127.88±17.11	0.60	0.551	0.42	0.673
	Son Test	121.67±16.63			126.03±18.84			0.69	0.494
Diastolik	Ön Test	73.69±8.96	1.78	0.086	74.15±9.97	-0.10	0.922	-1.21	0.231
	Son Test	73.00±9.97			77.85±14.84			0.28	0.781

Girişim ve kontrol grubu hastalarının fiziksel parametre düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 4.7’de verilmiştir. Girişim grubundaki hastaların son test sırasındaki HDL değerlerinin yükseldiği, LDL - total kolesterol – trigliserid - HbA1c – sistolik ve diastolik kan basıncı değerlerinin düştüğü saptanmıştır. Ancak hem girişim hem de kontrol gruplarında, grupların kendi içerisindeki ve gruplar arasındaki ön test ve son test

fiziksel parametre düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7).



Şekil 4.3. Girişim ve kontrol grubu hastalarının beden kitle indeksleri

Girişim ve kontrol grubu hastalarının beden kitle indekslerine ilişkin bulgular Şekil 4.3'te yer almaktadır. Şekil incelendiğinde, girişim grubundaki hastalarda obezite sıklığı son testte azalırken, kontrol grubunda obezite sıklığı artış göstermiştir. Kontrol grubunda normal kiloda olan bireylerin sıklığı ön test ve son test sırasında değişmez iken, girişim grubunda normal kiloda olan bireylerin sıklığı artış göstermiştir (Şekil 4.3).

e) Telefon Görüşmeleri Değerlendirme Formu

İnme geçiren hastalarda özyönetimi değerlendirebilmek için Telefon Görüşmeleri Değerlendirme Formu kullanılmış ve bu bölümde telefon görüşmelerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Telefon görüşmelerinin değerlendirilmesine ilişkin bulgular Tablo 4.8'de yer almaktadır.

Tablo 4.8. Telefon görüşmelerinin değerlendirilmesi

Telefon Görüşmeleri	
Telefonla izlem sayısı	120
Planlı telefon görüşmeleri dışındaki izlem sayısı	10 (İzlem dışında arayan hasta: %13.3) (İzlem dışında aramayan hasta (%86.7))
İzlem konuları	<ul style="list-style-type: none">▪ Beslenme önerileri ve kilo kontrolü (%35.4)▪ Düzenli ilaç kullanımı (%23.8)▪ Fiziksel aktivite / egzersiz önerileri (%17.7)▪ Kan basıncı ve / veya kan şekeri düzeyini koruma önerileri (%11.5)▪ Sigarayı bırakma önerileri (%4.6)▪ Stres yönetimi (%3.1)▪ Diğer (yorgunluk, depresyon, kuvvet kaybı, uyuma karıncalanma, denge kaybı sorunları, randevu önerileri / hastadan gelen randevu talepleri) (%3.9)

Tablo 4.8'e göre girişim grubundaki hastalarla toplam 130 telefon görüşmesi yapılmış olup, bunların 10 tanesi planlı olmayan görüşmelerdir. Telefonla izlemde ele alınan konularda en sık "beslenme önerileri ve kilo kontrolü" (%35.4) ile "düzenli ilaç kullanımına" (%23.8) yer verilmiştir. "Fiziksel aktivite / egzersiz önerileri" (%17.7) ile "kan basıncı ve kan şekeri düzeyini koruma önerileri" (%11.5) de ele alınmıştır (Tablo 4.8).

İnme geçiren hastaların özyönetimlerini değerlendirmek için son testte poliklinik randevusuna uyumları ve son üç ayda acil servise başvuru durumları değerlendirilmiştir (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Girişim ve kontrol grubu hastalarının üç aylık süreçte poliklinik randevularına uyumları ve acil servise başvuru durumlarına ilişkin bulgular

	Son Test					
	Girişim		Kontrol		Genel	
	N	%	N	%	N	%
Poliklinik randevusuna uyum						
Evet	26	86.7	22	75.9	48	81.4
Hayır	4	13.3	7	24.1	11	18.6
χ^2 / p	$\chi^2 : 1.135 / p: 0.287$					
Son üç ayda acil servise başvuru						
Evet	3	10.0	4	13.8	7	11.9
Hayır	27	90.0	25	86.2	52	88.1
χ^2 / p	$\chi^2 : 0.302 / p: 0.652$					

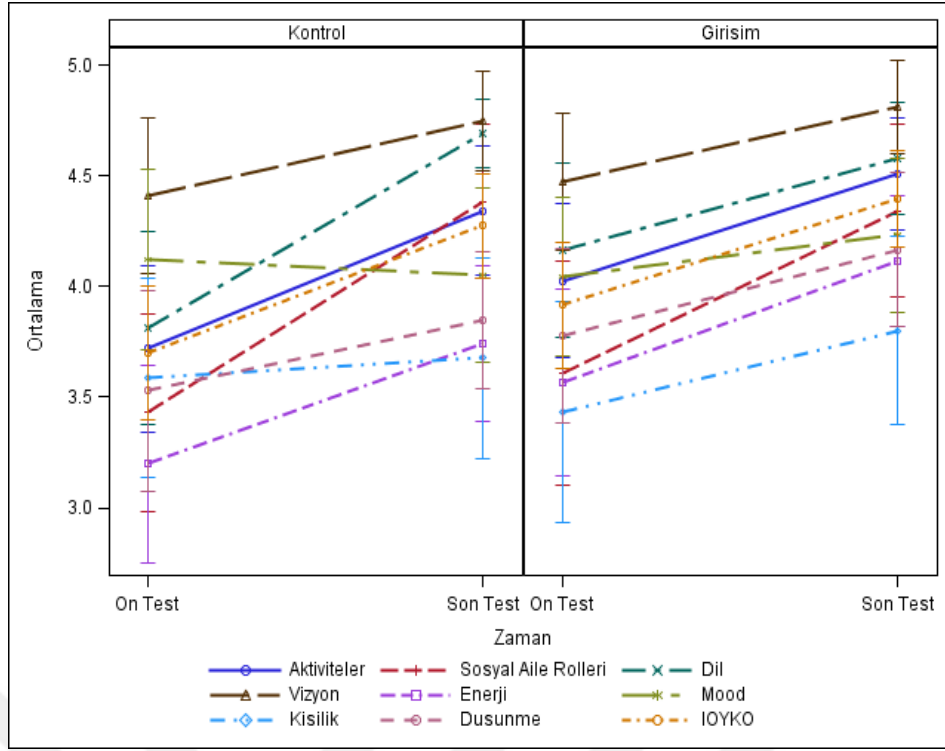
Tablo 4.9’da iskemik inme geçiren hastaların üç aylık süreçte poliklinik randevularına uyumları ve acile servise başvuru durumlarına yönelik bulgulara yer verilmiştir. Girişim grubundaki hastalardan poliklinik randevularına uyduğunu belirtenlerin sıklığının (%86.7), kontrol grubuna (%75.9) göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Kontrol grubundaki hastaların son üç aylık süre içerisinde inmeye özgü semptomlar nedeniyle acil servise başvuru sıklıkları (%13.8), girişim grubuna göre (%10) daha yüksek bulunmuştur. Ancak iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

4.2. İskemik İnme Geçiren Hastalarda Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde girişim ve kontrol grubu hastalarının yaşam kalitelerine ilişkin bulgular yer almaktadır (2. H_1 ile ilgili hipotez). Girişim ve kontrol grubundaki hastaların İnme Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi Tablo 4.10’da yer almaktadır. Her iki gruba ait toplam ölçek ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). İÖYKÖ toplam puanı ve ölçeğin "aktiviteler", "sosyal aile rolleri", "dil", "vizyon" ve "enerji" alt boyut puan ortalamalarının farklı zamanlardaki ölçümleri arasında anlamlı bir fark saptandığı (sırasıyla $F=15.98$, $p=0.000$; $F=11.75$, $p=0.001$; $F=15.42$, $p=0.000$; $F=14.43$, $p=0.000$; $F=5.62$, $p=0.019$; $F=8.01$, $p=0.005$) ve artış eğiliminde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.10 ve Şekil 4.4).

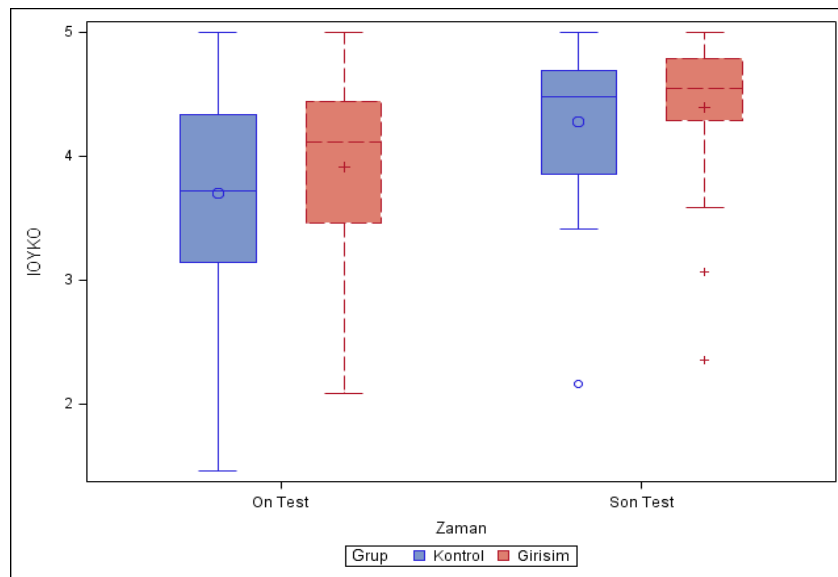
Tablo 4.10. Girişim ve kontrol grubu hastalarının yaşam kalitesi puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi

İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği		Aktiviteler		Sosyal Aile Roller		Dil		Vizyon		Enerji		Mood		Kişilik		Düşünme		IOYKO	
Grup	Zaman	$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$	
Girişim	Ön Test	4.03±1.00		3.61±1.45		4.16±1.14		4.47±0.89		3.57±1.21		4.04±1.02		3.43±1.43		3.78±1.13		3.91±0.81	
	Son Test	4.51±0.68		4.34±1.04		4.58±0.68		4.81±0.57		4.12±0.79		4.23±0.93		3.80±1.14		4.17±0.93		4.39±0.59	
Kontrol	Ön Test	3.72±1.08		3.43±1.28		3.81±1.24		4.41±1.01		3.20±1.28		4.13±1.17		3.59±1.28		3.53±1.30		3.70±0.87	
	Son Test	4.34±0.77		4.38±0.92		4.69±0.41		4.75±0.60		3.74±0.93		4.05±1.03		3.68±1.19		3.84±0.81		4.27±0.62	
		F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p
	Grup	2.35	0.128	0.15	0.695	0.72	0.398	0.20	0.653	3.80	0.054	0.05	0.823	0.01	0.911	2.27	0.135	1.79	0.184
	Zaman	11.75	0.001	15.42	0.000	14.43	0.000	5.62	0.019	8.01	0.005	0.10	0.751	1.04	0.311	3.40	0.068	15.98	0.000
	Grup*Zaman	0.19	0.667	0.27	0.605	1.86	0.175	0.00	0.986	0.00	0.984	0.50	0.482	0.38	0.540	0.04	0.851	0.14	0.714



Şekil 4.4. Girişim ve kontrol grubu hastalarının yaşam kalitesi toplam ölçek puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi

Ölçek toplam puanı ve alt boyut puan ortalamaları **grupların zaman etkileşimi** açısından ele alındığında, zaman içindeki değişiminin istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı saptanmıştır (Tablo 4.10). Ölçek puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi Şekil 4.5.'te ele alınmıştır. Her iki grubun son test ölçek puan ortalamasında artış görülmekle birlikte, girişim grubunun son test puan ortalamasının, kontrol grubuna oranla daha yüksek olduğu görülmektedir (Şekil 4.5).



Şekil 4.5. Girişim ve kontrol grubu hastalarının yaşam kalitesi toplam ölçek puan ortalamalarının grup-zaman etkileşimi

Tablo 4.11. Girişim ve kontrol grubu hastalarının İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Girişim			Kontrol			Gruplar Arası Farklılık	
		$\bar{x} \pm SS$	t	p	$\bar{x} \pm SS$	t	p	t	p
Aktiviteler	Ön Test	4.03±1.00	-3.19	0.003	3.72±1.08	-3.60	0.001	-1.22	0.229
	Son Test	4.51±0.68			4.34±0.77			-0.89	0.377
Sosyal aile rolleri	Ön Test	3.61±1.45	-4.18	0.000	3.43±1.28	-3.58	0.001	-0.54	0.589
	Son Test	4.34±1.04			4.38±0.92			0.16	0.870
Dil	Ön Test	4.16±1.14	-2.50	0.018	3.81±1.24	-4.38	0.000	-1.22	0.226
	Son Test	4.58±0.68			4.69±0.41			0.74	0.460
Vizyon	Ön Test	4.47±0.89	-2.98	0.006	4.41±1.01	-2.01	0.0542	-0.25	0.800
	Son Test	4.81±0.57			4.75±0.60			-0.42	0.674
Enerji	Ön Test	3.57±1.21	-2.56	0.016	3.20±1.28	-3.27	0.003	-1.22	0.229
	Son Test	4.12±0.79			3.74±0.93			-1.67	0.100
Mood	Ön Test	4.04±1.02	-1.07	0.292	4.13±1.17	-0.34	0.734	0.30	0.762
	Son Test	4.23±0.93			4.05±1.03			-0.71	0.481
Kişilik	Ön Test	3.43±1.43	-1.87	0.072	3.59±1.28	-0.75	0.458	0.48	0.636
	Son Test	3.80±1.14			3.68±1.19			-0.40	0.690
Düşünme	Ön Test	3.78±1.13	-2.50	0.018	3.53±1.30	-2.65	0.013	-0.85	0.400
	Son Test	4.17±0.93			3.84±0.81			-1.41	0.164
İÖYKÖ	Ön Test	3.91±0.81	-4.31	0.000	3.70±0.87	-3.79	0.001	-1.06	0.293
	Son Test	4.39±0.59			4.27±0.62			-0.76	0.451

Girişim ve kontrol grubu hastalarının İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.11’de verilmiştir. Girişim ve kontrol gruplarında, **gruplar içerisindeki** toplam ölçek puan ortalaması ile bazı alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür. Girişim grubunda ön test ve son test verilerine göre; “aktiviteler” (p=0.003), “sosyal aile rolleri” (p=0.000), “dil” (p=0.018), “vizyon” (p=0.006), “enerji” (p=0.016), “düşünme” (p=0.018) ve toplam ölçek (p=0.000) puan ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur. Kontrol grubunda ön test ve son test verilerine göre; “aktiviteler” (p=0.001), “sosyal aile rolleri” (p=0.001), “dil” (p=0.000), “enerji” (p=0.003), “düşünme” (p=0.013) ve toplam ölçek (p=0.001) puan ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur. **Gruplar arasındaki** ön test ve son test ölçümleri ele alındığında ise, toplam ölçek puanları ile tüm alt boyut puan ortalamaları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.11) (p>0.05).

4.3. İskemik İnme Geçiren Hastalarda Hasta Memnuniyetine İlişkin Bulgular

Bu bölümde girişim ve kontrol grubundaki hastaların kronik hastalık bakımı memnuniyet düzeylerine ilişkin bulgular yer almaktadır (3. H₁ ile ilgili Hipotez).

Tablo 4.12. Girişim ve kontrol grubu hastalarının kronik hastalık bakımı memnuniyet düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Son Test					
	Girişim		Kontrol		Gruplar Arası Farklılık	
KHBDÖ	N	$\bar{x} \pm SS$	N	$\bar{x} \pm SS$	t	P
Katılım	30	2.84±1.03	29	2.22±1.23	-2.12	0.038
Karar	30	3.99±0.91	29	2.33±0.93	-6.90	0.000
Amaç	30	3.21±1.12	29	1.90±0.59	-5.63	0.000
Problem çözme	30	3.16±1.00	29	1.85±0.73	-5.71	0.000
İzlem	30	3.13±0.99	29	1.70±0.56	-6.84	0.000
KHBDÖ toplam	30	3.24±0.92	29	1.95±0.55	-6.55	0.000

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği son test puan ortalamaları Tablo 4.12’de yer almaktadır. Girişim grubunun KHBDÖ toplam puan ortalaması ve tüm alt boyut puan ortalamaları kontrol grubuna göre yüksek bulunmuş ve bu farkın istatistiksel açıdan da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.12).

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların son üç aydır hastalığı ile ilgili aldığı tedavi ve bakımdan memnuniyet düzeyine ilişkin bulgular Tablo 4.13’te yer almaktadır. Girişim grubundaki hastaların %83.3’ünün, kontrol grubundaki hastaların ise %55.2’sinin tedavi ve bakımdan memnun olduğu saptanmış, ancak aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Girişim ve kontrol grubu hastalarının son üç aydır hastalıkları ile ilgili aldıkları tedavi ve bakımdan memnuniyet düzeyine ilişkin bulgular

Üç aylık tedavi ve bakımdan memnuniyet düzeyi	Son Test			
	Girişim		Kontrol	
	N	%	N	%
Evet	25	83.3	16	55.2
Hayır	2	6.7	6	20.7
Kısmen	3	10.0	7	24.1
χ^2 / p	$\chi^2 : 5.560 / p : 0.062$			

Tablo 4.14. Girişim grubundaki hastaların üç aylık süreçteki telefonla izlem, kısa mesaj gönderimi ve eğitim kitapçığı ile ilgili memnuniyet durumlarına ilişkin bulgular

Girişim grubu memnuniyet durumları	Eğitim kitapçığı		Telefonla izlem		Kısa mesaj gönderimi	
	n	%	n	%	n	%
Evet	26	86.7	28	93.3	29	96.7
Kısmen	4	13.3	2	6.7	1	3.3
Hayır	0	0	0	0	0	0

Girişim grubundaki hastaların üç aylık süreçteki telefonla izlem, kısa mesaj gönderiminden ve eğitim kitapçığından memnuniyet durumlarına ilişkin bulgular Tablo 4.14'te verilmiştir. Hastaların büyük çoğunluğunun eğitim kitapçığından (%86.7), telefonla izlem (%93.3) ve kısa mesaj gönderiminden (%96.7) memnun oldukları görülmektedir (Tablo 4.14).

4.4. Özyönetim, Yaşam Kalitesi ve Hasta Memnuniyetine İlişkin Bulgular

Bu bölümde özyönetim kapsamında öz etkililik ve günlük yaşam aktiviteleri performansı, yaşam kalitesi ve hasta memnuniyetine ilişkin bulgular yer almaktadır (4. H₁ ile ilgili hipotez). Araştırma kapsamına alınan hastaların öz etkililik, yaşam kalitesi, günlük yaşam aktiviteleri performansı ve memnuniyetleri arasındaki ilişki Tablo 4.15'te yer almaktadır.

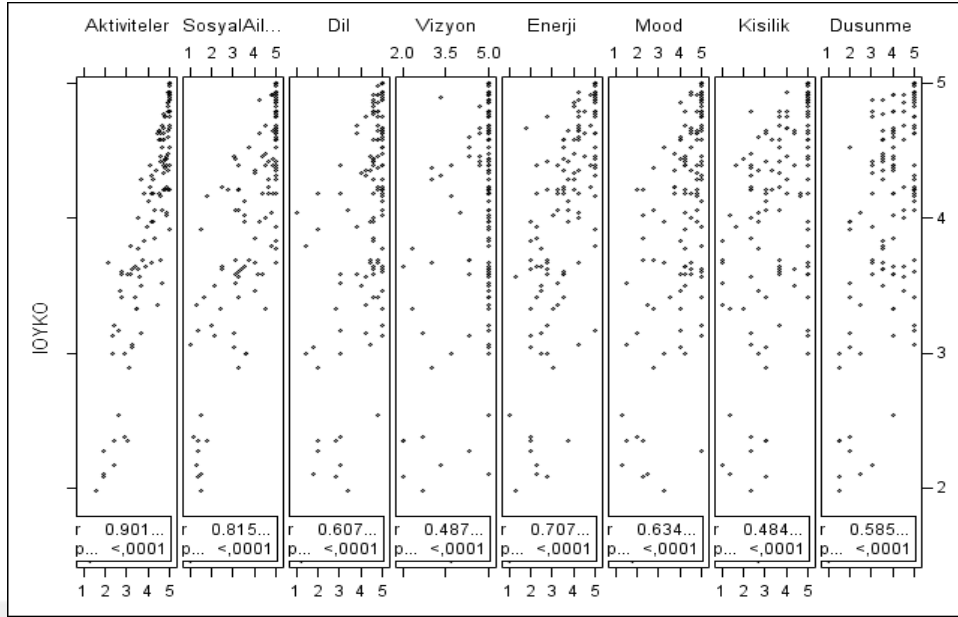
İnme Öz Etkililik Ölçeği puan ortalaması ile İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması arasında son test ve genel ölçümde pozitif yönde orta düzeyde bir korelasyon (sırasıyla $r=0.696$, $r=0.694$); “kişilik” alt boyut puan ortalaması dışında diğer tüm alt boyut puan ortalamaları arasında da pozitif yönde orta düzeyde bir korelasyon (son test değerleri $r=0.342$ ile 0.692 arasında; genel ölçüm değerleri $r=0.369$ ile 0.675 arasında) olduğu saptanmıştır. Özyönetim kapsamında öz etkililik ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeyleri incelenmiştir. İÖEÖ ile Modifiye Barthel İndeksi puan ortalamaları arasında pozitif yönde ve orta düzeyde bir korelasyon (son test $r=0.551$, genel ölçüm $r=0.673$) saptanmıştır. İÖEÖ ile Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları arasında ise, genel ölçümde pozitif yönde zayıf düzeyde bir korelasyon ($r=0.199$) bulunmaktadır. Diğer yandan MBI puanı ile İÖYKÖ toplam puan ortalaması, “aktiviteler”, “sosyal aile rolleri”, ”dil”, “enerji”, “düşünme” alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde ve orta düzeyde bir korelasyon (genel ölçüm değerleri $r=0.325$ ile 0.684 arasında), “vizyon” alt boyutu ile arasında ise pozitif yönde ve zayıf düzeyde bir

korelasyon (genel ölçüm $r=0.259$) olduğu görülmektedir. Bu sonuç ölçekler arasında anlamlı bir korelasyon ilişkisi olduğunu göstermekle birlikte, hastaların bağımsızlık düzeyleri arttıkça öz etkililik düzeylerinin de arttığını, öz etkililik düzeyleri arttıkça yaşam kalitelerinin ve memnuniyet düzeylerinin de arttığını göstermektedir (Tablo 4.15).

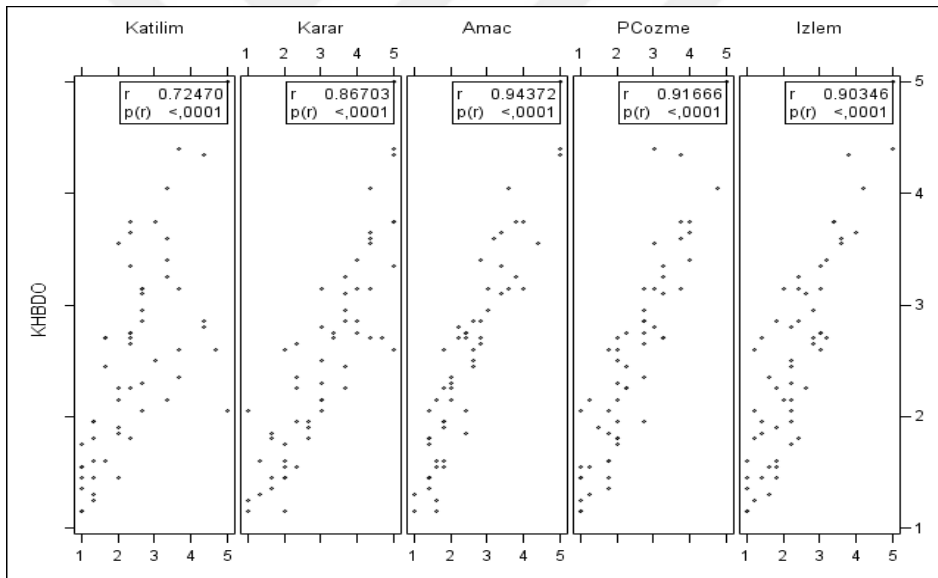
Tablo 4.15. Öz etkililik, yaşam kalitesi, günlük yaşam aktiviteleri performansı ve memnuniyet arasındaki ilişki

Ölçüm		MBI toplam		IOEA		KHBDO	
		r	p	r	p	r	p
Aktiviteler	Ön test	0.694	0.0001	0.656	0.0001	-	-
	Son test	0.599	0.0001	0.692	0.0001	0.093	0.483
	Genel	0.684	0.0001	0.675	0.0001	0.113	0.224
Sosyal aile rolleri	Ön test	0.536	0.0001	0.527	0.0001	-	-
	Son test	0.515	0.0001	0.566	0.0001	-0.064	0.628
	Genel	0.561	0.0001	0.553	0.0001	-0.027	0.776
Dil	Ön test	0.255	0.052	0.334	0.010	-	-
	Son test	0.122	0.357	0.387	0.003	0.116	0.381
	Genel	0.325	0.0003	0.369	0.0001	0.125	0.177
Vizyon	Ön test	0.222	0.0917	0.416	0.001	-	-
	Son test	0.096	0.471	0.418	0.001	0.049	0.713
	Genel	0.259	0.0047	0.434	0.0001	0.079	0.398
Enerji	Ön test	0.413	0.0012	0.398	0.002	-	-
	Son test	0.382	0.0028	0.342	0.008	0.172	0.192
	Genel	0.436	0.0001	0.400	0.0001	0.182	0.049
Mood	Ön test	0.185	0.161	0.503	0.0001	-	-
	Son test	0.159	0.230	0.409	0.001	-0.068	0.609
	Genel	0.179	0.052	0.469	0.0001	-0.032	0.732
Kişilik	Ön test	0.108	0.416	0.284	0.029	-	-
	Son test	0.126	0.340	0.226	0.086	0.037	0.783
	Genel	0.130	0.160	0.271	0.003	0.076	0.411
Düşünme	Ön test	0.330	0.011	0.462	0.0002	-	-
	Son test	0.294	0.024	0.438	0.001	0.258	0.048
	Genel	0.354	0.0001	0.470	0.0001	0.193	0.036
İÖYKÖ	Ön test	0.629	0.0001	0.691	0.0001	-	-
	Son test	0.543	0.0001	0.696	0.0001	0.073	0.582
	Genel	0.634	0.0001	0.694	0.0001	0.104	0.261
İÖEÖ	Ön test	0.727	0.0001			0.193	-
	Son test	0.551	0.0001			0.220	0.094
	Genel	0.673	0.0001			0.199	0.031

İÖYKÖ ve alt boyutları arasındaki korelasyonlar Şekil 4.6'da, KHBDO ve alt boyutları arasındaki korelasyonlar Şekil 4.7'de verilmiştir.



Şekil 4.6. İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt boyutları arasındaki korelasyonlar



Şekil 4.7. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutları arasındaki korelasyonlar

Şekiller incelendiğinde, İÖYKÖ'nin “aktiviteler”, “sosyal aile rolleri” ve “enerji” alt boyutları ile arasında pozitif yönde ve kuvvetli bir korelasyon olduğu, diğer alt boyutları ile arasında ise pozitif yönde orta düzeyde bir korelasyon olduğu anlaşılmaktadır (Şekil 4.6). KHBDÖ'nin tüm alt boyutları ile arasında pozitif yönde ve kuvvetli düzeyde korelasyon olduğu görülmektedir (Şekil 4.7).

Tablo 4.16. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında çok değişkenli regresyon analizi sonuçları

Bağımlı değişken	Bağımsız değişkenler	B	Standart Hata	T	p	Kısmi R ²	Model R ²
İÖEÖ	Intercept	-0.29525	0.88845	0.11	0.742		
	Grup	-0.22698	0.06650	11.65	0.002	0.0336	0.7997
	Ambulasyon	0.14765	0.04573	10.43	0.003	0.0176	0.8172
	Beslenme	-0.31895	0.15518	4.22	0.048	0.0570	0.7339
	Kişisel Bakım	0.37706	0.23232	2.63	0.114	0.6287	0.6287
	Tuvalete oturup kalkma	0.10536	0.04498	5.49	0.025	0.0482	0.6769
	Vizyon	0.12192	0.04176	8.52	0.006	0.0322	0.7661
	Enerji	-0.11948	0.04796	6.21	0.018	0.0122	0.8481
	İÖYKÖ	0.14961	0.08246	3.29	0.079	0.0138	0.8619

İnme Öz Etkililik Ölçeği bağımlı değişken olarak, diğer ölçeklerin genel ve alt boyutları, grup değişkenleri ve sosyo-demografik özellikler ise bağımsız değişkenler olarak alınarak çok değişkenli regresyon analizi *stepwise (adımsal) yöntem* uygulanarak yapılmış ve elde edilen bulgular Tablo 4.16’da sunulmuştur. Adımsal regresyon, p sayıda belirleyici değişken içeren bir veri setinde, bağımlı değişkenin değişimini en iyi şekilde açıklayan değişkenleri seçmeyi sağlayan bir yöntemdir. Model R² bağımsız değişkenlerin katkısını açıklamaktadır. Kısmi R² her bir bağımsız değişkenin toplam varyasyonun ne kadarını açıkladığını göstermektedir. Bu tablodan, İÖEÖ bağımlı değişkenine etki eden bağımsız değişkenlerin MBI’nın “ambulasyon, beslenme, kişisel bakım, tuvalete oturup kalkma” alt boyutları, İÖYKÖ ile İÖYKÖ’nin “vizyon” ve “enerji” alt boyutları olduğu anlaşılmaktadır. Bu değişkenlerin toplam varyasyonu açıklama oranı %86.2’dir. İÖEÖ’ye en fazla etki eden değişkenlerin başında “kişisel bakım” (R²=0.6287, p=0.114) ve “beslenme” (R²=0.0570, p=0.048) gelmektedir.

5. TARTIŞMA

Araştırmada Kronik Bakım Modeli'ne temellendirilmiş eğitimin ve telefonla izlemin iskemik inme geçiren hastaların özyönetim, yaşam kalitesi ve memnuniyet düzeylerine etkisi incelenmiş ve bulgular aşağıdaki ana başlıklar altında tartışılmıştır.

- İskemik inme geçiren hastaların özyönetimi
- İskemik inme geçiren hastaların yaşam kalitesi
- İskemik inme geçiren hastaların memnuniyet düzeyi
- Özyönetim, yaşam kalitesi ve memnuniyet arasındaki ilişki

5.1. İskemik İnme Geçiren Hastaların Özyönetimi

Araştırmamızda iskemik inme geçiren hastalara yönelik gerçekleştirilen StrokeCARE protokolü kapsamında yer alan Kronik Bakım Modeli'ne temellendirilmiş girişimler taburculuk öncesi eğitim, üç ay süreli telefonla izlem ve kısa mesaj hatırlatmaları şeklindedir. Literatür incelendiğinde inme geçiren hastalara yönelik kuram veya modellere temellendirilmiş diğer çalışmalarda uygulanan girişim protokolleri: disiplinlerarası bir ekip tarafından hastaya özgü bakım planlarının geliştirilmesi, eğitim seansları, bireysel oturum ve grup oturumları, bilgisayarlı karar destek sistemi kullanımı, ev ziyaretleri, telefon görüşmeleri, hatırlatıcı SMS gönderimi, inme özyönetimi bilgi ve becerilerini içeren video sunumu veya özyönetim programı çalışmaları şeklindedir (Allen ve ark., 2009; Wolf ve ark., 2016; Towfighi ve ark., 2017; Topcu 2017; Chen ve ark., 2018; Cheng ve ark., 2018; İltuş 2018; Lo ve ark., 2018).

Araştırmamızda özyönetimi değerlendirmek için; İnme Öz Etkililik Ölçeği ve bu ölçeği desteklemek için oluşturulan İnme Özyönetim Değerlendirme Formu, Modifiye Barthel İndeksi, metabolik kontrol değişkenleri ve Telefon Görüşmelerini Değerlendirme Formu kullanılmıştır. Araştırmamızda, başlangıçtaki inme öz etkililik puan ortalaması hem kontrol hem girişim grubunda yüksek bulunmuşur. StrokeCARE girişim protokolü sürecinden sonra gerçekleştirilen ölçümde de, girişim grubunda ölçek puan ortalaması kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuş, ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.1, Tablo 4.2). İnme özyönetim programlarının uygulandığı benzer çalışmalarda da, çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde hastaların öz etkililik düzeyinde olumlu değişiklikler

görüldüğü belirtilmiş, ancak iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Mc Kenna ve ark., 2015; Damush ve ark., 2016). Teori temelli inme özyönetim programlarının etkinliğini incelemek için gerçekleştirilen bir sistematik derlemede, inme geçiren bireylerin özyönetim becerilerinin iyileştirilmesinde programların potansiyel yararları olduğu saptanmıştır (Lo ve ark., 2013). Kuram / model temelli özyönetim güçlendirme girişimlerinin hastaların öz etkililik düzeyini, özyönetim davranışları performansını veya sağlık durumunu yönetme düzeyini artırdığı belirtilmiştir (Wolf ve ark., 2016; Chen ve ark., 2018; Lo ve ark., 2018). İnme geçiren hastalarda özyönetimi artırmaya yönelik güçlendirme girişimlerinin uygulandığı kuram / model temelli olmayan çalışmalarda da, girişim grubundaki hastaların öz etkililik düzeyinde ve / veya özyönetim davranışlarında artış bulunmuştur (Sit ve ark., 2016; Topçu, 2017). Ülkemizde inme geçiren hastalarda özyönetimi ölçecek geçerlik ve güvenilirliği yapılmış bir araç bulunmadığından İÖEÖ tercih edilmiştir. Her iki grupta öz etkililik puanlarının yüksek olmasının nedenlerinden biri olarak, MRS'ye göre 0,1,2,3 puan alan hastaların araştırma kapsamına dahil edilmesi gösterilebilir. Hastaların büyük çoğunluğunun MRS'den 0,1,2,3 puan alması inme şiddetinin az olduğunu, hastaların bağımsız ya da biraz yardım gereksinimi duyan hastalar olduğunu ifade etmektedir. Bu nedenle İÖEÖ puan ortalamalarının yüksek olması her iki gruptaki hastaların ön test ve son test sırasında öz etkililik seviyelerinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızda StrokeCARE kapsamında gerçekleştirilen girişimlerin, üç aylık sürede öz etkililik puan ortalaması açısından iki grup arasında anlamlı fark yaratmadığı saptanmıştır (Tablo 4.1, Tablo 4.2). İnme geçiren hastalarda özyönetimin güçlendirilmesine ilişkin yapılan çalışma sonuçlarında iki, üç ve altı aylık sürelerde hastaların inme öz etkililik ve özyönetim davranışları performansında anlamlı düzeyde gelişme olduğu (Sit ve ark., 2016; Lo ve ark., 2018), taburculuk sırasında ve taburculuk sonrası birinci ve üçüncü aylarda özyönetimde anlamlı artış olduğu (Chen ve ark., 2018) bildirilmiştir. Diğer çalışmalarda ise altı haftalık veya altı aylık süre sonunda girişim ve kontrol grubu öz etkililik puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Mc Kenna ve ark., 2015; Damush ve ark., 2016). Araştırmamıza dahil edilen inme geçirmiş hastaların bağımsız ya da biraz yardım gereksinimi duyan bireylerden oluşması ile birlikte, araştırma süresinin kısa olmasının da öz etkililik sonuçlarını etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda, eğitim ve telefonla izlem sonrasında, girişim grubundaki hastaların “inme bilgi düzeyi”, “hızlıca acil servise başvuru gerektiren inme belirtilerini bilme” ve “inmenin tekrarlamasına neden olabilecek riskli davranışları bilme” maddeleriyle ilgili olumlu geribildirim yüzdeleri ve “her gün 2-4 küçük porsiyon tam tahıllı besin tüketirim”, “uykusuzluk deneyimlediğimde durumla nasıl başa çıkabileceğimi bilirim”, “yorgunluğumu kontrol altına alabilecek yöntemleri bilirim” diyenlerin sıklığı kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). İnme sonrası fiziksel sorunlarla baş etme yollarını bilirim diyenlerin sıklığı, eğitim ve telefonla izlem öncesi %0 iken, son test sırasında %13.3’e yükselmiş ve kontrol grubuyla kıyaslandığında bu artış istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Kronik Bakım Modeli ve Bütünleşik Davranış Modeli’nin kullanıldığı inme geçiren hastalarla yapılmış çalışma sonuçlarında da hastaların inme bilgisi, yaşam tarzı ve sağlık davranışlarında olumlu gelişmeler olduğu bulunmuştur (Allen ve ark., 2009; Geng ve ark., 2019). Benzer başka bir çalışmada, taburculuk sonrası üç aylık süreçteki izlemlerde girişim grubundaki bireylerin inme bilgisine erişimle ilgili öz etkililiklerinde, kendilerini bilgilili hissetme düzeylerinde ve tekrarlayan inmeyi önlemeye yönelik bilgiler ile ilgili memnuniyet düzeylerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir iyileşme saptanmıştır (Eames ve ark., 2013). Nöroloji kliniklerinde inme geçiren hastalara özgü eğitim kitapçığının olmamasının, inme özyönetimini olumsuz etkileyebileceği öngörülmektedir. Diğer yandan, StrokeCARE girişim programının hazırlanması ve uygulanmasının, inme geçiren hastaların özyönetim becerilerinin artırılması açısından katkı verici bir uygulama olabileceği düşünülmektedir. Kronik Bakım Modeli temelinde gerçekleştirilen eğitimin ve telefonla izlemin, hastaların inme risk faktörleri ile ilişkili farkındalık düzeylerini artırdığı ve modelin “özyönetim desteği, karar verme ve sağlık hizmetleri sunum planı” bileşenleri kapsamındaki stratejilerini içeren özyönetim programlarının sağlık sistemine yerleştirilmesi yoluyla tekrarlayan inmelerin de azaltılabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda StrokeCARE girişim protokolü kapsamında gerçekleştirilen eğitim ve telefonla izlem öncesinde, girişim grubundaki hastaların %14.7’i “diyete uyum” düzeylerini “iyi” olarak belirtirken, son test sırasında ise bu sıklık %56.7’ye yükselmiştir. Girişim grubunun ön test ve son test karşılaştırmasında “düşük yağlı ve düşük kolesterolü yiyecekler tüketirim” diyenlerin sayısı %29.4’dan %60’a, “yüksek

sodyum/tuz içerikli gıdalardan kaçınırım” diyenlerin sayısı %44.1’den %63.3’e, “günde 5-7 porsiyon meyve ve sebze tüketirim” diyenlerin sayısı %47.1’den %60’a, “yüksek lifli gıdalar tüketirim” diyenlerin sayısı %50’den %70’e, “porsiyon boyutumu küçük tutarım” diyenlerin sayısı %29.4’den %30’a yükselmiş, ancak aralarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Girişim grubunda “her gün 2-4 küçük porsiyon tam tahıllı besin tüketirim” diyenlerin sıklığı ön testte %8.8 iken, son testte %30’a çıkmış ve bu artış kontrol grubuyla kıyaslandığında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.3). İskemik inme geçiren hastalarda rehber temelli bir telefon takip programının etkinliğinin değerlendirildiği çalışmada, girişim ve kontrol grupları arasında beslenme ve düşük tuz içeren diyetle uyum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Wan ve ark., 2016). Telefon tabanlı bilgisayar destekli önleme sisteminin uygulandığı ve altı aylık izlemlerin gerçekleştirildiği bir çalışmada ise, girişim grubunda meyve ve sebze tüketiminde istatistiksel olarak anlamlı bir artış ve tatlı tüketiminde bir azalma tespit edilmiştir (Spasova ve ark., 2016). İnme geçiren hastalarda ikincil inmeyi önlemeye yönelik gerçekleştirilen çalışma sonucunda da girişim grubundaki bireylerin istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek diyetle uyum ve tuzsuz yeme davranışları olduğu saptanmıştır (İltuş, 2018). Literatür incelendiğinde, Akdeniz diyetine uyumun iskemik inme riskini azalttığı ve inme risk faktörlerinden biri olan metabolik sendromu iyileştirdiği vurgulanmaktadır (Tsivgoulis ve ark., 2015; Spence, 2017). Kronik Bakım Modeli özyönetim desteği bileşeni doğrultusunda gerçekleştirilen izlemler yoluyla, sağlıksız beslenme davranışlarının hastalarla birlikte tespit edilmesi ve birlikte hedefler belirlenerek bu davranışların değiştirilmesi sekonder önlemede önem taşımaktadır. Böylelikle inme risk faktörlerinden biri olan sağlıksız beslenme alışkanlarının kontrol altına alınabileceği düşünülmektedir. Kronik Bakım Modeli’ne temellendirilmiş telefonla izlemlerde, hastaların sağlıklı beslenme davranışları geliştirmelerine yönelik önerilere sıklıkla yer verilmesinin ve konuyla ilgili gönderilen hatırlatıcı SMS’lerin, hastaların diyetlerine uyumlarına olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda “haftada 3-4 kez en az 40 dakika, orta ile yüksek yoğunluklu aerobik fiziksel aktivite yaparım” diyenlerin sıklığı ön test sırasında her iki grupta da %47.1 iken, eğitim ve telefonla izlem sonrası girişim grubunda %60’a çıkarak, kontrol grubuna göre daha fazla artış göstermiştir. Ancak bu artış istatistiksel açıdan anlamlı

bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3). Bir çalışmada, ilk kez veya tekrarlayan inme geçiren, MRS puanı <5 olan ve inme sonrası 10-16 hafta arasında ciddi komorbidite bulunmayan bireylere 18 ay boyunca her ay fiziksel aktivite ve egzersiz konusunda düzenli olarak bireysel koçluk yapılmış, ancak çalışmanın sonucunda düzenli bireysel koçluğun standart bakım ile karşılaştırıldığında motor fonksiyonun sürdürülmesini veya ikincil sonuçları geliştirmedeği saptanmıştır (Askim ve ark., 2018). İskemik inme geçiren hastalara yönelik telefon takip programının uygulandığı çalışmada da, girişim ve kontrol grupları arasında fiziksel aktivite açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Wan ve ark., 2016). İkincil inme korunma programının uygulandığı çalışmada, çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde düzenli egzersiz yapma açısından iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamış, ancak çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak girişim grubundaki hastaların fiziksel aktivite düzeyinde anlamlı düzeyde artma saptanmıştır (İltuş, 2018). Kronik Bakım Modeli'ne temellendirilmiş izlemlerde hastaların fiziksel aktiviteye teşvik edilmesinin ve konuyla ilgili gönderilen hatırlatıcı SMS'lerin hastaların fiziksel aktivite yapma davranışlarına olumlu etkisi olduğu, ancak davranış değişikliklerinin daha uzun sürede gözlemlenebileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda, girişim grubundaki hastaların ön test ve son test bulguları ele alındığında, günde iki kez kan basıncı ölçtüdüğünü ifade edenlerin sıklığı %8.8'den %23.3'e yükselmiş, sigarayı bırakma sıklığı ise ön testte %29.4 iken son testte %40'a çıkmıştır. Ancak kontrol grubuyla karşılaştırıldığında bu yükselme istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3). İskemik inme geçiren hastalarda rehber temelli bir telefon takip programının sağlık davranışlarını üzerindeki etkinliğinin değerlendirmek için yapılan çalışmada da, girişim ve kontrol grupları arasında kan basıncı takibi, sigaradan kaçınma, alkol tüketimi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Wan ve ark., 2016). İnme hastalarıyla gerçekleştirilen altı aylık kohort bir çalışmada ise, gözlem grubundaki hastaların yarısı ve destek programındaki hastaların ise yarısından fazlası sigarayı bırakmış olup, bu fark araştırmamızdan farklı olarak istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Leistner ve ark., 2012). İkincil inme korunma programının etkinliğinin incelendiği çalışmada da girişim grubunun günlük içilen sigara sayısının anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır (İltuş, 2018). Sigara kullanan bazı hastaların Kronik Bakım Modeli'ne temellendirilmiş eğitim, telefonla izlemler ve hatırlatıcı SMS'ler yoluyla

sigaranın olumsuz etkileri konusunda yeterince bilgi sahibi oldukları şeklindeki geri bildirimlerine rağmen, sigarı bırakma konusunda direnç gösterdikleri görülmüştür. Bu nedenle sigara bırakma konusunda hastalara daha farklı stratejilerin de uygulanmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Diğer yandan Kronik Bakım Modeli'nin multidisipliner ekip hizmeti üzerine temellenen bileşenlerden oluşması nedeni ile, bireysel uygulamaların sınırlı kalabileceği görülmektedir.

Araştırmamızda, Modifiye Barthel İndeksi toplam puan ortalamaları ile ölçeğin "transfer", "ambulasyon", "banyo yapma" ve "tuvalete oturup kalkma" alt boyutları puan ortalamalarına grupların zaman etkileşimi açısından bakıldığında, zaman içindeki değişiminin istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Her iki grup içerisindeki MBI toplam puanı ve alt boyut puan ortalamaları son testte artış göstermiş, girişim grubundaki hastalarda sadece MBI toplam puan ortalaması ve "merdiven inip çıkma" alt boyutu puan ortalaması açısından anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Gruplar arasındaki son test ölçümleri ele alındığında ise, toplam ölçek ile tüm alt boyut puan ortalamaları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış ($p>0.05$), girişim grubunda son test sırasındaki tam bağımsızlık yüzdesinin daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4, Tablo 4.5, Şekil 4.2). Diğer yandan, "baş dönmesi" ve "denge ve koordinasyon kaybı" semptomları ile ilgili yakınmalar kontrol grubuna kıyasla girişim grubunda anlamlı şekilde daha az bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.3). İnme geçiren hastalara yönelik Kronik Bakım Modeli'ne temellendirilmiş bir çalışma sonucunda da, taburculuk sonrası bakım yönetimi girişimlerinin altıncı ayda fonksiyonel sonuçlar üzerinde anlamlı bir üstünlüğünün olmadığı saptanmıştır (Allen ve ark., 2009). İnme geçiren hastalarla yapılan çalışmaların ele alındığı bir sistematik derlemede, tele-rehabilitasyonunun günlük yaşam aktiviteleri ve motor fonksiyonların iyileştirilmesi üzerinde geleneksel rehabilitasyon ile eşit etkilere sahip olduğuna dair sınırlı ve orta düzeyde kanıtlar sunulmuştur (Chen ve ark., 2015). Özyönetim güçlendirme girişimi uygulanan çalışmalarda, girişim grubundaki hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmelerinde ve fonksiyonel iyileşme düzeylerinde anlamlı artış saptanmıştır (Sit ve ark., 2016; Chen ve ark., 2018; Geng ve ark., 2019). Özyönetim becerisini artırmada hastaların bağımsızlık düzeylerinin korunması önem taşımaktadır. Bu nedenle her iki grupta da ön test ve son test sırasında MBI kullanılarak hastaların günlük yaşam aktivite düzeyleri belirlenmiştir. Literatürde inmede iyileşme

düzeinin hastaya göre değişiklik gösterebildiği, ilk haftalarda hızlı olmakla birlikte süreç gerektirebileceği, yaygın lezyonu olan bireylerde dahi belirgin düzelme olmasının, komşu ve lezyona uzak bölgelerin sürece olan katkısından kaynaklanabileceği belirtilmiştir (Kılıç, 2009). Diğer yandan daha çok bağımsız hastaların çalışma kapsamına dahil edilmesi, araştırmamızda da ilk kez geçirilen inme sonrası üç aylık süreçte hem kontrol hem de girişim grubunda günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyinin artması durumunu açıklayabilmektedir. Girişim grubundaki hastalarda “gaita kontinansı” ile ilgili hiç sorun yaşanmamış olmasının nedeni de aynı şekilde açıklanabilir. Özellikle StrokeCARE kapsamında gerçekleştirilen telefonla izlemler sırasında ilaçların düzenli alınması, doktora danışılmadan ilaçların bırakılmaması, kan basıncı kontrolü, beslenme / kilo kontrolü ve sigarayı bırakma gibi inme özyönetim davranışlarını geliştirme önerilerinin, girişim grubunda tam bağımsız birey sayısını artırmaya katkı sağlamış olabileceği düşünülmektedir. Diğer yandan bu girişimlerin, girişim grubundaki hastalarda “baş dönmesi” / “denge ve koordinasyon kaybı” semptomları ile ilgili yakınmaların kontrol grubuna göre anlamlı şekilde azalmasında etkisi olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda girişim grubundaki hastaların son test sırasındaki HDL değerlerinin yükseldiği, LDL, total kolesterol, trigliserid, HbA1c, sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerinin düştüğü saptanmıştır. Ancak hem girişim hem de kontrol gruplarında, grupların kendi içerisindeki ve gruplar arasındaki ön test ve son test fiziksel parametre düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Kronik Bakım Modeli’ne temellendirilmiş bir çalışmada, araştırma sonuçlarımıza benzer şekilde, sistolik kan basıncında düşme gözlenmesine rağmen, kontrol ve girişim grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Cheng ve ark., 2018). İnme geçiren hastalara yönelik gerçekleştirilen başka bir çalışmada, sonuçlar optimal düzeyde olmasa da kontrol grubundaki hastaların önemli bir kısmının sistolik kan basıncı düzeyi girişim grubuna göre sınırın üzerinde bulunmuştur (Jönsson ve ark., 2014). İnme geçiren hastalarda kan basıncı kontrolünün ele alındığı bir çalışmada, üçüncü aydaki kan basıncı değeri $<140/90$ mm Hg altında olanların sıklığı girişim grubunda kontrol grubuna göre daha fazla bulunmuş, ancak aradaki fark anlamlı bulunmamıştır (Sarfo ve ark., 2018). Araştırmamıza benzer üç ay süreli başka bir çalışma ise taburculuk öncesi eğitim, telefonla izlem ve ev ziyaretleri girişimlerinin hastaların sistolik kan basıncını

düzenlediği saptanmıştır (Geng ve ark., 2019). İnme geçiren hastalarda risk faktörü kontrolleri ve sekonder önleme girişimlerinin gerçekleştirildiği 3-12 ay süreli çalışmalarda girişim grubundaki hastaların sistolik / diyastolik kan basıncı anlamlı düşüşler göstermiştir (Leistner ve ark., 2012; Irewall ve ark., 2015; Spassova ve ark., 2016; İltuş, 2018). İnme geçiren hastalarda sekonder önleme ve risk faktörlerinin yönetimini ele alan 3., 6. ve 12. aylarda izlemlerin gerçekleştirildiği benzer çalışmalarda, girişim grubundaki bireylerin LDL ve / veya trigliserid düzeylerinde anlamlı bir düşüş gerçekleşmiştir (Irewall ve ark., 2015; Spassova ve ark., 2016; İltuş, 2018; Cheng ve ark., 2018; Geng ve ark., 2019). Bu çalışmalardan birinde, gerçekleştirilen girişimlerin hastaların total kolesterol düzeylerini ve BKİ'lerini olumlu yönde etkilediği, diğerinde ise HbA1c düzeylerinde ve bel çevresinde anlamlı derecede azalma olduğu saptanmıştır (İltuş, 2018; Geng ve ark., 2019). Başka bir çalışmada ise, altı aylık izlemler sonucunda hastaların BKİ, HDL kolesterol ve HbA1c değerlerinde anlamlı bir düşüş görülmemiştir (Spassova ve ark., 2016). Araştırmamızda kolesterol değerleri ile ilgili anlamlı değişiklikler olmamasının, sadece diyet ve egzersizle daha düşük LDL düzeyine ulaşmanın bile 3-6 ay sürebilmesinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Diğer yandan, iki grup arasında fiziksel parametre düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olmamasının diğer nedenleri arasında her iki grubun ilaç protokolünün aynı olması, bazı hastaların taburculuk sonrası iş hayatına dönmeleri sonucunda iş yerlerinde verilen diyeti (“az yağlı ve az tuzlu” olmayan) tüketmek zorunda kalmaları ve evle ilgili sorumluluklarını yerine getirmeleri nedeniyle fiziksel aktivite yapmaya zaman ayıramamalarının yer aldığı düşünülmektedir. Bununla birlikte, girişim grubunda HDL düzeyinin kontrol grubuna göre daha fazla artmasında ve son testteki total kolesterol / trigliserid düzeylerinin daha az olmasında StrokeCARE girişimlerinin katkısı olduğu ve Kronik Bakım Modeli'ne ait özyönetim desteği ve klinik bilgi sistemleri sistemlerinin uygulanabilir olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda, StrokeCARE girişim protokolü kapsamında gerçekleştirilen telefonla izlemlerde, hastalarla en sık “beslenme önerileri ve kilo kontrolü” ile “düzenli ilaç kullanımı”na ilişkin konular konuşulmuştur. Ardından en fazla ele alınan konular “fiziksel aktivite / egzersiz önerileri ile kan basıncı ve kan şekeri düzeylerini koruma önerileri” şeklinde olmuştur (Tablo 4.8). Kronik Bakım Modeli'ne temellendirilmiş telefonla izlemlerde “ilaçlarımı zamanında ve uygun

dozda alırım” diyen hastaların sıklığı, girişim grubunda eğitim ve telefonla izlem sonrası %79.4’den %100’e yükselmiş, ancak kontrol grubuyla karşılaştırıldığında bu yükselme istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3). İskemik inme geçiren hastalara yönelik telefon takip programlarının uygulandığı 3-6 ay süreli izlemlerin gerçekleştirildiği çalışmalarda, girişim grubundaki hastaların kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek ilaç uyumu sergilediği saptanmıştır (Leistner ve ark., 2012; Wan ve ark., 2016; Sarfo ve ark., 2018). Sekonder inmeyi önlemeye yönelik inme risk faktörlerini kontrol altına almayı hedefleyen bir çalışmada da, girişim grubunda inme sonrası diyabet ve hipertansiyon ilaçlarına uyum oranları inme öncesinde uyum oranlarından anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Damush ve ark., 2016). SMS hatırlatıcılarının ilaca uyumu geliştirmedeki etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmada, bireyselleştirilmiş SMS’in ilaca uyumu artırabileceği ve diyastolik kan basıncı gibi inme risk faktörlerini etkileyebileceği saptanmıştır (Kamal ve ark., 2015). İnme hastalarına yönelik güçlendirme girişimlerinin uygulandığı bir çalışmada ise, girişim grubundaki hastaların girişim sonrası üç aylık ve altı aylık hastalık yönetiminde ilaç uyumu haricinde daha iyi özyönetim davranışları olduğu bildirilmiştir (Sit ve ark., 2016). Diğer bir çalışmada da ikincil inme korunma eğitimi sonrası ilaç uyumu açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmadığı, girişim grubunda antitrombotik ve antihipertansif ilaçlar hakkında bilgi düzeyinde anlamlı düzeyde artma olduğu, bilgi düzeyindeki artışın ilaç uyumunda artışa yol açmadığı saptanmıştır (İltuş, 2018). Kronik Bakım Modeli’ne temellendirilmiş eğitimin ve telefonla izlemin, bireylerin ilaçlarını düzenli ve uygun dozda almaları ve doktora danışmadan ilaçlarını bırakmamaları gerektiği konusundaki farkındalık düzeylerine olumlu katkılar sağladığı düşünülmektedir. Özellikle antiagregan ilaçların doktora danışılmadan bırakılması tekrarlı yatışlara neden olabileceği için, sağlık kurumlarında ilaca uyumla ilgili tele-izlem uygulamalarının yerleştirilmesinin tekrarlayan inmeleri önlemede katkı sağlayacağı ve modele ait özyönetim desteği bileşeninin uygulanabilir olduğu düşünülmektedir.

Girişim grubundaki hastalarda özyönetim kapsamında poliklinik randevularına uyduğunu belirtenlerin sıklığı, kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Kontrol grubundaki hastaların son üç aylık süre içerisinde inmeye özgü semptomlar nedeniyle acil servise başvuru sıklıkları ise girişim grubuna göre daha yüksek

bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.9). Amaca Ulaşma Kuramı'na dayalı ikincil inme korunma eğitiminin uygulandığı çalışmada hastaların inme tekrarı, inmeye bağlı ölümler ve hastaneye tekrarlı yatışlarının girişim grubunda kontrol grubuna göre daha az olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (İltuş, 2018). İnme geçiren hastalara yönelik özyönetim girişimlerinin uygulandığı bir çalışmada ise, girişim grubundaki hastalarda hastaneye yeniden yatış oranı taburculuktan 1. ve 3. ay sonra anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur (Chen ve ark., 2018). İnme sonrası bir yıl içerisindeki sağlık sonuçları ve sekonder önlemenin yeterli olup olmadığını ve üçüncü ayda hemşireler tarafından yürütülen girişimlerin etkinlik düzeyini değerlendiren bir çalışmada, inme sonrası sekonder önlemenin iyi bir şekilde kontrol edilemediği, hemşire önderliğindeki girişimlerin optimal düzeyde bir etkisinin olmadığı, girişim grubundaki hastaların sadece yönlendirmelere biraz daha az gereksinim duyduğu saptanmıştır (Jönsson ve ark., 2014). İnme sonuçlarıyla yaşayan bireylerin sadece fiziksel değerlendirmelere yönelik girişimlere değil, aynı zamanda danışmanlıklara da gereksinimi bulunmaktadır. Ülkemizde tekrarlayan inmeyi önlemeye yönelik sekonder önleme programlarına rastlanmamıştır. İsveç Ulusal İnme Bakımı Kılavuzlarına göre, sekonder korumanın genellikle birinci basamak hizmetlerde yer aldığı, bu nedenle inme ünitelerine bağlı polikliniklere genellikle bu tür girişimler için kaynak tahsis edilmediği vurgulanmıştır (Jönsson ve ark., 2014). Literatürde inme özyönetim programlarının kompleks müdahaleler olduğu, teorik bir temele dayanan girişimleri tasarlanmanın ise sistematik gelişmeye ve uygulamaya olanak sağladığı ve uygun sonuç göstergelerinin seçimi konusunda bilgi verdiği vurgulanmaktadır. Ayrıca bu programların, hedef davranışlardaki değişim mekanizmasını ve girişimler ile sonuçlar arasındaki ilişkiyi tahmin etmeye ve açıklamaya yardımcı olduğu belirtilmektedir (Lo ve ark., 2016). Bu nedenle, acil servise başvuru sıklığını ve tekrarlayan inmeleri azaltabilmek amacıyla, eğitim ve tele-izlem içeren özyönetim programlarının sağlık sistemine yerleştirilmesi gerekli görülmektedir.

Araştırmamızda Kronik Bakım Modeli'ne temellendirilmiş eğitim ve telefonla izleme dayalı gerçekleştirilen özyönetim stratejilerinin değerlendirilme sonuçlarında, girişim grubundaki bireylerin öz etkililik puanlarında ve inmeye ilişkin bilgi düzeylerinde artma olduğu, günlük yaşam aktivitelerinde daha aktif oldukları, BKI, HDL, LDL, total kolesterol ve trigliserid değerlerinde iyileşme olduğu bulunmuş,

ancak “inme bilgi düzeyi” dışındaki parametrelerde ve İnme Öz Etkililik Ölçeği sonuçlarında anlamlılık olmadığı için araştırmanın H_1 hipotezi (Kronik Bakım Modeli’ne temellendirilmiş eğitimin ve telefonla izlemin, girişim grubundaki iskemik inmeli hastalarda özyönetim becerisini artırmaya etkisi vardır) istatistiksel açıdan kısmen doğrulanmıştır. İnme fizyolojik ve psikolojik etkileri olan kronik bir hastalık olması nedeniyle, üç aylık izlemlerin olumlu etkilerinin olduğu, ancak sürenin yetersiz olduğu, davranışlara yönelik etkilerin 6 veya 12 aylık izlemlerle görülebileceği, araştırmanın izlem süresinin kısa olması nedeniyle öngörülen hipotezlerin tam olarak doğrulanamadığı düşünülmektedir.

5.2. İskemik İnme Geçiren Hastaların Yaşam Kalitesi

Araştırmamızda hem girişim hem de kontrol gruplarında, gruplar içerisindeki toplam ölçek puanı ile “aktiviteler”, “sosyal aile rolleri”, “dil”, “enerji” ve “düşünme” alt boyut puan ortalamalarının son testte ön teste göre artış gösterdiği ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Girişim ve kontrol grupları arasındaki yaşam kalitesi ölçek puan ortalamasının ön test ve son test ölçümleri ele alındığında, toplam ölçek puanları ile tüm alt boyut puan ortalamaları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.11). Kronik Bakım Modeli temelli bir çalışmada, iskemik inme geçiren hastalara uygulanan kapsamlı bir taburculuk sonrası bakım yönetiminin yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla İÖYKÖ kullanılmış, çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde yaşam kalitesi üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Allen ve ark., 2009). İnme özyönetim programının uygulandığı bir çalışmada altı aylık süre sonunda inmeye özgü sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamış (Damush ve ark., 2016), diğer çalışmalara ise hastaların sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin iyileştirilmesinde potansiyel yararlar saptanmıştır (Lo ve ark., 2013; Tielemans ve ark., 2015). Amaca Ulaşma Kuramı’na dayalı ikincil inme korunma eğitiminin yapıldığı çalışmada yaşam kalitesi alanları açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadığı, girişim grubunda kontrol grubuna göre mobilite alanı ve yaşam kalitesi ölçeği toplam puanında anlamlı düzeyde artma olduğu saptanmıştır (İltuş, 2018). Ülkemizde gerçekleştirilen eğitim ve üç aylık telefonla izlem girişimlerinin uygulandığı çalışmada, araştırma kapsamına alınan hastaların büyük çoğunluğunun orta derecede bağımlı olduğu saptanmış, inme geçiren hastaların İÖYKÖ ve İÖYKÖ dil alt boyutu dışındaki tüm

alt boyut puan ortalamaları, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Topçu, 2017). Araştırmamızda ise araştırma kapsamına alınan bireylerin çoğunlukla inme şiddetinden fazla etkilenmemiş ve tam bağımsız bireylerden oluşması, bu nedenle günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilecek seviyede olması nedeniyle “aktiviteler, sosyal aile rolleri, enerji” alanlarına ilişkin puan ortalamalarının uygulanan girişimden bağımsız olarak her iki grupta kendi içerisinde zamanla artmış olabileceği düşünülmektedir. Araştırmanın üç aylık bir süreyi kapsamaması nedeniyle, inme geçiren hastaların inmenin olumsuz etkilerinden kurtulabilmeleri ve yaşam kalitelerinin iyileşebilmesi için sürenin yetersiz olduğu düşünülmektedir. Kronik Bakım Modeli'nin tüm bileşenlerinin multidisipliner bir ekiple uygulanması gerektiği öngörülmektedir. Araştırma bulgularımızda girişim grubundaki yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları ve toplam ölçek puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha yüksek olması, girişim grubunda ön test ve son testteki “aktiviteler”, “sosyal aile rolleri”, “dil”, “vizyon”, “enerji”, “düşünme” alt boyutları ve toplam ölçek puan ortalaması arasındaki ilişkilerin anlamlı olması nedeniyle, araştırmanın H₁ hipotezi (Kronik Bakım Modeli'ne temellendirilmiş eğitimin ve telefonla izlemin, girişim grubundaki iskemik inmeli hastalarda yaşam kalitesini artırmaya etkisi vardır) kısmen doğrulanmıştır.

5.3. İskemik İnme Geçiren Hastaların Memnuniyet Düzeyi

Araştırmamızda StrokeCARE girişim protokolü çıktıları kapsamında hasta memnuniyeti değerlendirilmiş girişim grubundaki hastaların KHBDÖ toplam puan ortalaması, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.12). Taburculuk öncesi eğitim ve üç aylık süreçte telefonla izlemlerin gerçekleştirildiği benzer bir çalışmada, hastaların tedavi hizmetleri ile ilgili memnuniyet düzeylerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir iyileşme saptanmıştır (Eames ve ark., 2013). İnme hastalarıyla yapılan başka çalışmalarda da hastaların bireyselleştirilmiş bir bakım programdan memnuniyet düzeylerinin arttığı, günlük aktiviteleri yerine getirebilme düzeylerinin memnuniyetle ilişkili olduğu ve özyönetim davranış performansları ile ilgili memnuniyet düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede iyileşme gösterdiği saptanmıştır (Arts ve ark., 2008; Lo ve ark., 2018). Araştırmamızda, Kronik Bakım Modeli'nin “özyönetim desteği ve karar verme” bileşenlerine göre gerçekleştirilen stratejilerin, hastaların memnuniyet düzeyini artırdığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda girişim grubundaki hastaların son üç aydır hastalığı ile ilgili aldığı tedavi ve bakımdan memnun olma sıklığı (%83.3), kontrol grubundaki hastalara (%55.2) göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.13). Girişim grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun eğitim kitapçığından (%86.7), telefonla izlemenden (93.3) ve kısa mesaj gönderiminden (%96.7) memnun oldukları saptanmıştır (Tablo 4.14). Çok yönlü inme tele-rehabilitasyon müdahalesinin düşme ile ilişkili öz etkililik ve bakım memnuniyeti üzerine etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada, altıncı ayda hastaların hastane bakımından memnuniyetinde istatistiksel olarak anlamlı iyileşme saptanmış, düşme ile ilişkili öz etkililik düzeyinde ise bir gelişme olmadığı saptanmıştır (Chumbler ve ark., 2015). İnme geçiren hastalarda taburculuk planı programının hasta memnuniyetine olan etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada, kontrol grubu içerisinde anlamlı farklılık saptanmazken, girişim grubu içerisinde ön test ve son test arasında çok güçlü ve anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu, ancak iki grup arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır (Simbolon ve ark., 2019). İskemik inme geçiren hastalarda Kronik Bakım Modeli kapsamında gerçekleştirilen girişimlerin hastaların hastalıkla ilişkili bilgi düzeylerinin artmasına, yanlış olan bilgileri konusunda farkındalık kazanmalarına, doğru yönlendirmeler sayesinde zaman kaybı yaşamadan uygun tedavi ve bakım hizmeti almalarına ve memnuniyet düzeylerinin artmasına katkı sağladığı düşünülmektedir. Araştırmanın bulguları doğrultusunda H_1 hipotezi (Kronik Bakım Modeli'ne temellendirilmiş eğitimin ve telefonla izlemin, girişim grubundaki iskemik inmeli hastalarda, hasta memnuniyetini artırmaya etkisi vardır) doğrulanmaktadır.

5.4. Özyönetim, Yaşam Kalitesi ve Memnuniyet Arasındaki İlişki

Araştırmamızda İÖEÖ ile İÖYKÖ ve İÖEÖ ile MBI arasında pozitif yönde ve orta düzeyde bir korelasyon saptanmıştır. Diğer yandan, MBI puanı ile İÖYKÖ ve İÖYKÖ'ye ait "aktiviteler", "sosyal aile rolleri", "dil", "enerji", "düşünme" alt boyutları arasında da pozitif yönde ve orta düzeyde bir korelasyon olduğu görülmüştür (Tablo 4.15). Bu sonuçlar, ölçekler arasında anlamlı bir korelasyon ilişkisi olduğunu göstermekle birlikte, hastaların bağımsızlık düzeyleri arttıkça öz etkililik düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin de arttığını, aynı zamanda öz etkililik düzeyleri arttıkça yaşam kalitelerinin de arttığını göstermektedir. Araştırmamızda İÖEÖ ile KHBDÖ arasında ise pozitif yönde zayıf düzeyde bir korelasyon olduğu

saptanmıştır (Tablo 4.15). Bu sonuçlar, hastaların öz etkililik düzeyleri arttıkça memnuniyetlerinin de arttığını göstermektedir.

Araştırmamızda İÖEÖ bağımlı değişkenine etki eden bağımsız değişkenlerin MBI'nın “ambulasyon, beslenme, kişisel bakım, tuvalete oturup kalkma” alt boyutları, İÖYKÖ ile İÖYKÖ'nün “vizyon” ve “enerji” alt boyutları olduğu saptanmıştır (Tablo 4.16). İnme geçiren hastalarla gerçekleştirilen bir çalışmada, bireyselleştirilmiş bakım programından memnun olmayan hastaların yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamalarının, memnun olan hastalardan daha düşük olduğu saptanmış, regresyon analizinden sonra, sadece Barthel İndeksi bağımsız olarak memnuniyetle ilişkilendirilmiştir (Arts ve ark., 2008). İnme geçiren hastalarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ile ilişkili faktörleri değerlendiren bir çalışmada ise, fonksiyonel durum ve depresyon, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini etkileyen bağımsız faktörler olarak tanımlanmıştır (Abubakar ve Isezuo, 2012). Literatürde tüm bu özyönetim ve yaşam kalitesi iyileştirme girişimlerinin, hastaların bakım hizmetinden memnuniyetlerini de artırdığı düşünülmektedir (Lo ve ark., 2013; Chumbler ve ark., 2015; Tielemans ve ark., 2015; Chen ve ark., 2018).

StrokeCARE girişim protokolü kapsamında uygulanan Kronik Bakım Modeli'ne temellendirilmiş eğitimin ve telefonla izlemin fiziksel sonuçlarda, yaşam kalitesinde ve memnuniyet düzeylerinde olumlu etkileri olduğu görülmektedir. Fiziksel parametrelerden HDL, LDL, total kolesterol, trigliserid düzeylerinde olumlu gelişmeler, BKİ ve günlük yaşam aktiviteleri bağımsızlık düzeylerinde iyileşmeler, yaşam kalitesi ölçeği ve ölçek alt boyutlarından “aktiviteler, sosyal aile rolleri, dil, vizyon, enerji, düşünme” alanlarında olumlu değişiklikler, inme bilgi düzeyi ile ilgili olumlu geribildirimlerde ve hasta memnuniyetinde anlamlı değişiklikler bulunmuştur. Bu nedenle araştırmanın H₁ hipotezi (Kronik Bakım Modeli'ne temellendirilmiş eğitimin ve telefonla izlem uygulanan girişim grubundaki iskemik inmeli hastaların özyönetim becerileri, yaşam kaliteleri ve memnuniyet düzeyleri ile kontrol grubundaki hastalar arasında farklılıklar vardır) kısmen doğrulanmıştır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde Kronik Bakım Modeli'ne temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlem girişim protokolünün (StrokeCARE) uygulandığı araştırmanın sonuç ve önerileri yer almaktadır. İskemik inme geçiren hastalarda Kronik Bakım Modeli'ne temellendirilmiş eğitimin ve telefonla izlemin özyönetim, yaşam kalitesi ve memnuniyet üzerindeki etkilerinin saptanması amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Sonuçlar

Kronik Bakım Modeli'ne temellendirilmiş eğitimin ve telefonla izlemin;

- ❖ İskemik inme geçiren hastaların özyönetim düzeyleri ile ilgili “HDL, LDL, total kolesterol, trigliserid düzeyi, BKI, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeyi, inme bilgi düzeyi / hızlıca acil servise başvuru gerektiren inme belirtileri / inmenin tekrarlamasına neden olabilecek riskli davranışları bilme durumları ve fiziksel sorunlarla baş etme yolları ile ilgili” alanlarda olumlu gelişme sağladığı,
- ❖ Yeni bir inme riskinin önlenmesi açısından bilgi düzeyini artırdığı ve farkındalık oluşturduğu,
- ❖ İskemik inme geçiren hastaların beslenme önerileri ve kilo kontrolü ile düzenli ilaç kullanımına ilişkin eğitim gereksinimlerinin fazla olduğu,
- ❖ İskemik inme geçiren hastalarda ilaçların zamanında ve uygun dozda alınması, düzenli sağlık kontrollerine gidilmesi, diyetle uyum, sigarayı bırakma gibi optimal sağlık davranışlarını güçlendirmede katkı sağladığı,
- ❖ İskemik inme geçiren hastalarının yaşam kalitelerinde ve yaşam kalitesi alt boyutlarının “aktiviteler, sosyal aile rolleri, dil, vizyon, enerji, düşünme” alanlarında olumlu iyileşme sağladığı,
- ❖ İskemik inme geçiren hastaların memnuniyetlerini arttırmaya etkisi olduğu,
- ❖ İskemik inme geçiren hastaların büyük çoğunluğunun eğitim kitapçığından, telefonla izlemden ve kısa mesaj gönderiminden memnun kaldığı,

- ❖ İskemik inme geçiren hastaların bağımsızlık düzeyleri arttıkça özyönetim, yaşam kalitesi ve memnuniyet düzeylerinin arttığı bulunmuştur.
- ❖ İskemik inme geçiren hastalarda modelin özellikle “sağlık hizmetleri sunum planı, özyönetim desteği, karar verme desteği ve klinik bilgi sistemleri” bileşenleri doğrultusunda uygulanabilir olduğu belirlenmiştir.

Öneriler

Çalışma süreci ve elde edilen sonuçlara dayanarak uygulamaya ve araştırmacılara yönelik aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

Uygulamaya Yönelik Öneriler

- ❖ Araştırma kapsamında oluşturulan eğitim kitapçığının Nöroloji Kliniklerinde yatan inme geçiren hastaların taburculuk öncesi eğitiminde kullanılması ve kitapçığın taburculuk sırasında hastalara verilmesi,
- ❖ İskemik inme geçiren hastalarda bağımsızlık düzeyinin iyileştirilmesi, beslenme önerileri, kilo kontrolü, düzenli ilaç kullanımına yönelik hemşirelik girişimlerinin artırılması,
- ❖ Taburculuk sonrası dönemde sekonder inmeyi ve hastaların tekrarlı yatışlarını önlemek için özyönetim davranışlarını artırmaya yönelik telefonla takip programlarının oluşturulması ve hastaların bu sistem sayesinde danışmanlık hizmeti alabilmesi,
- ❖ İskemik inme geçiren hastaların inme risk faktörleri ile ilişkili farkındalık düzeylerinin ve özyönetim becerilerinin artırılması, yaşam kalitelerinin ve memnuniyet düzeylerinin yükseltilmesi için Kronik Bakım Modeli temeline dayanan multidisipliner bir ekiple eğitimin ve telefonla izlemin yapılması önerilmektedir.

Araştırmacılara Yönelik Öneriler

- ❖ StrokeCARE girişim protokolü kapsamında Kronik Bakım Modeli'ne temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlemin özyönetim, yaşam kalitesi, hasta memnuniyeti üzerine etkisini inceleyen ve izlem süresi üç aydan fazla olan randomize kontrollü çalışmaların gerçekleştirilmesi,
- ❖ İskemik inme geçiren hastalarda inme risk faktörlerinin kontrolüne ve tekrarlayan inmeleri önlemeye yönelik tele-izlem çalışmalarının yapılması,
- ❖ İnme özyönetimini değerlendiren ve kullanışlı olduğu kanıtlanmış olan inme özyönetim araçlarına yönelik Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının yapılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

Abubakar SA, Isezuo SA. Health related quality of life of stroke survivors: Experience of a stroke unit. *International Journal of Biomedical Science*. 2012; 8:183–187.

Acar A, Uzar E, Çevik MU, Yücel Y, Cansever S, Arıkanoğlu A, ve ark. İskemik inmeli genç hastaların demografik, etiyolojik ve risk faktörleri. *Düzce Tıp Dergisi*. 2012; 14:32-36.

Allen KR, Hazelett S, Jarjoura D, Wickstrom GC, Hua K, Weinhard J, et al. Effectiveness of a postdischarge care management model for stroke and transient ischemic attack: A randomized trial. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2002; 11:88-98.

Allen K, Hazelett S, Jarjoura D, Wright K, Clough L, Weinhardt J. Improving stroke outcomes implementation of a post discharge care management model. *The Journal of Clinical Outcomes Management*. 2004; 11:707-714.

Allen K, Hazelett S, Jarjoura D, Hua K, Wright K, Weinhardt J, Kropp D. A randomized trial testing the superiority of a postdischarge care management model for stroke survivors. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2009; 18:443-452.

Alkan N, Terzi Y, Alkan BB. Logrank testi için güç analizi ve örnek genişliğinin hesaplanması. *International Anatolia Academic Online Journal, Scientific Science*. 2015; 3:19-28.

Andersen HE, Schultz-Larsen K, Kreiner S, Forchhammer BH, Eriksen K, Brown A. Can readmission after stroke be prevented? Results of a randomized clinical study: A postdischarge follow-up service for stroke survivors. *Stroke*. 2000; 31:1038-1045.

Arts ML, Kwa VI, Dahmen R. High satisfaction with an individualised stroke care programme after hospitalisation of patients with a TIA or minor stroke: A pilot study. *Cerebrovascular Diseases*. 2008; 25:566-571.

Askim T, Langhammer B, Ihle-Hansen H, Gunnes M, Lydersen S, Indredavik B. Efficacy and safety of individualized coaching after stroke: the LAST Study (Life After Stroke): A pragmatic randomized controlled trial. *Stroke*. 2018; 49:426-432.

Aşiret GD, Kapucu S. İnmeli hastaların bakıcılarındaki bakım yükü. *Türk Nöroloji Dergisi*. 2013; 19:5-10.

Ateşman E. Türkçede okunabilirliğin ölçülmesi. *Dil Dergisi*. 1997; 58:71-74.

Aydın, N. Klinik karar destek sistemleri ve hemşirelikte kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2011; 8:59-63.

Bailey RR. Lifestyle modification for secondary stroke prevention. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2018; 12:140-147.

Barletta V, Profili F, Gini R, Grilli L, Rampichini C, Matarrese D, et al. Impact of Chronic Care Model on diabetes care in Tuscany: a controlled before-after study. *European Journal of Public Health*. 2017; 27:8-13.

Barlow J, Sturt J, Hearnshaw H. Self-management interventions for people with chronic conditions in primary care: Examples from arthritis, asthma and diabetes. *Health Education Journal*. 2002; 61:365–378.

Baune B, Aljeesh Y, Bender R. Factors of non-compliance with the therapeutic regimen among hypertensive men and women: A case-control study to investigate risk factors of stroke. *European Journal of Epidemiology*. 2005; 20:411–419.

Baykara ZG, Çalışkan N, Öztürk D, Karadağ A. Hemşirelikte teori ve model kullanımı: Nitel bir çalışma. *Cukurova Medical Journal*. 2019; 44:281-289.

Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, Chopra M, Ebrahim S, et al. Improving the prevention and management of chronic disease in low income and middle-income countries: A priority for primary health care. *Lancet*. 2008; 372:940-949.

Benjamin E, Muntner P, Alonso A, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP et al. Heart disease and stroke statistics-2019 Update. A report from the American Heart Association. *Circulation*. 2019; 139:56–528.

Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*. 2002a; 288:1775-1779.

Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care with chronic illness: The chronic care model, part 2. *JAMA*. 2002b; 288:1909-1914.

Boyacıoğlu NE. Yaşlıya bakım veren bireylerde hemşirelik bakımının etkinliği. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2015, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Y Kutlu).

Bushnell CD, Olson DM, Zhao X, Pan W, Zimmer LO, Goldstein LB, et al. Secondary preventive medication persistence and adherence 1 year after stroke. *Neurology*. 2011; 77:1182-1190.

Cadilhac DA, Hoffmann S, Kilkenny M, Lindley R, Lalor E, Osborne RH, et al. A phase II multicentered, single-blind, randomized, controlled trial of the stroke self-management program. *Stroke*. 2011; 42:1673-1679.

Charnock D, Shepperd S, Needham G, Gan R. DISCERN: An instrument for judging the quality of written consumer health information on threatment. *Journal of Epidemiology and Community Health*.1999; 53:105-111.

Chaudhary D , Abedi V, Li J , Schirmer CM, Griessenauer CJ, Zand R. Clinical risk score for predicting recurrence following a cerebral ischemic event. *Frontiers in Neurology*. 2019; 10:1-12.

Chen PH, Gao S, Wang YJ, Xu AD, Li YS, Wang D. Classifying Ischemic Stroke, from TOAST to CISS. *CNS Neuroscience & Therapeutics*. 2012; 18:452-456.

Chen J, Jin W, Zhang XX, Xu W, Liu XN, Ren CC. Telerehabilitation approaches for stroke patients: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2015; 24:2660-2668.

Chen L, Chen Y, Chen X, Shen X, Wang Q, Sun C. Longitudinal study of effectiveness of a patient-centered self-management empowerment intervention during pre-discharge planning on stroke survivors. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2018; 15:197-205.

Cheng EM, Cunningham WE, Towfighi A, Sanossian N, Bryg RJ, Anderson TL, et al. Randomized, controlled trial of an intervention to enable stroke survivors throughout the Los Angeles County safety net to "stay with the guidelines". *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*. 2011; 4:229-234.

Cheng EM, Cunningham WE, Towfighi A, Sanossian N, Bryg RJ, Anderson TL, et al. Efficacy of a Chronic Care–Based intervention on secondary stroke prevention among vulnerable stroke survivors. A randomized controlled trial. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*. 2018; 11:1-10

Chumbler NR, Li X, Quigley P, Morey MC, Rose D, Griffiths P, et al. A randomized controlled trial on Stroke telerehabilitation: The effects on falls self-efficacy and satisfaction with care. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2015; 21:139-143.

Cohen J. The analysis of variance. In *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Second edition. Lawrence Erlbaum Associates. 1988, p:274-87.

Damush TM, Myers L, Anderson JA, Yu Z, Ofner S, Nicholas G, et al. The effect of a locally adapted, secondary stroke risk factor self-management program on medication adherence among veterans with stroke/TIA. *Translational Behavioral Medicine*. 2016; 6:457-68.

Demirağ SA. Kronik hastalıklar ve yaşam kalitesi. *Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi*. 2009; 1:58-65.

Demirağ, A.S. Kronik hastalıklar ve yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri Family Medicine - Special Topics*. 2015; 6:6-9.

Dennis SM, Harris M, Lloyd J, Powell Davies G, Faruqi N, Zwar N. Do people with existing chronic conditions benefit from telephone coaching? A rapid review. *Australian Health Review*. 2013; 37:381-388.

Dorr DA, Wilcox A, Burns L, Brunner CP, Narus SP, Clayton PD. Implementing a multi disease chronic care model in primary care using and technology. *Disease Management*. 2006; 9:1-16.

Duman T, Dede HÖ. İnmeye ait prognostik faktörler: Hastaya ait faktörlerin gözden geçirilmesi. *Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi*. 2010; 16:7-16.

Eames S, Hoffmann T, Worrall L, Read S, Wong A. Randomised controlled trial of an education and support package for stroke patients and their carers. *BMJ Open* 2013; 3:1-9.

Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care*. 2004; 13:299-305.

Ergene O, Akyıldız Zİ. Yaşlılarda atriyal fibrilasyon ve antikoagülasyon. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2010; Supplement 2:55-62.

Fawcett J. *Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evolution of Nursing Models and Theories*. 2th ed. Philadelphia: Fa Davis Company; 2005: 364-437.

Fens M, Beusmans G, Limburg M, vanHoef L, van Haastregt J, Metsemakers J, et al. A process evaluation of a stroke-specific follow-up care model for stroke patients and caregivers: A longitudinal study. *BMC Nursing*. 2015; 14:3.

Geng G, He W, Ding L, Klug D, Xiao Y. Impact of transitional care for discharged elderly stroke patients in China: an application of the Integrated Behavioral Model. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2019; 26:621-629.

Geyman JP. Disease management: Panacea, another false hope, or something in between? *The Annals of Family Medicine*. 2007; 5:257-260.

Glader EL, Sjolander M, Eriksson M, Lundberg M. Persistent use of secondary preventive drugs declines rapidly during the first 2 years after stroke. *Stroke*. 2010; 41:397-401.

Glasgow RE, Orleans TC, Wagner EH. Does the Chronic Care Model serve also as a template for improving prevention? *The Milbank Quarterly*. 2001; 79:579-612.

Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahoney LD, Reid RJ, Greene SM. Development and validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC). *MedicalCare*. 2005; 43:436-444.

Gökdoğan F. Etkili bir hasta iletişimi için araç geliştirme: Yazılı materyallerin uygunluğunun değerlendirilmesi (DISCERN). *Onkoloji Hemşireliği Derneği Bülteni*. 2003; 16-17:8-16.

Hakverdioğlu GY. İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2009, İzmir (Danışman: Prof. Dr. L Khorshid).

Hakverdioğlu-Yönt G, Khorshid L. Turkish version of The Stroke-Specific Quality of Life Scale. *International Nursing Review*. 2012; 59:274-280.

Han SW, Bushnell CD. Stroke secondary medication persistence and risk for hospital readmission within 90 days after discharge. *Journal of Neurology and Neuroscience*. 2016; 7:87-97.

Haskett T. Chronic illness management: Changing the system. *Home Health Care Management Practice*. 2006; 18:492-496.

Heron N, Kee F, Cardwell C, Tully MA, Donnelly M, Cupples ME. Secondary prevention lifestyle interventions initiated within 90 days after TIA or 'minor' stroke: a systematic review and meta-analysis of rehabilitation programmes. *British Journal of General Practice*. 2017; 67:57-66.

Hung DY, Rundall TG, Tallia AF, Cohen DJ, Halpin HA, Crabtree BF. Rethinking prevention in primary care: Applying the Chronic Care Model to address health risk behaviors. *The Milbank Quarterly*. 2007; 85:69-91.

Hutchison AJ, Breckon JD. A review of telephone coaching services for people with long-term conditions. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2011; 17:451-458.

Indredavik B, Fjaertoft H, Ekeberg G, Løge AD, Mørch B. Benefit of an extended stroke unit service with early supported discharge: A randomized, controlled trial. *Stroke*. 2000; 31:2989-2994.

International Council of Nurses (ICN) (2010). *Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care*, 1-69.

Irewall AL, Ögren J, Bergström L, Laurell K, Söderström L, Moee T. Nurse-led, telephone-based, secondary preventive follow-up after stroke or transient ischemic attack improves blood pressure and LDL cholesterol: Results from the first 12 months of the randomized, controlled NAILED stroke risk factor trial. *PloS One*. 2015;10: 1-14.

İltuş, F. Amaca ulaşma kuramına dayalı ikincil inme korunma programının etkinliğinin incelenmesi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Programı, Doktora Tezi, İZMİR, 2018.

İnan FŞ, Üstün B, Bademli K. Türkiye’de kuram/modele dayalı hemşirelik araştırmalarının incelemesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;16: 132-139.

İncirkuş K, Nahcivan NÖ. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu’nun Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2011;4: 102-109.

İncirkuş K, Nahcivan NÖ. Kronik hastalık yönetimi için bir rehber: Kronik Bakım Modeli. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2015;23: 66-75.

Jones F, Partridge C, Reid F. The Stroke Self-Efficacy Questionnaire: Measuring individual confidence in functional performance after stroke. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17: 244-252.

Jones F, Riazi A. Self-efficacy and self-management after stroke: A systematic review. *Disability and Rehabilitation*. 2011; 33: 797-810.

Jones F, Riazi A, Norris M. Self-management after stroke: Time for some more questions? *Disability and Rehabilitation*. 2013; 35: 257-264.

Jönsson AC, Höglund P, Brizzi M, Pessah-Rasmussen H. Secondary prevention and health promotion after stroke: can it be enhanced? *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2014;23: 2287-95.

Kamal AK, Shaikh Q, Pasha O, Azam I, Islam, M et al. A randomized controlled behavioral intervention trial to improve medication adherence in adult stroke patients

with prescription tailored Short Messaging Service (SMS)-SMS4Stroke study. BMC Neurology. 2015; 15: 1-11.

Karaman S, Karadakovan A. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2015;31: 1-10.

Karaman E, Turtay MG, Çolak, C, Oğuztürk H, Gürbüz S, Kamışlı S, ve ark. İskemik inmede risk faktörleri ve etkileri. Journal of Turgut Ozal Medical Center. 2015;22: 225–230.

Keskin AO, Uncu G, Tanburoğlu A, Adapınar DÖ. Yaşlanma ve yaşlılıkla ilgili nörolojik hastalıklar. Osmangazi Tıp Dergisi. 2016; 38: 75-82.

Kılıç S. Etki büyüklüğü. Journal of Mood Disorders. 2014;4: 44-46.

Kılıç Z. İnmeli hastalarda santral ağrı değerlendirilmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul 2009.

Kline RB. Principles and practise of structural equation modeling. Third Edition. New York: Guilford Press; 2011, p:60.

Koç A. İnmede günlük yaşam aktiviteleri. Gülhane Tıp Dergisi. 2012;54: 254-260.

Korpershoek C, Van der Bijl J, Hafsteinsdottir TB. Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: A systematic review. Journal of Advanced Nursing. 2011;67: 1876-1894.

Kumsar KA, Yılmaz TF. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2014;2: 62-70.

Küçükdeveci AA, Yavuzer G, Tennant BA, Süldür N, Sonel B, Arasıl T. Adaptation of the modified Barthel index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine. 2000;32: 87-92.

Küçükdeveci AA. Rehabilitasyonda yaşam kalitesi. Türk Fiz Tıp Rehab Derg. 2005;51: 23-29.

Leistner S, Benik S, Laumeier I, Ziegler A, Nieweler G, Nolte C, et al. Secondary prevention after minor stroke and tia - usual care and development of a support program. *PLoS One*. 2012; 7: e49985.

Leistner S, Michelson G, Laumeier I, Ahmadi M, Smyth M, et al. Intensified secondary prevention intending a reduction of recurrent events in TIA and minor stroke patients (INSPIRE-TMS): A protocol for a randomised controlled trial. *BMC Neurology*. 2013;13: 11-18.

Lennon S, McKenna S, Jones F. Self-management programmes for people post stroke: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*. 2013;27: 867–878.

Lo SHS, Chang AM, Chau JPC, Gardner GE. Theory-based self-management programs for promoting recovery in community-dwelling stroke survivors: A systematic review. *JBHI database of systematic reviews and implementation reports*. 2013;11: 157–215.

Lo SHS, Chang AM, Chau JPC. Study protocol: A randomised controlled trial of a nurse-led community-based self-management programme for improving recovery among community-residing stroke survivors. *BMC Health Services Research*. 2016;16: 1-10.

Lo SHS, Chang AM, Chau JPC. Stroke self-management support improves survivors' self-efficacy and outcome expectation of self-management behaviors. *Stroke*. 2018;49 :758-760.

Mahomed OH, Asmall S. Professional nurses' perceptions and experiences with the implementation of an integrated chronic care model at primary healthcare clinics in South Africa. *Curationis*. 2017;40: 1-6.

Mant J, Carter J, Wade DT, Winner S. Family support for stroke: A randomised controlled trial. *Lancet*. 2000;356: 808-813.

Martin CD, Thompson DR. Study sample size calculation. *Design and analysis of clinical nursing research studies*. Routledge. London; 2000, p:27-30.

McKenna S, Jones F, Glenfield P, Lennon S. Bridges self-management program for people with stroke in the community: A feasibility randomized controlled trial. *Int J Stroke*. 2015;10: 697-704.

Morais HC, Gonzaga NC, Aquino PS, Araujo TL. Strategies for self-management support by patients with stroke: Integrative review. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49: 134-141.

Moroz SAM. Improving chronic illness care: The Chronic Care Model. *Current Issues in Cardiac Rehabilitation and Prevention*. 2007;15: 2-5.

Morrison V, Pollard B, Johnston M, MacWalter R. Anxiety and depression 3 years following stroke: Demographic, clinical, and psychological predictors. *J Psychosomatic Restore*. 2005; 59: 209–213.

Northwood M, Skelly J. Improving continence care for older adults in the community: Chronic Care Model Mobilized. *Perspectives*. 2014;37: 15-23.

Norrving B, Barrick J, Davalos A, Dichgans M, Cordonnier C, Guekht A et al. Avrupa İnce İçin Eylem Planı 2018-2030. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi* 2019; 25(2): 54-85.

Osborn AG. Arterial Anatomy and Strokes. In: Renlund AR, ed. *Osborn's Brain: Imaging, Pathology, Anatomy*. 1st Edition. Amirsys Pres; 2013, 169-214.

Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *The New England Journal of Medicine*. 2005;353: 487-497.

Ömürbek N, Demirgubuz MÖ, Tunca MZ. Hastanelerdeki bilişim sistemlerinden klinik bilgi sistemlerinin kullanımına yönelik bir araştırma: Denizli ve Isparta örneği. *Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*. 2013;13: 301-328.

Özata M, Aslan Ş. Clinical decision support systems and model applications. *The Medical Journal of Kocatepe*. 2004;5: 11-17.

Öztürk ZE. LK İnme sonrası saptanan risk faktörlerinin morbidite ve mortalite üzerine etkisi. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, Uzmanlık Tezi, 2004, İstanbul (Doç. Dr. Ü Türk Börü).

Öztürk Y, Demir C, Gürsoy K, Koselerli R. What factors influence survival in stroke: Turkey case. *Value Health*. 2015;18: 401-402.

Peng B, Ni J, Anderson CS, Zhu Y, Wang Y, Pu C, et al. Implementation of a structured guideline-based program for the secondary prevention of ischemic stroke in China. *Stroke* 2014;45: 515-519.

Piatt GA, Zgibor JC. Current opinion in endocrinology. *Diabetes & Obesity*. 2007;14: 158-165.

Pringle J, Hendry C, McLafferty E. A review of the early discharge experiences of stroke survivors and their carers. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17: 2384-2397.

Redfern J, McKeivitt C, Wolfe C. Development of complex interventions in stroke care. A systematic review. *Stroke*. 2006; 37: 2410–2419.

Riazi A, Aspden T, Jones F. Stroke Self-efficacy Questionnaire: a Rasch-refined measure of confidence post stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2014; 46:406-412.

Robusto F, Bisceglia L, Petrarolo V, Avolio F, Graps E, Attolini E, et al. The effects of the introduction of a chronic care model-based program on utilization of healthcare resources: The results of the Puglia care program. *BMC Health Services Research*. 2018;18:377.

Rosemann T, Laux MD, Droesemeyer S, Gensichen J, Szecsenyi J. Evaluation of a culturally adapted German version of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) questionnaire in a sample of osteoarthritis patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2007;13: 806–813.

Rothman AA, Wagner EH. Chronic illness management: what is the role of primary care? *Annals of Internal Medicine*. 2003;138: 256-261.

Sarfo F, Treiber F, Gebregziabher M, Adamu S, Patel S, Nichols M, et al. PINGS (Phone-Based Intervention Under Nurse Guidance After Stroke): Interim results of a pilot randomized controlled trial. *Stroke*. 2018;49: 236-239.

Schepers VP, Visser-Meily AM, Ketelaar M, Lindeman E. Prediction of socialactivity 1 year poststroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2005;86: 1472–1474.

Sendall M, McCosker L, Crossley K, Bonner A. A structured review of chronic care model components supporting transition between healthcare service delivery types for older people with multiple chronic diseases. *Health Information Management Journal*. 2017;46:58-68.

Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1989;42: 703-709.

Simbolon S, Hamid AYS, Mustikasari, Besral. The effectiveness of discharge planning stroke patient due to hypertension to improve patient satisfaction and independence. *Enfermería Clínica*. 2019;29: 703-708.

Sit JW, Chair SY, Choi KC, Chan CW, Lee DT, Chan AW, et al. Do empowered stroke patients perform better at self-management and functional recovery after a stroke? A randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging*. 2016;11:1441-1450.

Sloma A, Backlund LG, Strender LE, Skånér Y. Knowledge of stroke risk factors among primary care patients with previous stroke or TIA: A questionnaire study. *BMC Family Practice*. 2010; 47:1-10.

Smith J, Forster A, House A, Knapp P, Wright JJ, Young J. Information provision for stroke patients and their caregivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008; 2: 1-86.

Spassova L, Vittore D, Droste DW, Rösch N. Randomised controlled trial to evaluate the efficacy and usability of a computerised phone-based lifestyle coaching system for primary and secondary prevention of stroke. *BMC Neurology*. 2016;16: 1-9.

Spence JD. Recent advances in preventing stroke recurrence. *F1000Research* 2017, 6:1-11.

Temur T. Okunabilirlik (readability) kavramı. *TÜBAR-XIII-/2003-Bahar*, 169-180.

Tielemans NS, Visser-Meily JM, Schepers VP, van de Passier PE, Port IG, Vloothuis JD, et al. Effectiveness of the Restore4Stroke self-management intervention "Plan ahead!": A randomized controlled trial in stroke patients and partners. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2015;47: 901-909.

Topçu S, Bölüktaş RP. İnmeli hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal desteğin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*. 2012; 29: 159-164.

Topçu S. İnmeli hastalarda öz etkililik ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İSTANBUL, 2017.

Topcu S, Oğuz, S. Translation and validation study for Stroke Self-Efficacy Questionnaire in Turkish stroke survivors. *Journal of Nursing and Care*. 2017;6: 1.

Towfighi A, Cheng EM, Ayala-Rivera M, McCreath H, Sanossian N, Dutta T, et al. Randomized controlled trial of a coordinated care intervention to improve risk factor control after stroke or transient ischemic attack in the safety net:Secondary stroke prevention by Uniting Community and Chronic care model teams Early to End Disparities (SUCCEED). *BMC Neurology*. 2017; 17:24.

Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A meta- analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *American Journal of Managed Care*. 2005;11: 478-488.

Tsivgoulis G, Psaltopoulou T, Wadley VG, Alexandrov AV, Howard G, Unverzagt FW, et al. Adherence to a Mediterranean diet and prediction of incident stroke. *Stroke*. 2015;46:780-785.

Turgut C. İskemik inmede risk faktörleri ve TOAST sınıflaması. T.C. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2005.

Utku U, Çelik, Y. İnmede etyoloji, sınıflandırma ve risk faktörleri. İçinde: Sevin Balkan S, ed. Serebrovasküler Hastalıklar. Ankara: Öncü Basımevi; 2009, s: 51-62.

Ünlü Z, Kartal NM. İnmede erken dönem rehabilitasyon. ODÜ Tıp Dergisi/ODU Journal of Medicine. 2016;3:84-88.

Varney JE, Weiland TJ, Inder WJ, Jelinek GA. Effect of hospital-based telephone coaching on glycaemic control and adherence to management guidelines in type 2 diabetes, a randomised controlled trial. Internal Medicine Journal. 2014;44: 890-897.

Van Schaik SM, Van den Berg-Vos RM, Weinstein HC, Bosboom WM. Limited efficacy of a long-term secondary prevention program in ischemic stroke and transient ischemic attack patients. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases. 2015;24:1378-1382.

Wagner E. Care of older people with chronic illness. In: Calkins E, Coult C, Wagner E, Pacala J, eds. New Ways To Care For Older People: Building Systems Based On Evidence. New York: Springer Publishing; 1999, p:38-64.

Wagner EH The role of patient care teams in chronic disease management. BMJ. 2000;320: 569-572.

Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. Health Aff (Millwood). 2001;20: 64-78.

Wagner EH. Chronic disease care. BMJ. 2004;328: 177-178.

Wan LH, Zhang XP, Mo MM, Xiong XN, Ou CL, You LM, et al. Effectiveness of goal-setting telephone follow-up on health behaviors of patients with ischemic stroke: a randomized controlled trial. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases. 2016;25 :2259-2270.

Williams LS, Weinberger M, Haris LE, Clark DO, Biler J. Development of a stroke-specific quality of life. Stroke. 1999;30: 1362-1369.

Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force

for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *Journal of Hypertension*. 2018;36: 1953-2041.

Wilkinson PR, Wolfe CD, Warburton FG, Rudd AG, Howard RS, Ross-Russell RW. A Long-term follow-up of stroke patients. *Stroke*. 1997;28: 507-512.

Wolf TJ, Baum CM, Lee D, Hammel J. The development of the improving participation after stroke self-management program (IPASS): An exploratory randomized clinical study. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2016;23: 284-292.

Wong FK, Yeung SM. Effects of a 4-week transitional care programme for discharged stroke survivors in Hong Kong: A randomised controlled trial. *Health Soc Care Community*. 2015; 23: 619-631.

Xu J, Zhao X, Wang Y, Wang C, Liu L, Sun B, et al. Impact of a better persistence with antihypertensive agents on ischemic stroke outcomes for secondary prevention. *PLoS ONE*. 2013;8: 65233.

Yalın H. İnme sonrası hastaların fonksiyonel durum, engellilik ve yaşam kaliteleri. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2011, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. N Sabuncu).

Zaim, H., Tarım, M. Hasta memnuniyeti: kamu hastaneleri üzerine bir alan araştırması. *Sosyal Siyaset Konferansları*. 2010;2: 1-24.

EK 1

ARAŞTIRMA ZAMAN AKIŞ ÇİZELGESİ

	2016			2017												2018												2019												2020								
İşlem Basamakları	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1								
Literatür inceleme	√	√	√																																				√	√	√	√						
Araştırma deseninin seçimi		√	√																																													
Tez önerisi					√																																											
Düzeltilmelerin yapılması - İzinlerin alınması				√	√																																											
Eğitim içeriğinin oluşturulması ve revizyonu					√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√																											
Uzman görüşlerinin alınması																	√	√																														
Ön uygulama ve ön uygulamanın değerlendirilmesi																							√																									
Girişim ve kontrol grubu ön test uygulanması																								√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		
İzlem																																																
Girişim ve kontrol grubuna son test uygulanması																																																
Veri girişi, istatistiksel analiz ve değerlendirme																																																
Tez raporunun yazımı																																																

EK 2

İSKEMİK İNME GEÇİREN HASTALARDA KRONİK BAKIM MODELİ'NE TEMELLENDİRİLMİŞ EĞİTİMİN VE TELEFONLA İZLEMİN ÖZYÖNETİME, YAŞAM KALİTESİNE VE HASTA MEMNUNİYETİNE ETKİSİ

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (GİRİŞİM GRUBU)

Sayın Katılımcı,

Bu araştırmanın amacı; tıkrayıcı tip inme geçiren hastalarda hastalığı yönetme ile ilgili “eğitim ve telefonla izlem” girişimlerinin özyönetime, yaşam kalitesine ve hasta memnuniyetine etkisinin değerlendirilmesidir. Bu amaç doğrultusunda, sizlere kişisel bilgilerinizi ve hastalığınıza bağlı yaşadığınız belirtileri içeren bir soru formu uygulanacak ve hastalık yönetiminizi değerlendirmek için özyönetiminiz, yaşam kaliteniz ve bakım memnuniyetiniz ile ilgili sorular sorulacaktır. Bu soruların uygulanması yaklaşık 20 dakika sürecektir. Ardından araştırmacı tarafından size hastalık yönetiminize ilişkin ortalama 30-45 dakika taburculuk eğitimi verilecektir. Eğitim sonunda size yaşamınızı kolaylaştırabilecek tarzda, inme hastalığına yönelik bilgiler içeren bir eğitim kitapçığı verilecektir. Görüşme sonrasında kan basıncınız ölçülecek, boy ve kilonuz değerlendirilecek ve bazı kan değerleriniz bilgisayar sisteminden öğrenilecektir. Taburculuk sonrasında inme hastalığınız için eğitim kitapçığında belirtilen uygulamaları yapmanız beklenmektedir. Ayrıca, taburculuğunuz sonrasındaki 7. gün, 15. gün, 1. ay ve 2. ayda telefon görüşmesi aracılığıyla yaşadığınız sorunlar ve sağlıkla ilişkili yaşam tarzınıza yönelik değerlendirme yapılacak ve gereksinim duyulan alanlarda size verilen eğitim kitapçığı doğrultusunda hastalık yönetiminizle ilgili önerilerde bulunulacaktır. Aklınıza takılan soruları araştırma süresince araştırmacı sizi telefonla aradığı zaman araştırmacıya iletebilirsiniz. Hastalığınızı kontrol edebilmeniz için araştırma süresince toplam 7 adet bilgilendirici SMS atılacaktır. Ayrıca 3. ay sonunda Nöroloji Polikliniği'ne kontrole geldiğinizde ilk görüşmede sorulan sorular tekrarlanacak ve memnuniyet düzeyinizi belirlemeye yönelik bir ölçek (soru formu) uygulanacaktır. Bu sürede kan basıncı ölçümü, boy ve kilo değerlendirmesi yapılacaktır. Kontrollere geldiğiniz tarihe ait olan bazı kan değerleriniz (HDL-LDL, total kolesterol, trigliserid, HbA1c, PT, APTT, INR) Akdeniz Üniversitesi Hastanesi bilgisayar sisteminden öğrenilecektir. Çalışma sonuçları daha sonra bilimsel dergilerde ya da kongrelerde sunulabilir. Görüşme için herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz ve katıldığınız takdirde istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz. Çalışmaya katılmazsanız tedavinizde herhangi bir aksama olmayacaktır. Katıldığımız için teşekkür ederiz.

Arş. Gör. Simge KALAV

Bilgilendirilmiş Onam Formunu okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

EK 3

İSKEMİK İNME GEÇİREN HASTALARDA KRONİK BAKIM MODELİ'NE TEMELLENDİRİLMİŞ EĞİTİMİN VE TELEFONLA İZLEMİN ÖZYÖNETİME, YAŞAM KALİTESİNE VE HASTA MEMNUNİYETİNE ETKİSİ

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (KONTROL GRUBU)

Sayın Katılımcı,

Bu araştırmanın amacı; tıkaçıcı tip inme geçiren hastalarda hastalığı yönetme ile ilgili girişimlerin özyönetime, yaşam kalitesine ve hasta memnuniyetine etkisinin değerlendirilmesidir. Bu amaç doğrultusunda, sizlere kişisel bilgilerinizi ve hastalığınıza bağlı yaşadığınız belirtileri içeren bir soru formu uygulanacak ve hastalık yönetiminizi değerlendirmek için özyönetiminiz, yaşam kaliteniz ve bakım memnuniyetiniz ile ilgili sorular sorulacaktır. Bu soruların uygulanması yaklaşık 20 dakika sürecektir. Görüşme sonrasında kan basıncınız ölçülecek, boy ve kilonuz değerlendirilecek ve bazı kan değerleriniz bilgisayar sisteminden öğrenilecektir. Ayrıca taburculuk sonrası 3. ayda Nöroloji Polikliniği'ne kontrole geldiğinizde ilk görüşmede sorulan sorular tekrarlanacak ve memnuniyet düzeyinizi belirlemeye yönelik bir ölçek (soru formu) uygulanacaktır. Bu sürede kan basıncı ölçümü, boy ve kilo değerlendirmesi yapılacaktır. Kontrollere geldiğiniz tarihe ait olan bazı kan değerleriniz (HDL-LDL, total kolesterol, trigliserid, HbA1c, PT, APTT, INR) Akdeniz Üniversitesi Hastanesi bilgisayar sisteminden öğrenilecektir. Çalışmanın bitiminde size yaşamınızı kolaylaştırabilecek tarzda inme hastalığına yönelik bilgiler içeren bir eğitim kitapçığı verilecektir. Çalışma sonuçları daha sonra bilimsel dergilerde ya da kongrelerde de sunulabilir. Görüşme için herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Çalışmaya katılmama hakkına sahiptir ve katıldığınız takdirde istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz. Çalışmaya katılmazsanız tedavinizde herhangi bir aksama olmayacaktır.

Katıldığınız için teşekkür ederiz.

Arş. Gör. Simge KALAV

Bilgilendirilmiş Onam Formunu okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

EK 4

TOAST SINIFLAMASI

	Büyük damar ateroskerozu (embolizm/trombozis)
	Kardiyoembolizm(yüksek risk/orta risk)
	Küçük damar oklüzyonu (lakün)
	Nedeni belirlenemeyen iskemik inme - Yeterli inceleme yapılmış ancak nedeni saptanamamış iskemik inme - Yetersiz inceleme
	Diğer bilinen nedenlere bağlı iskemik inme

EK 5

YER, ZAMAN, KİŞİ ORYANTASYONU DEĞERLENDİRMESİ

<ul style="list-style-type: none">▪ Adı, soyadı▪ Adresi (mental durumu iyi olan hastanın, sokak adını ve kapı numarasını ihmal etmemesi beklenir)▪ Yaşı▪ Hangi yılda doğduğu▪ Burası neresidir? (hasta örneğin hastanede olduğunun farkında mı ?)▪ Bu hastanenin adı nedir?▪ Şimdi hangi yıldayız?▪ Bugün günlerden ne?
--

Genel Bilgi Soruları

- Cumhurbaşkanı'nın adı?
- Başbakanın adı?

(Bu sorulara cevap beklerken hastanın kültür düzeyini de gözden kaçırmamak gereklidir)

EK 6**MODİFİYE RANKİN SKALASI****Hasta Adı-Soyadı:** **Tarih:**/...../.....

BULGULAR	
0	Hiç semptom yok
1	Belirgin defisit yok; Semptomlara rağmen hasta günlük aktivitelerini ve görevlerini yerine getirebiliyor.
2	Hafif defisit; Geçmişte yaptığı bütün olağan aktiviteleri ve görevleri yapamıyor ama yardım almaksızın kendi işlerini yapabiliyor.
3	Orta derece defisit; Kısmen yardıma ihtiyacı var ama kendi başına yardımsız yürüyebiliyor.
4	Ağır defisit; Yardımsız yürüyemiyor ve yardımsız bedensel ihtiyaçlarını karşılayamıyor.
5	Çok ağır defisit; Yatağa bağımlı, inkontinans ve sürekli hemşire bakımına ve dikkatine muhtaç
MODİFİYE RANKİN PUANI :	

EK 7

Anket No:

KRONİK BAKIM MODELİ'NE TEMELLENDİRİLMİŞ KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Dosya Numarası:

Tanısı:

EK 7a – I İNME TEDAVİSİNDE KULLANILAN İLAÇLAR:

Kronik Bakım Modeli - Özyönetim Desteği Bileşeni	İlaçlar*	Evet	Hayır	Düzenli Kullanım	
				Evet	Hayır
ASK / SOR (5A Metodolojisi)	Antitrombotik				
	Antikoagülan				
	Antihipertansif				
	Diüretik				
	Antidiyabetik ilaçlar				

❖ Elektronik hasta kayıtlarından alınmıştır.

METABOLİK KONTROL DEĞİŞKENLERİ

Kronik Bakım Modeli - Özyönetim Desteği Bileşeni	Parametreler	Normal Değerler	Tarih (0.ay)	Tarih (3.ay)
ARRANGE /İZLE (5A Metodolojisi)	HDL*	> 40 mg\dl (Kadın) >50 mg\dl (Erkek)		
	LDL*	< 100 mg\dl		
	Total kolesterol*	< 199 mg\dl		
	Trigliserid	< 150 mg\dl		
	HbA1c*	≤ % 6.5		
	INR*	(1-1.2) sağlıklı kişi (2-3) antikoagulan kul.		
	APTT*	(21-36.5) sn		
	PT*	(10.4-14) sn		
	Kan Basıncı**			
	Beden Kitle İndeksi**			

*Akdeniz Üniversitesi Hastanesi bilgisayar sisteminden alınmıştır.

** Araştırmacı tarafından ölçülmüştür.

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

<p>Kronik Bakım Modeli - Özyönetim Desteği Bileşeni</p> <p>ASK/SOR (5A Metodolojisi)</p>	<p>I. Tanıtıcı Bilgiler</p> <p>1- Cinsiyetiniz: a) Kadın b) Erkek</p> <p>2- Yaşınız:</p> <p>3- Medeni durumunuz: a) Evli b) Bekar</p> <p>4- Eğitim durumunuz: a) Okur yazar b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite ve üzeri</p> <p>5- Mesleğiniz / İşiniz: a) Memur b) İşçi/Serbest meslek c) Emekli d) Çalışmıyor e) Diğer.....</p> <p>6- Gelir durumunuz: a) Gelir gidere göre az b) Gelir gideri dengeler c) Gelir gidere göre fazla</p>	<p>7- Çalışma durumunuz: a) Tüm gün çalışıyor b) Yarım gün/belli saatlerde çalışıyor c) Çalışmıyor</p> <p>8- Birlikte yaşadığınız kişiler: a) Yalnız b) Eş c) Çocuklar d) Diğer (açıklayınız)..... ...</p> <p>9- Bakımınızda destek olan birisi/birileri var mı? a) Var b) Yok (cevabınız “yok” ise 11. soruya geçiniz)</p> <p>10- Kim/kimler yardımcı oluyor? a) Eş b) Çocuklar c) Diğer (açıklayınız)</p> <p>11- Yaşadığınız yer: a) İl b) İlçe c) Köy</p>
---	--	--

<p>Kronik Bakım Modeli - Özyönetim Desteği Bileşeni</p> <p>SOR/ASK (5A Metodolojisi)</p>	<p>II.Hastalık Bilgileri</p> <p>1. İnme dışında başka bir hastalığınız var mı? a) Hastalık yok b) Şişmanlık c) Hipertansiyon d) Böbrek hastalığı e) Diyabet f) Diğer(açıklayınız):.....</p> <p>2. Sigara kullanıyor musunuz? a) Evet (süre:... miktar:.....) b) Hayır c) Bıraktım</p> <p>3. Alkol kullanıyor musunuz? a) Evet (süre:..... miktar:.....) b) Hayır c) Bıraktım</p> <p>4. Özel bir diyetiniz var mı? a) Evet (açıklayınız) b) Hayır</p> <p>5. Diyetisyene gidiyor musunuz? a) Evet b) Hayır</p> <p>6. Hastalığınızı yönetiminde sizin için en önemli konu hangisidir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)</p> <p>a) Kendi bakımımı yapabilmek b) İlaçlarımı kullanabilmek c) Diyetime uymak d) Diğer (Açıklayınız.....)</p> <p>7. Hastalığınızın yönetimine engel olan durum/durumlar var mıdır? a) Yok b) Var (Açıklayınız.....)</p>
---	---

(Son Test Sırasında Uygulanacak Kısım)

<p>Kronik Bakım Modeli</p> <p>Özyönetim Desteği Bileşeni</p>	<p>1.Son üç aylık süre içinde inmeye bağlı sorunlar nedeniyle herhangi bir sağlık kuruluşuna gittiniz mi? a) Evet b)Hayır</p> <p>2.Sağlık kuruluşuna kaç kez gittiniz?</p> <p>3. Sağlık kuruluşuna gitme nedeniniz: a) Halsizlik b) Kol, bacak ve yüzde uyuşma c) Ani şuur kaybı d) Konuşma ya da anlamada güçlük e) Ani görme kaybı f) Yürümede zorluk g) Baş dönmesi h) Koordinasyon ya da denge kaybı i) Nedensiz ani baş ağrısı j) Diğer (Açıklayınız).....</p>
<p>ASK /SOR (5A Metodolojisi)</p>	<p>4. Hangi sağlık kuruluşuna gittiniz? a) Acil servis b) Nöroloji Polikliniği c) Diğer (Açıklayınız).....</p> <p>5. Son 3 aydır hastalığınız ile ilgili aldığınız tedavi ve bakımdan memnun musunuz? a) Evet b) Hayır c) Kısmen</p> <p>6. Çalışma süresince size verilen eğitim kitapçığından memnun kaldınız mı? a) Evet b) Hayır c) Kısmen</p> <p>7. Çalışma süresince telefonla yapılan izlemde memnun kaldınız mı? a) Evet b) Hayır c) Kısmen</p> <p>8. Çalışma süresince araştırmacı tarafından gönderilen SMS'lerden memnun kaldınız mı? a) Evet b) Hayır c) Kısmen</p> <p>9. Çalışma süreci ile ilgili görüşleriniz/önerileriniz var mı? Nelerdir?</p>

Açıklama:

1-5 numaralı sorular kontrol ve girişim gruplarına uygulanmıştır.

6-9 numaralı sorular yalnızca girişim grubuna uygulanmıştır.

EK 8**MODİFİYE BARTHEL İNDEKSİ**

	KOD	I	II	III	IV	V
A	Transfer	0	3	8	12	15
B	Ambulasyon	0	3	8	12	15
	Tekerlekli iskemle	0	1	3	4	5
C	Merdiven	0	2	5	8	10
D	Beslenme	0	2	5	8	10
E	Giyinme	0	2	5	8	10
F	Kişisel Bakım	0	1	3	4	5
G	Banyo yapma	0	1	3	4	5
H	Tuvalet kullanma	0	2	5	8	10
I	İdrar kontinansı	0	2	5	8	10
J	Gaita inkontinansı	0	2	5	8	10

Modifiye Barthel İndeksi Kodlarının Açıklanması

I: İş yapmak için yetersizdir

II: Çok bağımlıdır, iş yapmayı dener fakat emniyetsizdir

III: Orta derecede yardıma gereksinimi vardır

IV: Minimal yardıma gereksinimi vardır

A-TRANSFER

0: Transferine katılamaz, mekanik bir alet olsun ya da olmasın transfer için iki kişi gereklidir

3: Transferine katılabilir ama transferin tüm aşamalarında bir başka kişinin maksimum yardımı gerekir

8: Transferin herhangi bir aşamasında başka bir kişinin yardımı gereklidir

12: Başka bir kişinin varlığı güvenlik için veya gözetim için gereklidir

15: Hasta tekerlekli iskemlesi ile yatağa/svealyeye güvenle yaklaşır, frenleri kilitler, ayak basacaklarını kaldırır, güvenle yatağa geçer, uzanır, yatak kenarında oturur duruma geçer, tekerlekli sandalyenin pozisyonunu değiştirir, geri sandalyesine sandalyesine güvenle geçebilir. Bu aktivitelerin hepsinde hasta bağımsız olmalıdır.

B-AMBULASYON

- 0: Ambulasyonda bağımlıdır.
- 3: Ambulasyonda sürekli ya da daha fazla yardımcıya ihtiyaç vardır.
- 8: Yürümeye yardımcı cihazlara erişme ve/veya onların kullanımları için bir yardımcı gereklidir. Yardım için bir kişi yeterlidir.
- 12: Hasta ambulasyonda bağımsızdır ama yardımsız 50 metre yürüyemez veya tehlikeli/riskli durumlarda güven için gözetim gerekir.
- 15: Hasta gerekirsecihazını takabilmeli, cihazını kilitleyip açabilmeli, ayakta durabilmeli, oturabilmeli, ambulasyonu için gerekli yardımcı cihaz ve aletleri kullanıma hazır pozisyona getirebilmelidir. Hasta koltuk değneği, kanedyen, baston kullanabilmelidir. Ev içinde ve 50m. lik bir mesafede yardımsız ve gözetimsiz yürüyebilir.

TEKERLEKLİ İSKEMLE KULLANMA

- (Ambulasyona alternatif, ambulasyon “0” ise puanlanır)
- 0:Tekerlekli iskemle ile ambulasyonda bağımlıdır.
- 1:Hasta düz zeminde kısa mesafelerde tekerlekli iskemlesini sürdürebilir ancak diğer basamaklar için yardım gereklidir.
- 3: Bir kişinin mevcudiyeti gerekir ve tekerlekli iskemlenin masaya, yatağa vb yerlere manuplasyonu için daima yardım gereklidir.
- 4: Belirli güzergahlarda, makul bir süre boyunca hasta tekerlekli sandalyesini kendisi sürebilir, sert köşelerde minimal yardıma ihtiyaç duyar.
- 5: Bağımsız kabul etmek için hasta köşeleri kendisi dönebilmeli, çevresinde dönebilmeli, iskemleyi masaya, yatağa, tuvalete vs yaklaştırabilmeli, evde, koğuştta vs en az 50 m. sürebilmelidir.

C-MERDİVEN	İNİP	ÇIKMA
0:Hasta	merdivenleri	çıkamaz.
2: Merdiven inip çıkmanın tüm aşamalarında yardım gerekir. Bu yardım yürüme cihazlarının kullanım ve taşınmasını da içerir.		
5: Hasta merdiven inebilir-çıkabilir ama yürüme cihazlarını taşıyamaz, gözlem ve yardıma ihtiyaç duyar.		
8: Genelde hiç yardım gerekmez. Zaman zaman sabah tutukluğu, nefes darlığı gibi durumlarda gözetim gerekir.		
10: Yardım veya gözetim olmadan güvenle basamakları iner-çıkarmak, gerektiğinde trabzanları tutar, kanadien, baston kullanır, inerken çıkarken bu cihazları kullanabilmelidir.		

D-BESLENME
0: Tüm aşamalarda bağımlıdır, beslenmeleri gerekir.
2: Kaşık gibi bir beslenme aletini kullanabilir, ancak yemek boyunca bir kişinin aktif yardımı gerekir.
5: Gözetimle kendi kendine beslenebilir. Çaya süt ya da şeker koyma, tuz atma, yağ sürme, tabağı çevirme ve diğer yerleştirme aktivitelerinde yardım gereklidir.
8: Et kesme, süt kartonu açma, kavanoz kapağı açma vs hariç hazırlanmış tepside bağımsız yemek yer. Başka bir kişinin varlığı gerekli değildir.
10: Başka biri yiyecekleri ulaşabileceği bir yere koyunca tepside veya masadan kendi kendine yemek yiyebilir. Hasta gerekirse yardımcı cihaz kullanabilir, yiyeceklerini keser, tuz biber atabilir, ekmeğe yağ sürebilir vs.

E-GİYİNME
0: Hasta giyinmenin tüm aşamalarda bağımlıdır. Aktivitelere katılamaz.
2: Bir dereceye kadar giyinme aktivitelerine katılabilir ancak, tüm aşamalarda bağımlıdır.
5: Herhangi bir giysiyi giymede ve/veya çıkarmada yardım gereklidir.
8: Giyinme için minimal yardım gereklidir, düğme ilikleme, fermuar çekme açma, çitçitleri açıp kapama, ayakkabı bağlama vs şeklinde.
10: Hasta kendi kendine giyinir-soyunur, düğmeleri, ayakkabı bağlarını ilikler, korseleri, splintleri, çıkarır.

F-KİŞİSEL**BAKIM**

- 0: Kişisel bakımını yapamaz. Tüm aşamalarda bağımlıdır.
- 1: Tüm aşamalarda yardım gereklidir.
- 3: Kişisel bakımın bir veya daha çok basamağında biraz yardım gereklidir.
- 4: Hasta kişisel bakımını yapabilir ancak önce ve/veya sonrasında minimal yardım gereklidir.
- 5: Hasta ellerini-yüzünü yıkayabilir, dişlerini fırçalar, traş olabilir, erkek hastalar makine veya traş bıçağını kendi kullanabilmeli, fişini takabilmeli, dolap veya çekmecesinden aletleri kendisi alabilmelidir. Bayan hastalar makyajlarını yapabilmeli, saçını tarayabilmelidir (şekil vermeyebilir).

G-BANYO**YAPMA**

- 0: Banyo yapmada tam bağımlıdır.
- 1: Banyonun tüm aşamalarında yardım gereklidir.
- 3: Duş veya banyoya transferinde veya yıkanıp kurulanmasında yardım gereklidir. Kondisyonu hastalığı vb nedeniyle görevi tamamlayamaz.
- 4: Su sıcaklığını ayarlama veya transferde güvenliği sağlamak için gözetim gereklidir.
- 5: Duş, küvet vs hangi metot olursa olsun, diğer bir kişiye gerek duymadan tüm safhaları kendisi yapabilir.

H-TUVALETE OTURUP-KALKMA

- 0: Tuvalet kullanımında tam bağımlıdır.
- 2: Tuvalet kullanımında yardım gereklidir.
- 5: El yıkama, transferler veya giysilerini giyme çıkarmada yardım gereklidir.
- 8: Normal tuvalet kullanımında güvenlik için gözlem gereklidir. Geceleri lazımlık gerekebilir. Ama kendisi boşaltabilmeli ve temizleyebilmelidir.
- 10: Tuvalete oturup kalkabilir, giysilerini giyer, çıkarır, giysilerini kirletmez, yardımsız tuvalet kağıdı kullanır. Gerekirse geceleri ördek, lazımlık kullanabilir ama boşaltabilmeli ve temizliğini yapabilmelidir.

I-İDRAR KONTİNANSI

0: Mesane kontrolünde bağımlıdır. İnkontinveir veya daimi sondası vardır.

2: İnkontinveir ama internal veya eksternal alet ile yardım edilebilir.

5: Gün boyunca kurudur ama gece ıslanabilir. Alet kullanımında biraz yardım gerekir.

8: Gece gündüz genelde kurudur ama nadiren kaçırma olabilir. İnternal,eksternal alet uygulamalarında minimal yardım gereklidir.

10: Gece gündüz kontrolü vardır ve/veya internal, eksternal alet kullanımında bağımsızdır.

J-GAİTA KONTİNANSI

0: Hastanın inkontinansı vardır

2: Hastaya uygun pozisyon verilmesi, yada barsak uyarı teknikleri şeklinde yardım gerekir.

5: Hasta uygun pozisyona gelebilir, ama uyarı teknikleri kullanamaz, kendini temizleyemez. Sık sık kaçıırır. Bez ile bağlama gerekir.

8: Supozituar veya lavman uygulamalarında gözetim gerekir, nadiren kaçıırır.

10: Barsak kontrolü vardır, hiç kaçırmaz, supozituar veya lavman gerekli ise kendisi yapabilir.

Değerlendirme

- 0-20 puan: Tam bağımlı
- 21-61 puan: İleri derecede bağımlı
- 62-90 puan: Orta derecede bağımlı
- 91-99 puan: Hafif derecede bağımlı

EK 9

İNME ÖZ ETKİLİK ÖLÇEĞİ

Bu sorular inme/ felç geçirdiğiniz andan itibaren yaparken zorluk yaşayabileceğiniz bazı görevler/ işler ile ilgili hissettiğiniz güven hakkındadır. Lütfen aşağıdaki her iş için çizgi üzerindeki bir noktayı daire içine alınız. Bu daire, felç geçirmenize rağmen şimdi bu işleri yaparken kendinize ne kadar güvendiğinizi göstermektedir.

Kendinize bu işlerde ne kadar güveniyorsunuz?

1-Her gece yatakta kendi rahatınızı sağlayabilmek

0= Kesinlikle güvenmiyorum

3=Çok güveniyorum



2-Yorgun olduğunuzda bile yataktan kendi başınıza kalkabilmek

0= Kesinlikle güvenmiyorum

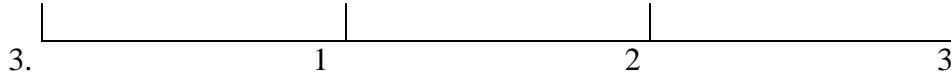
3=Çok güveniyorum



3-Evinizdeki her türlü zeminde (halı, ahşap, parke vb.) kendi başınıza birkaç adım yürüyebilmek

0= Kesinlikle güvenmiyorum

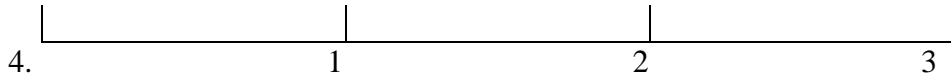
3=Çok güveniyorum



4-Yapmak istediğiniz işler için evinizin her yerine yürüyerek gidebilmek

0= Kesinlikle güvenmiyorum

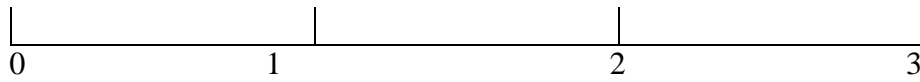
3=Çok güveniyorum



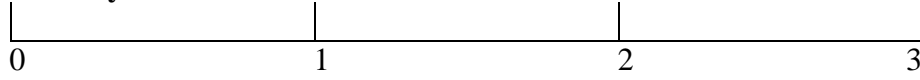
5-Dışarıda her türlü zeminde (toprak/taş zemin, kaygan/ıslak zemin..vb) kendi başınıza güvenli bir şekilde yürüyebilmek

0= Kesinlikle güvenmiyorum

3=Çok güveniyorum



6-Yemek yerken her iki elinizi kullanabilmek



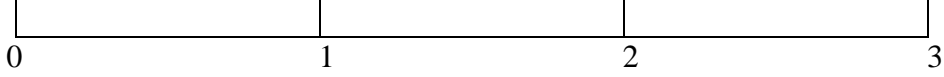
0= Kesinlikle güvenmiyorum

3=Çok güveniyorum

7-Yorgun hissetseniz bile kendi başınıza giyinmek ve soyunmak

0= Kesinlikle güvenmiyorum

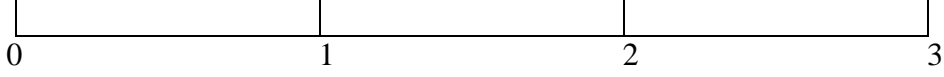
3=Çok güveniyorum



8-Kendiniz için istediğiniz yemeği hazırlayabilmek

0= Kesinlikle güvenmiyorum

3=Çok güveniyorum



9-Tedaviniz bittikten sonra da inmenin neden olduğu yetersizlikleri düzeltmek için çaba harcamaya devam etmek

0= Kesinlikle güvenmiyorum

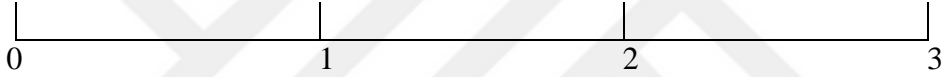
3=Çok güveniyorum



10-Size önerilen egzersiz programını her gün yapabilmek

0= Kesinlikle güvenmiyorum

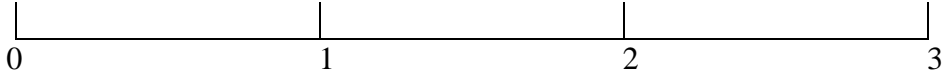
3=Çok güveniyorum



11-İnme nedeni ile bazı işleri yapamadığınızda hissettiğiniz olumsuz duygularla başa çıkabilmek

0= Kesinlikle güvenmiyorum

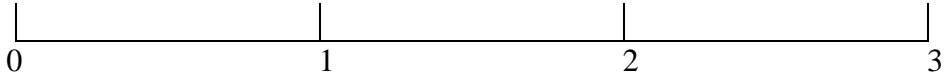
3=Çok güveniyorum



12-İnmeden önce yapmaktan hoşlandığınız etkinliklerin birçoğunu yapmaya devam edebilmek

0= Kesinlikle güvenmiyorum

3=Çok güveniyorum



13-İnme nedeni ile daha yavaş yaptığımız işleri yaparken zamanla hızlanabilmek

0= Kesinlikle güvenmiyorum

3=Çok güveniyorum

İNME ÖZYÖNETİM DEĞERLENDİRME FORMU

<p>Kronik Bakım Modeli - Özyönetim Desteği Bileşeni</p> <p>ASK / SOR (5A Metodolojisi)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. İnme bilgi düzeyim; a) İyi b) Orta c) Yetersiz 2. Hızlıca acil servise başvuru gerektiren inme belirtilerini bilirim a) Evet b) Hayır c) Kısmen 3. İnmenin tekrarlamasına neden olabilecek riskli davranışlarımın neler olduğunu bilirim a) Evet b) Hayır c) Kısmen 4. İnmenin tekrarlamasına neden olabileceği için / neden olabileceğini bilmeme rağmen; a) Şimdiye kadar hiç sigara kullanmadım b) Sigarayı bıraktım c) Sigarayı bırakmayı düşünüyorum d) Sigarayı bırakmayı düşünmüyorum 5. Tansiyon ölçümü ile ilgili; a) Günde iki kez (sabah ve akşam) ölçerim / ölçtürürüm b) Haftada bir veya birkaç kez ölçerim / ölçtürürüm c) Ayda bir veya birkaç kez ölçerim / ölçtürürüm d) Düzenli ölçmem / ölçtürmem 6. İlaçlarımı zamanında ve uygun dozda alırım a) Evet b) Hayır c) Kısmen 7. Düzenli sağlık kontrollerine giderim a) Evet b) Hayır c) Kısmen
---	--

<p>Kronik Bakım Modeli - Özyönetim Desteği Bileşeni</p> <p>ASK / SOR (5A Metodolojisi)</p>	<p>8. Kilomu normal sınırlarda tutmak için çaba gösteririm a) Evet b) Hayır c) Kısmen</p> <p>9. Tip II diyabet hastalığına sahip olmamak /hastalığı kontrol altında tutmak için önerilere uyarım a) Evet b) Hayır c) Kısmen</p> <p>10. Diyetime uyum düzeyim a) İyi b) Orta c) Kötü</p> <p>11. Düşük yağlı ve düşük kolesterolü yiyecekler tüketirim a) Evet b) Hayır c) Kısmen</p> <p>12. Yüksek sodyum/tuz içerikli gıdalardan kaçınırım a) Evet b) Hayır c) Kısmen</p> <p>13. Günde 5-7 porsiyon arasında meyve ve sebze tüketirim a) Evet b) Hayır c) Diğer</p> <p>14. Yüksek lifli gıdalar tüketirim a) Evet b) Hayır c) Kısmen</p> <p>15. Porsiyon boyutumu küçük tutarım a) Evet b) Hayır c) Kısmen</p> <p>16. Her gün 2-4 küçük porsiyon tam tahıllı besin tüketirim a) Evet b) Hayır c) Diğer</p>
---	---

<p>Kronik Bakım Modeli - Özyönetim Desteği Bileşeni</p> <p>ASK / SOR (5A Metodolojisi)</p>	<p>17. Haftada 3-4 kez en az 40 dakika orta ile yüksek yoğunluklu aerobik fiziksel aktivite yaparım a) Evet b) Hayır c) Kısmen</p> <p>18. İyi bir uyku hijyeni sağlamaya özen gösteririm b) Evet c) Hayır d) Kısmen</p> <p>19. Uykusuzluk deneyimlediğimde durumla nasıl başa çıkabileceğimi bilirim a) Evet b) Hayır c) Kısmen</p> <p>20. Ağrıya neden olabilecek durumları bilirim ve bunları kontrol altına almaya çalışırım a) Evet b) Hayır c) Kısmen</p> <p>21. Yorgunluğumu kontrol altına alabilecek yöntemleri bilirim a) Evet b) Hayır c) Kısmen</p> <p>22. İnme sonrası yaşamı kolaylaştırmaya yönelik ev düzenlemeleri hakkında bilgim var a) Evet b) Hayır c) Kısmen</p> <p>23. İnme ilgili ortaya çıkan fiziksel sorunlarla baş etme yollarını bilirim a) Evet b) Hayır c) Kısmen</p> <p>24. İnme nedeniyle ortaya çıkabilecek idrar/dışkı kaçırma sorunlarıyla baş etme yollarını bilirim a) Evet b) Hayır c) Kısmen</p>
---	---

Kronik Bakım Modeli - Özyönetim Desteği Bileşeni ASK / SOR (5A Metodolojisi)	25. İnme sonrası bilişsel sorunlar ve çözüm yöntemleri hakkında bilgim var a) Evet b) Hayır c) Kısmen																														
	26. İnme sonrası ruhsal sorunlar ve çözüm yöntemleri hakkında bilgim var a) Evet b) Hayır c) Kısmen																														
	27. Hastalıkla uyumlu yaşama düzeyim; a) İyi b) Orta Kötü																														
	28. Hastalığa Özgü Semptomlar																														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Var</th> <th>Yok</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vücudun tek tarafında yüz, kol ve/veya bacakta olan hissizlik ve/veya kuvvet kaybı</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Konuşma güçlüğü</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Yürüme güçlüğü</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Baş dönmesi</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Denge ve koordinasyon kaybı</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tek veya iki taraflı görme kaybı</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Şiddetli baş ağrısı</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Yutma güçlüğü</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Diğer (Açıklayınız)</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Var	Yok	Vücudun tek tarafında yüz, kol ve/veya bacakta olan hissizlik ve/veya kuvvet kaybı			Konuşma güçlüğü			Yürüme güçlüğü			Baş dönmesi			Denge ve koordinasyon kaybı			Tek veya iki taraflı görme kaybı			Şiddetli baş ağrısı			Yutma güçlüğü			Diğer (Açıklayınız)		
	Var	Yok																													
Vücudun tek tarafında yüz, kol ve/veya bacakta olan hissizlik ve/veya kuvvet kaybı																															
Konuşma güçlüğü																															
Yürüme güçlüğü																															
Baş dönmesi																															
Denge ve koordinasyon kaybı																															
Tek veya iki taraflı görme kaybı																															
Şiddetli baş ağrısı																															
Yutma güçlüğü																															
Diğer (Açıklayınız)																															

EK 11**İNMEYE ÖZGÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ**

İnme sonrasında etkilenebilecek bazı aktivite ve duygularınızı nasıl etkilediğini öğrenmek istiyoruz. Her soru özel bir aktivite veya duygu ile ilgilidir. Her soru için, geçen hafta içinde aktivitelerinizin ve duygularınızın nasıl etkilendiğini düşünün. İlk grup sorular özel aktivitelerde sizin yaşadığımız zorluklar hakkındaki sorulardır. Her bir soru inmeden sonra bazı insanların yaşadıkları problemlerle ilgilidir. Kutudaki rakamlardan geçen hafta içinde aktivitelerinizde yaşadığımız zorluğu en iyi tanımlayanı işaretleyiniz.

GEÇEN HAFTA BOYUNCA

	Hiç yapamadım	Çok zorlandım	Biraz zorlandım	Çok az zorlandım	Hiç zorlanmadım
SC1.Yemek hazırlarken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
SC2.Yemek yeme sırasında, örneğin yiyecekleri keserken ya da yutarken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
SC4.Giyinirken, örneğin çorap ya da ayakkabı giyerken, düğme iliklerken, ya da fermuar çekerken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
SC5.Duş ya da banyo yaparken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
SC8.Tuvaleti kullanırken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
V1.Televizyonda sevdiğiniz bir programını izlerken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
V2.Görme yeteneğinizdeki zayıflama nedeniyle bir eşyaya ulaşmada zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
V3.Etkilenen tarafınızın uzağındaki şeyleri görmede zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
L2.Konuşma sırasında (örneğin takılma, kekeleme, geveleme ya da kelimeleri karıştırma gibi) zorlandığınız oldu mu?	1	2	3	4	5
L3.Telefonda düzgün bir şekilde konuşmanızı sürdürmede zorlandınız mı?	1	2	3	4	5

	Hiç yapamadım	Çok zorlandım	Biraz zorlandım	Çok az zorlandım	Hiç zorlanmadım
L5.Diğer insanlar sizin ne söylediğinizi anlamakta zorlandılar mı?	1	2	3	4	5
L6.Söylemek istediğiniz bir kelimeyi bulmakta zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
L7.Diğer insanların sizi anlayabilmeleri için söylediklerinizi tekrar etme ihtiyacı duyduunuz mu?	1	2	3	4	5

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

	Hiç yapamadım	Çok zorlandım	Biraz zorlandım	Çok az zorlandım	Hiç zorlanmadım
UE1. Yazı yazarken veya klavye kullanırken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
UE2. Çoraplarınızı giyerken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
UE3. Düğmelerinizi iliklerken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
UE5. Fermuarınızı çekerken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
UE6. Kavanoz açarken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5

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

	Kesinlikle katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Kısmen katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
P2.Başkalarına karşı sabırsız davrandım	1	2	3	4	5
P3.Kişiliğim değişti	1	2	3	4	5
MD2.Geleceğim hakkında endişeliydim	1	2	3	4	5
MD3.Diğer insanlarla veya etkinliklerle ilgilenmedim	1	2	3	4	5
FR5.Ailemle birlikte eğlence amaçlı etkinliklere katılmadım	1	2	3	4	5
FR7.Aileme yük olduğumu hissettim	1	2	3	4	5
FR8.Bedensel durumum aile yaşamımı engelledi	1	2	3	4	5
SR1.İstediğim sıklıkta dışarı çıkamadım	1	2	3	4	5
SR4.Hoşlandığım işlere ve eğlenceye istediğimden daha az zaman ayırdım	1	2	3	4	5

	Kesinlikle katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Kısmen katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
SR5.Arkadaşlarımla birçoğumu istediğim kadar göremedim	1	2	3	4	5
SR6.İstediğimden daha az cinsel ilişki buldum	1	2	3	4	5
SR7.Bedensel durumum sosyal yaşamımı engelledi	1	2	3	4	5

	Kesinlikle katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Kısmen katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
T2.Herhangi bir şeye dikkatimi yoğunlaştırmak benim için zor oldu	1	2	3	4	5
T3.Bazı şeyleri hatırlamada zorlandım	1	2	3	4	5
P1.Sinirliydim	1	2	3	4	5

	Kesinlikle katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Kısmen katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
MD6.Diğer insanlardan uzaklaştığımı hissettim	1	2	3	4	5
MD7.Kendime güvenim azdı	1	2	3	4	5
MD8.Yemek yeme isteğim azdı	1	2	3	4	5
E2.Kendimi çoğu zaman yorgun hissettim	1	2	3	4	5
E3.Gün boyunca sık sık durup dinlendim	1	2	3	4	5
E4.Yapmak istediğimi yapamayacak kadar çok yorgundum	1	2	3	4	5

EK 12

KRONİK HASTALIK BAKIMINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Kronik ya da uzun süren bir hastalığınız olduğunda, sağlıklı ve mutlu bir şekilde yaşamınızı sürdürmeniz zor olabilir. Çalışmamızın amacı hastalığınız konusunda size yardım edebilmemiz için, sağlık profesyonelleri tarafından size sunulan bakım hizmetleri hakkında görüşlerinizi öğrenmektir. Bu hizmetler sizinle uzun süredir ve düzenli olarak ilgilenen tüm sağlık görevlilerini kapsamaktadır. Bu konuda vereceğiniz bilgiler, gelecekte sizin gibi kronik sağlık sorunu olan hastaların daha iyi bakım almalarını sağlamak için yol gösterici olacaktır. Bize verdiğiniz bilgiler gizli tutulacak ve doktorunuz, hastaneniz, kliniğiniz veya diğer sağlık görevlileri ile paylaşılmayacaktır. Lütfen aşağıda yer alan her bir ifadeyi dikkatlice okuyarak, **son 6 ay içinde hastalığınız ile ilgili aldığınız bakımı** değerlendiriniz. Bakımınızla ilgili olan ifadeleri sıklık derecesini düşünerek, her bir ifadeye ilişkin görüşlerinizi en iyi yansıtan ya da size en uygun gelen seçeneği (X) şeklinde işaretleyiniz. Burada doğru ya da yanlış fikir yoktur. Lütfen her bir ifadenin cevaplanmış olmasına dikkat ediniz.

Son 6 ay içinde kronik hastalığınızla ilgili bakım aldığınızda;	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı.	1	2	3	4	5
2. Tedavim konusunda karar vermem için başka seçenekler sunuldu.	1	2	3	4	5
3. İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi.	1	2	3	4	5
4. Sağlığım için yapmam gerekenler yazılı olarak verildi.	1	2	3	4	5
5. Bakımımın iyi düzenlenmiş olmasından memnun kaldım.	1	2	3	4	5
6. Kendi bakımımı sağlamak için yaptığım şeylerin sağlığımı nasıl etkileyeceği açıklandı.	1	2	3	4	5
7. Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu.	1	2	3	4	5
8. Beslenme ya da egzersiz yapma davranışlarımı geliştirmem için yardım edildi.	1	2	3	4	5

Son 6 ay içinde kronik hastalığımla ilgili bakım aldığımda;	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
9. Tedavi planımın bir kopyası\örneği bana verildi.	1	2	3	4	5
10. Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim.	1	2	3	4	5
11. Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sorular soruldu.	1	2	3	4	5
12. Doktorum ya da hemşiremin gerekli olan tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim.	1	2	3	4	5

Son 6 ay içinde kronik hastalığımla ilgili bakım aldığımda;	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
13. Günlük yaşamımda uygulayabileceğim bir tedavi planı yapmam için yardım edildi.	1	2	3	4	5
14. Zor zamanlarımda bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler konusunda yardım edildi.	1	2	3	4	5
15. Hastalığımla hayatımı nasıl etkilediği soruldu.	1	2	3	4	5
16. Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı.	1	2	3	4	5
17. Hastalığım konusunda bana yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik edildim.	1	2	3	4	5
18. Diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirildim.	1	2	3	4	5
19. Diğer branşlardaki hekimlere gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı.	1	2	3	4	5
20. Diğer hekimlerle yaptığım görüşmeler konusunda sorular soruldu.	1	2	3	4	5

EK 12a**KRONİK HASTALIK BAKIMINI DEĞERLENDİRME BİLGİLENDİRME
FORMU I**

*5A Metodu ve Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği içeriğinde yer alan konulara göre hazırlanmıştır

Aşağıda belirtilen uygulamalardan, gerçekleştirildiklerini düşündükleriniz için kutucuklara işaretleme yapınız	15 gün içinde	1. ay	3. ay
1.Tedavi planınız yapıldığı sırada görüşlerinizi belirtmekten çekinmeyiniz			
2.Hastalığınızla ilgili farklı tedavi yöntemleri konusunda bilgi isteyiniz			
3.İlaçlarınız ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa iletiniz			
4.Görüşme içeriğinde sağlığınız için yapmanız gerekenlere yönelik bilgiler yer almaktadır			
5.Daha iyi bir bakıma gereksinim duyuyorsanız mutlaka iletiniz			
6. Görüşme içeriğinde, yapacağınız uygulamaların sağlığınıza olan olumlu etkisi yer almaktadır			
7.Görüşme sırasında, kendi bakımınızı yapmanızdaki amacın ne olduğu konusunda açıklama yapmanız istenecektir			
8.Beslenme ve egzersiz yapma davranışlarınızı geliştirme yöntemleri hakkında bilgi verilecektir			
9.Tedavi planınızın bir kopyası/örneğini isteyiniz			
10.Hastalığınızla baş etmeniz için size destek olacak eğitimlere (telefon ya da yüzyüze görüşme) katılmanız beklenecektir			
11.Sağlık alışkanlıklarınız ile ilgili sorular (örneğin sigara kullanımı, diyet, egzersiz gibi) yöneltilecektir			
12.Doktorunuz/hemşirenizin gerekli tedaviyi önerirken inançlarınıza ve değerlerinize dikkat etmelerini talep ediniz			
13.Günlük yaşamınızda uygulayabileceğiniz bir tedavi planı yapmanız için yardım isteyiniz			
14.Zor zamanlarınızda bile kendi kendinize bakabilmeniz için yapmanız gerekenler konusunda yardım isteyiniz			
15.Hastalığınızın hayatınızı nasıl etkilediği konusunda bilgi veriniz			
16.Sağlık kontrolleriniz dışında da durumunuzu takip etmek için size ulaşılacaktır			
17.Hastalığınız konusunda size yardımcı olabilecek sağlık programlarına (telefonla görüşme, poliklinik görüşmesi) katılmanız istenecektir			

Aşağıda belirtilen uygulamalardan, gerçekleştirildiklerini düşündükleriniz için kutucuklara işaretleme yapınız	15 gün içinde	1. ay	3. ay
18. Diyetisyene, eğitim hemşiresine veya ihtiyacımız olan diğer sağlık uzmanlarına nasıl ulaşabileceğinizi sorunuz			
19. Eğitim içeriğinde, diğer branşlardaki doktorlara gitmenizin tedavinize olan katkısı hakkında bilgi yer alacaktır			
20. Diğer doktorlarla yaptığınız görüşmeler konusunda sorular sorulacaktır			



KAN BASINCI TAKİP FORMU

RANDEVUDAN 1 HAFTA ÖNCEKİ KAYITLAR

Hasta İsmi:

Hasta ismi: Avrupa Hipertansiyon Birliği doktora gitmeden önce 1 hafta kan basıncı takibi önermektedir. 1 haftalık kan basıncı ölçümü yaparken dikkat edilmesi gereken noktalar: Kan basıncı sabah ve akşam 1-2 dakika ara ile ikişer kez ölçülmelidir yani günde 4 ölçüm yapılmalıdır. Kan basıncı ölçümü ilaç almadan ve yemek yemeden önce yapılmalıdır. Aletin hafızası varsa doktora giderken tansiyon ölçüm aleti de götürülmelidir.

		Saat	Büyük tansiyon	Küçük tansiyon	Nabız	Uyarı
Gün 1 Tarih: ---/---/---	Sabah:		1.	1.		
			2.	2.		
	Akşam:		1.	1.		
			2.	2.		
Gün 2 Tarih: ---/---/---	Sabah:		1.	1.		
			2.	2.		
	Akşam:		1.	1.		
			2.	2.		
Gün 3 Tarih: ---/---/---	Sabah:		1.	1.		
			2.	2.		
	Akşam:		1.	1.		
			2.	2.		
Gün 4 Tarih: ---/---/---	Sabah:		1.	1.		
			2.	2.		
	Akşam:		1.	1.		
			2.	2.		
Gün 5 Tarih: ---/---/---	Sabah:		1.	1.		
			2.	2.		
	Akşam:		1.	1.		
			2.	2.		
Gün 6 Tarih: ---/---/---	Sabah:		1.	1.		
			2.	2.		
	Akşam:		1.	1.		
			2.	2.		
Gün 7 Tarih: ---/---/---	Sabah:		1.	1.		
			2.	2.		
	Akşam:		1.	1.		
			2.	2.		
Ortalama (ilk günü hesaba katmayınız)						

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Kan Basıncı Ölçüm Grubu tarafından hazırlanmıştır

KAN BASINCI TAKİP FORMU



RANDEVU DIŞI KAYITLAR

Hasta İsmi:

Tarih	Saat	Büyük tansiyon	Küçük tansiyon	Nabız	Uyarı

EK – 14**TELEFON GÖRÜŞMELERİ DEĞERLENDİRME FORMU****** Her görüşmede cevaplar 1-4 şeklinde olup araştırmacı tarafından şaretlenecektir.**

Hasta Adı Soyadı	Görüşme Tarihi	Kaçıncı Görüşme	Kontrol Geleceği Tarih:		
	1.	1.			
	2.	2.			
	3.	3.			
	4.	4.			
GÖRÜŞME İÇERİĞİ 1. Her zaman 2. Haftada 1-2 kez 3. Ayda 1-2 kez 4. Hiç	DEĞERLENDİRME				AÇIKLAMA
	(İlk 7. gün)	(15. gün)	(1. ay)	(2.ay)	
a. Günlük Yaşam Aktiviteleri					
Giyinmede güçlük					
Banyo yapmada güçlük					
Yemek yeme – hazırlamada güçlük					
Ev dışına çıkmada güçlük					
B) Mobilite ve Hareket					
Yürümede güçlük					
Yatak ve sandalye arasında hareket etmede güçlük					
Düşme - düşmeye yatkınlık					
Arabaya binme - arabadan inmede güçlük					
Denge güçlüğü					

**Kronik Bakım
Modeli
-
Özyönetim
Desteği Bileşeni****ASK/SOR
ASSESS
/DEĞERLENDİR
ADVICE/ÖNER
ASSISIT /
DESTEKLE
ARRANGE /
İZLE****(5A Metodolojisi)**

GÖRÜŞME İÇERİĞİ	DEĞERLENDİRME				AÇIKLAMA
	(İlk 15 gün)	(15. gün)	(1. ay)	(2.ay)	
1. Her zaman 2. Haftada 1-2 kez 3. Ayda 1-2 kez 4. Hiç					
C) Spastisite / Kas gerginliği					
Ellerde					
Kollarda					
Bacaklarda					
D) Ağrı					
Ağrı varlığı					
Ağrı sıklığı					
Ağrı şiddeti					
E) İnkontinans					
Dışkı kaçıрма					
İdrar kaçıрма					
F) İletişim					
İletişim kurma güçlüğü					
Konuşma güçlüğü (dizartri)					
Okuma güçlüğü					
Sayıları kullanma güçlüğü					
G) Duygu-durum					
Endişe-kaygı					
Biribirine uymayan ve/veya değişken duygular					
Depresyon					
Davranış değişikliği					
H) Bilişsel					
Düşünme güçlüğü					
Odaklanma güçlüğü					
Hatırlama güçlüğü					
Ev düzenlemeleri					

**Kronik Bakım
Modeli
-
Özyönetim
Destegi Bileşeni**

**ASK/SOR
ASSESS
/DEĞERLENDİR
ADVICE/ÖNER**

**ASSIST /
DESTEKLE
ARRANGE /
İZLE**

(5A Metodolojisi)

GÖRÜŞME İÇERİĞİ	DEĞERLENDİRME				AÇIKLAMA	
	(İlk 15 gün)	(15.gün)	(1. ay)	(2.ay)		
1. Her zaman 2. Haftada 1-2 kez 3. Ayda 1-2 kez 4. Hiç						Kronik Bakım Modeli - Özyönetim Desteği Bileşeni ASK/SOR ASSESS /DEĞERLENDİR ADVICE/ÖNER ASSIST / DESTEKLE ARRANGE / İZLE (5A Metodolojisi)
I) İnme Sonrası Yaşam						
İş konusunda Güçlük						
Sosyal ve boş zaman aktiviteleri/hobilere katılmada güçlük yaşıyor musunuz?						
Yorgunluk						
Uyku sorunları						
İ) Aile İlişkileri						
Aile ve arkadaş ilişkilerinde güçlük?						
J) İnme Tekrarını Önlemek İçin Yaşam Tarzı Değişiklikleri						
Tansiyonunuzu ölçtürüyor musunuz?						
İlaçlarınızı söylendiği şekilde alıyor musunuz?						
Kilo kontrolünüze özen gösteriyor musunuz? (Aşırı kiloluysanız kilo verdiniz mi?)						
Düzenli egzersiz yapar mısınız?						
Sigarayı-alkolü kullanımı var mı?						
İlaçlarına Uyum (İlaç Adları)	DEĞERLENDİRME ** Her görüşmede cevaplar 1-3 şeklinde olup araştırmacı tarafından işaretlenecektir					
1						
2						
3						
4						
5						
	1. Uyum göstermiyor 2. Kısmen uyum gösteriyor 3. Uyum gösteriyor					

EK 14a - TELEFON GÖRÜŞMELERİ BİLGİLENDİRME FORMU II

- Sağlık durumunuz / hastalığınız ile ilgili bilgi düzeyiniz yeterli mi?
- Şu anda hastalığınızı yönetmek için en önemli şey sizce nedir?
- Hastalığınızı yönetme konusunda en önemli engeliniz nedir?
- Hastalığınızı yönetme konusunda en fazla beceri gösterebileceğinizi düşündüğünüz alanlar (örneğin; yaşam tarzı değişiklikleri vb.) sizce hangileridir?
- İnme rehabilitasyonu sonrası hastalık ve hastalıkla ilişkili sorunların yönetimine ilişkin uygulanabilecek stratejiler öğretildi mi? Bu stratejileri öğrendiniz mi?
- Hastalık / hastalık belirtileri yönetiminizi olumsuz yönde etkileyebilecek depresyon varlığı söz konusu mu?

EK 14b - ACİL DURUMLARDA TELEFONLA YÖNLENDİRME FORMU

<ul style="list-style-type: none">▪ Yüzde ANİ uyuşma, özellikle vücudun bir tarafındaki kolda, bacakta güçsüzlük▪ ANİ bilinç bulanıklığı, konuşma veya anlama güçlüğü▪ Bir veya iki gözde ANİ görme sorunu▪ ANİ yürüme güçlüğü, baş dönmesi, denge veya koordinasyon kaybı▪ Bilinmeyen bir nedenle ANİ şiddetli baş ağrısı	
<p>Bu belirtilerden herhangi birinin varlığında derhal 112'yi arayınız !</p> <p>İlk belirtinin görüldüğü zamanı kaydediniz !</p> <p>Bu bilgiler önemlidir ve tedavi kararlarını etkileyebilir !</p>	<p>Kronik Bakım Modeli - Özyönetim Desteği Bileşeni</p> <p>ADVICE / ÖNER (5A Metodolojisi)</p>

EK 15

EĞİTİM KİTAPÇIĞININ GÜVENİRLİK VE KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ-DISCERN ÖLÇÜM ARACI

BÖLÜM 1: Bu Kitapçık Güvenilir mi?

1. Amacı açık mıdır? (1. soruya “Hayır” yanıtı verilmişse, 3. soruya geçiniz.)

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Ne hakkında?
- Hangi konuları kapsıyor (ve hangi konuları kapsamıyor)?
- Kimler için yararlı olur?

2. Bu amaçlara ulaşılabilir mi?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

Bu kitapçıkta ana başlıklarda belirtilen bilgilere ulaşıp ulaşılamayacağını düşünün.

3. Konu ile ilgili mi?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

Bu kitapçıkta;

- Okuyucunun sorabileceği soruların yer alıp almadığı,
- Taburculuk ile ilgili önerilerin gerçekçi ya da uygun olup olmadığı.

4. Bu kitapçığı hazırlamada kullanılan kaynaklar açıkça belirtilmiş midir ?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığındaki bilgileri sunarken bunların bir araştırma bulgusu ya da uzman görüşü gibi kaynaklara dayandırılıp dayandırılmadığına bakın.
- Bibliyografi/ kaynak listesi, alıntı yapılan organizasyon ya da uzmanların adresleri gibi kaynakları kontrol anlamında gözden geçirin.

Derecelendirme notu: Kitapçık her iki ipucu için “5” puan karşılığında olmalıdır. Genel kitapçıklar için ilave bilgi ve destek kaynakları (soru 7) listesi gerekli değildir.

5. Bu kitapçıkta bildirilen ya da kullanılan bilginin tarihi açıkça belirtilmiş midir ?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Kitapçığın hazırlanmasında kullanılan başlıca bilgi kaynaklarının tarihine bakın.
- Kitapçığın baskı tarihine bakın
- Kitapçığın tarihine bakın (telif hakkı)

6. Bu kitapçık tutarlı ve tarafsız mıdır?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Kitapçığın kişisel ya da objektif bir bakış açısıyla yazılıp yazılmadığına ilişkin göstergelere bakın.
- Kitapçığın hazırlanmasında kullanılan bilgi kaynaklarının dağılımına bakın, bir araştırma ya da uzman görüşünden daha fazla olması.
- Kitapçığın başka bir tanılamasının olması

Dikkatli olunmalı eğer;

- Kitapçık diğer tedavi seçeneklerinden bahsetmeden özel bir tedavinin avantajları ya da dezavantajları üzerinde odaklanıyorsa,
- Kitapçık tek bir vakaya dayandırılıyorsa (bu durumdaki kişiler için ya da özel bir tedaviye tepkiler açısından tipik olmayabilir)
- Bilgi, heyecanlı, duygulu ya da tehlikeli bir şekilde sunuluyorsa.

7. İlave bilgi ya da destek kaynaklarına ilişkin ayrıntılar veriyor mu ?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Durum ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi ve öneri elde etmede diğer örgütlere ilişkin ayrıntılar ve daha fazla okuma için öneriler açısından bakın.

8. Bu kitapçıkta belirsiz yönlerden söz ediliyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığında uzman görüşlerindeki farklılıkları ya da bilgi eksikleri yönünden yazılan bilgilere bakın.
- Eğitim kitapçığında sunulan bilginin herkesi aynı şekilde, etkilediğinden söz edilmesine dikkat edin (özel bir bakım gereksiniminin başarı oranının %100 olduğunun belirtilmesi gibi).

BÖLÜM 2: Bu Kitapçıkta Sunulan Bilginin Kalitesi Nasıl?

Eğitim kitapçığında sunulan bilgiler taburculuk eğitiminin bir parçası olarak düşünülmelidir.

9. Bu kitapçıkta bilgilerin nasıl uygulanacağı tanımlanıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Taburculuk gereksinimlerinin tanımlanmasına bakın.

10. Bu kitapçıkta bilgilerin yararları tanımlanıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında sunulan bilginin kontrol edilmesi, tekrarların önlenmesi, kısa ve uzun süren durumlara ilişkin yararları yer alabilir.

11. Bu kitapçık taburculuk ile ilgili eksik kısımları tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında sunulan taburculuk bilgilerinin kullanılması, kısa ve uzun süreli etkilerine ilişkin riskler yer alabilir.

12. Bu kitapçıktaki bilgilerin kullanılmadığı durumlarda ne olacağını tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında sunulan bilgilerin/ uygulamaların ertelenmesi (uygulanmadan durumun nasıl geliştiğini izleme gibi) ya da tamamen vazgeçilmesi durumunda risk ve yararların tanımına bakın.

13. Bu kitapçıkta sunulan bilgilerin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığındaki bilgilerin günlük aktiviteler üzerine etkilerini tanımlayıp tanımlamadığına bakın.
- Eğitim kitapçığındaki bilgilerin aile, arkadaş ve bakım verenlere etkilerinin tanımlanmasına bakın.

14. Birden fazla taburculuk eğitimi seçeneği olabileceği açıklanmış mıdır?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığında sunulan taburculuk bilgilerinden hangi durumda yararlanacaklarının tanımlanmasına bakın.
- Eğitim kitapçığının daha fazla araştırmak ya da düşünmek için alternatifleri ortaya koyup koymadığına bakın.

15. Hastanın karar vermesi için destek sağlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında taburculuk ile ilgili konularda aile, arkadaş, doktor ya da diğer sağlık elemanları ile tartışılacak konuların belirlenip belirlenmediğine bakın.

BÖLÜM 3: Eğitim Kitapçığının Genel Değerlendirilmesi

16. Yukarıdaki tüm soruların yanıtlarına dayanarak sunulan bilgiler için bir kaynak olarak bu eğitim kitapçığının güvenilirlik ve kalitesini genel anlamda değerlendirin.

Düşük Ciddi/Aşırı eksikleri var		Orta Önemli Eksiklikleri var		Yüksek Çok az ancak ciddi değil
1	2	3	4	5



EK 16**RANDOMİZASYON LİSTESİ**

SIRA NO	GİRİŞİM GRUBU	KONTROL GRUBU
1.		X
2.	X	
3.	X	
4.	X	
5.		X
6.		X
7.	X	
8.		X
9.		X
10.	X	
11.	X	
12.	X	
13.	X	
14.		X
15.		X
16.	X	
17.	X	
18.		X
19.	X	
20.	X	
21.	X	
22.	X	
23.		X
24.	X	
25.		X
26.		X
27.	X	
28.		X
29.		X
30.		X
31.	X	
32.	X	
33.	X	
34.		X
35.		X
36.	X	
37.	X	
38.		X
39.		X
40.		X
41.	X	
42.	X	
43.		X
44.		X
45.	X	
46.		X
47.		X
48.	X	
49.		X
50.		X

SIRA NO	GİRİŞİM GRUBU	KONTROL GRUBU
51.	X	
52.		X
53.		X
54.		X
55.	X	
56.	X	
57.	X	
58.		X
59.		X
60.	X	
61.		X
62.	X	
63.	X	
64.	X	
65.	X	
66.		X
67.		X
68.		X

Set #1

2, 3, 4, 7, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 24, 27, 31, 32, 33, 36, 37, 41, 42, 45, 48, 51, 55, 56, 57, 60, 62, 63, 64, 65

Set #2

1, 5, 6, 8, 9, 14, 15, 18, 23, 25, 26, 28, 29, 30, 34, 35, 38, 39, 40, 43, 44, 46, 47, 49, 50, 52, 53, 54, 58, 59, 61, 66, 67, 68

Research Randomizer Results: <https://www.randomizer.org/>, Erişim Tarihi: 19.06.2017

EK 17**GİRİŞİM VE KONTROL GRUBU İZLEM FORMU**

	Hasta adı soyadı	Telefon	Çalışmaya alınma tarihi	Ön test uygulama tarihi	Son test planlama tarihi	Son test uygulama tarihi
1. Kontrol						
2. Girişim						
3. Girişim						
4. Girişim						
5. Kontrol						
6. Kontrol						
7. Girişim						
8. Kontrol						
9. Kontrol						
10. Girişim						
11. Girişim						
12. Girişim						
13. Girişim						
14. Kontrol						
15. Kontrol						
16. Girişim						
17. Girişim						
18. Kontrol						
19. Girişim						
20. Girişim						
21. Girişim						
22. Girişim						
23. Kontrol						
24. Girişim						
25. Kontrol						
26. Kontrol						
27. Girişim						
28. Kontrol						
29. Kontrol						
30. Kontrol						
31. Girişim						
32. Girişim						
33. Girişim						

	Hasta adı soyadı	Telefon	Çalışmaya alınma tarihi	Ön test uygulama tarihi	Son test planlama tarihi	Son test uygulama tarihi
34. Kontrol						
35. Kontrol						
36. Girişim						
37. Girişim						
38. Kontrol						
39. Kontrol						
40. Kontrol						
41. Girişim						
42. Girişim						
43. Kontrol						
44. Kontrol						
45. Girişim						
46. Kontrol						
47. Kontrol						
48. Girişim						
49. Kontrol						
50. Kontrol						
51. Girişim						
52. Kontrol						
53. Kontrol						
54. Kontrol						
55. Girişim						
56. Girişim						
57. Girişim						
58. Kontrol						
59. Kontrol						
60. Girişim						
61. Kontrol						
62. Girişim						
63. Girişim						
64. Girişim						
65. Girişim						
66. Kontrol						
67. Kontrol						
68. Kontrol						

EK 18**HASTANE KONTROLLERİ İÇİN HASTA RANDEVU FORMU**

Kronik Bakım Modeli - Özyönetim Desteği Bileşeni	Adı Soyadı	Tarih	Nöroloji Polikliniği	FTR	Diyetisyen	Diğer (Endokrin Polikliniği)	Açıklama
ARRANGE / İZLE (5A Metodolojisi)							

EK 19**GİRİŞİM GRUBU TELEFON GÖRÜŞMELERİ LİSTESİ**

Adı Soyadı	Telefon Görüşme Tarih ve Saati	Telefon Görüşme Süresi (dk)	Telefon ile Görüşme Nedenleri / Konu	Telefon ile yapılan öneri / öneriler	Kronik Bakım Modeli
1. Hasta					- Özyönetim Desteği Bileşeni
2. Hasta					ARRANGE / İZLE (5A Metodolojisi)

**GİRİŞİM GRUBU SMS LİSTESİ
(EĞİTİMİ DESTEKLEYİCİ NİTELİKTE HATIRLATICI MESAJ
ÖRNEKLERİ)**

1	Kişinin inme geçirmek üzere olduğunu gösteren uyarıcı belirtiler: yüz, kol ve bacakta hissizlik, güçsüzlük veya tam güç kaybı; ani bulanık görme veya ani görme kaybı; konuşma veya anlama güçlüğü; baş dönmesi, denge kaybı veya açıklanamayan düşme; yutma güçlüğü; açıklanamayan ani baş ağrısı; ani bilinç bulanıklığı
2	Uyarıcı belirtileri fark ederseniz HEMEN 112'yi arayınız!!!
3	Büyük tansiyonun 140 mm Hg ve üzeri olması ; küçük tansiyonun 90 mm Hg ve üzeri olması sağlığınız için tehlikelidir!!! Tansiyonunuzu düzenli olarak ölçünüz / ölçtürünüz !!!
4	Tansiyonunuzu evde kontrol etmeyi öğreniniz.
5	Doktor randevularınıza uyunuz !!!
6	Aşırı tuz tüketiminden kaçınınız !!!
7	Gıdalarınıza masada tuz eklemeyiniz !!!
8	Tatlandırma amacıyla oy veya baharat kullanımını tercih ediniz.
9	İşlenmiş gıda tüketimini sınırlandırınız !!!
10	Masadan tuzluğu kaldırınız !!!
11	Yiyeceklerin etiketlerini okuyunuz ve yüksek tuz içerikli gıdalardan kaçınınız!!!
12	Sağlıklı kiloda kalınız !!!
13	Gün boyunca hareketli bir yaşam sürdürünüz !!!
14	Alkolü kısıtlayınız !!!
15	Sigara ve diğer tütün ürünlerini kullanmayınız !!!
16	Aşırı tuz tüketiminden kaçınınız !!!
17	Diyabetinizi önleyerek veya yöneterek inme riskinizi azaltabilirsiniz !!!
18	Kan şekerinin hedeflenen düzeylerde olması hastalığa ilişkin sorunların gelişme riskini azaltır !!!
19	Açlık kan şekeriniz 100 mg/dl üzerinde, tokluk kan şekeriniz 140 mg/dl üzerinde ise şeker hastalığı açısından risk altında olabilirsiniz !!!
20	HbA1c değerinin %5.7-6.4 arasında olması şeker hastalığı açısından yüksek riski ifade etmektedir !!!
21	HbA1c %6.5 ve üzerinde olması şeker hastalığının olduğunu göstermektedir !!!
22	HbA1c düzeyinin %7 ve altında tutulması
23	Az miktarda kilo kaybı genellikle sağlığınızda büyük bir fark yaratabilir !!!
24	Günde iyi dengelenmiş 3 ana ve 3 ara öğün tüketiniz. Her gün aynı zamanlarda yemeyi deneyiniz.
25	Her ana yemek veya ara öğünde protein tüketiniz.
26	Posalı besin alımını arttırınız
27	Öğün atlamayınız !!! Öğünleri ikiye katlayınız !!!
28	Yağsız etleri seçiniz !!!
29	Az yağlı veya yağsız süt ürünleri / peynir tüketiniz !!!

30	Meyve ve sebze tüketimin arttırınız !!!
31	Sigara içmek inme riskini 2 katına çıkartır !!! Sigara içiyorsanız mutlaka bırakınız !!!
32	Sigarayı bırakmak kan basıncını, kalp krizi ve inme riskini azaltır !!!
33	Sigara içme isteğinizi kontrol etmenize yardımcı olmak üzere sigara bırakma polikliniğine gidiniz.
34	Sigara satın almak için ayırdığımız para ile kendiniz için güzel bir şeyler alınız.
35	Yiyecekleri kızartmak yerine fırında pişiriniz, ızgara yapınız, haşlayınız ya da buğulama yapınız.
36	Günde 6-8 bardak su içiniz.
37	Porsiyon boyutlarını küçültünüz

*5A Metodu ve Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği içeriğinde yer alan konulara göre hazırlanmıştır.



GİRİŞİM GRUBU SMS İZLEM LİSTESİ

Hasta adı soyadı	Telefon Numarası	Tarih / SMS No														Kronik Bakım Modeli	
		Tarih	1	Tarih	2	Tarih	3	Tarih	4	Tarih	5	Tarih	6	Tarih	7		
																	-
																	Özyönetim
																	Destegi Bileşeni
																	ADVİCE /
																	ÖNER
																	(5A
																	Metodolojisi)

ETİK KURUL İZİNİ



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu


Sayı : 70904504/10⁶
Konu :

08.03/2017

Sayın
Doç.Dr.Hicran BEKTAŞ
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz, "İskemik İnme Geçiren Hastalarda Kronik Bakım Modeli'ne Temellendirilmiş Eğitimin ve Telefonla İzlemin Özyönetime, Yaşam kalitesine ve hasta Memnuniyetine Etkisi" adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof.Dr.Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Eki: Etik Kurul Kararı


Adres : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat ANTALYA
Tel : (242)249 69 54
Faks : (242) 249 69 03
e-posta : etik@akdeniz.edu.tr

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

2017

KARAR


ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd.Doç.Dr.Hicran BEKTAŞ	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İskemik İnme Geçiren Hastalarda Kronik Bakım Modeli'ne Temellendirilmiş Eğitim ve Telefonla İzlemin Özyönetime, Yaşam kalitesine ve hasta Memnuniyetine Etkisi"	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:153	Tarih: 01.03.2017
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	


Prof.Dr. Ayda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı


Öğr. Gör. Dr. M. Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı



Prof. Dr. Murat CANPOLAT
(Ezeli)

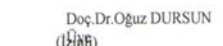

Prof. Dr. Dilara İNAN
Üye



Prof. Dr. Necmiye HADİMIOĞLU
Üye



Prof. Dr. Selahattin KUMRU
Üye


Doç. Dr. Gülsun Öge BAŞSAĞ
Üye



Doç. Dr. Dijle KİPMEN KORGUN
(Ezeli)


Doç. Dr. Oğuz DURSUN
(Ezeli)


Yrd. Doç. Dr. Mehtap TÜRKAY
Üye


Yrd. Doç. Dr. Banu NUR
Üye


Dr. Ünal HÜLÜR
Üye


Turgut ALTUN
Üye


Av. Mustafa AÇIKEL
Üye

HASTANE İZİN YAZISI

Evrak Tarih ve Sayısı: 30/03/2017-E.43157



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 57830559-302.14.03-E.43157
Konu : Simge KALAV Tez Çalışması

30/03/2017

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 29/03/2017 tarihli ve 26708535-900-E.42510 sayılı yazı,

Enstitümüz İç Hastalıkları Hemşireliği doktora programı öğrencisi Simge KALAV'ın "İskemik İnme Geçiren Hastalarda Kronik Bakım Modeli'ne Temellendirilmiş Eğitimin ve Telefonla İzlemin Öz Yönetime, Yaşam Kalitesine ve Hasta Memnuniyetine Etkisi" konulu tezi ile ilgili araştırmasını; Temmuz 2017 - Ocak 2018 tarihleri arasında Üniversitemiz Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalında yapabildiğinin uygun görüldüğüne ilişkin ilgi'de kayıtlı yazı ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve konunun adı geçen öğrenci ile danışman öğretim üyesine bildirilmesi hususunda gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof.Dr. Narin DERİN
Müdür

Ek: 2 sayfa ilgi yazı

Adres Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dumlupınar Bulvarı 07058
Yerleşke/Antalya
Telefon:0(242)227 44 95 Faks:0(242) 310 60 08
e-Posta:saglikbil@akdeniz.edu.tr Elektronik Ağ:http://saglikb.akdeniz.edu.tr/tr

Bilgi için: Burhan ÇAKMAZ
Unvanı: Memur
Tel No: 0 242 227 44 95

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Nöroloji Anabilim Dalı



Sayı : 35175614-010.99-E.20322
Konu : Simge KALAV hk.

14/02/2018

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ (HASTANE) BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 09.02.2018 tarih ve E.18888 sayılı yazınız;

İlgili yazıda Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı öğrencisi Simge KALAV' ın "İskemik İnme Geçiren Hastalarda Kronik Bakım Modeli' ne Temellendirilmiş Eğitimin ve Telefonla İzlemin Özyönetime, Yaşam Kalitesine ve Hasta Memnuniyetine Etkisi" başlıklı tez projesinin verileri tamamlanamadığı için yazılarının Şubat 2018 tarihinden 66 inme geçiren hastaya ulaşınca kadar uzatılabilmesi uygundur.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır
Prof.Dr. Babür DORA
Anabilim Dalı Başkanı

Evrak Tarih ve Sayısı: 02/03/2018-E.28416



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Üniversite Hastanesi Başmüdürlüğü



Sayı : 26708535-900-E.28416
Konu : Simge KALAV Hk.

02/03/2018

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 06/02/2018 tarihli ve 57830559-302.14.03-E.16457 sayılı yazı,

İlgide kayıtlı yazınıza istinaden, Danışmanlığını Prof.Dr.Hicran BEKTAŞ'ın yürüttüğü, Enstitünüz İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı öğrencisi Simge KALAV'ın "İskemik İnme Geçiren Hastalarda Kronik Bakım Modeli'ne Temellendirilmiş Eğitimin ve Telefonla İzlemin Özyönetime, Yaşam Kalitesine ve Hasta Memnuniyetine Etkisi" başlıklı tezi ile ilgili araştırmasının verileri tamamlanmadığı için izin yazılarının Şubat 2018 tarihinden 66 inme geçiren hastaya ulaşincaya kadar uzatılabilmesi uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Neval BOZTUĞ
Başhekim V.

Ek: Nöroloji Anabilim Dalı Yazısı

Adres: Akdeniz Üniversitesi Sağlık, Araştırma ve Uygulama Merkezi (Hastane)
Telefon: 2422496000 Faks: 2422496040
e-Posta: yaziisl@akdeniz.edu.tr Elektronik Ağ: www.akdeniz.edu.tr

Bilgi için: Fulya ALTINANAHTAR
Unvanı: Sekreter

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

İNME ÖZ ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

11.12.2017

Gmail - İnme Öz Yeterlilik Ölçeği Hakkında



SiMgE KaLaV <simge.kalav@gmail.com>

İnme Öz Yeterlilik Ölçeği Hakkında

3 ileti

SiMgE KaLaV <simge.kalav@gmail.com>
 Alıcı: stopcu@ku.edu.tr

4 Ekim 2017 09:50

Sayın Topçu,

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde araştırma görevlisiyim. Doktora tez konum inme ile ilgili. Danışman Hocam Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ ile birlikte ekte yer alan çalışma özetinizi inceleme şansımız oldu. Tezimde ve tez sonrası yayın aşamasında çalışmanıza atıfta bulunacak şekilde kaynak göstererek ölçeğinizi kullanmak istiyorum. İzniniz olursa geçerlilik çalışmasını yapmış olduğunuz inme öz etkililik ölçeğinin Türkçe versiyonu ve değerlendirme, puanlama yöntemini edinme şansım olur mu?

Saygılarımla..

Simge KALAV
 Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
 İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

self-efficacy questionnaire.pdf
 254K

Serpil Akkuş Topçu <STOPCU@ku.edu.tr>
 Alıcı: SiMgE KaLaV <simge.kalav@gmail.com>

5 Ekim 2017 10:07

Merhaba Simge Hn,

Elbette kullanabilirsiniz. Benim analizimde ölçek tek faktör çıktı, alt grupları yok. Orijinal ölçeğin yazarı da tek faktörü öneriyor. Ölçeğin 0-3 ve 0-10 olmak üzere kullanılacak 2 ayrı skalası var. Ben 0-3 olanı tercih ettim. Yazar her ikisinin de kullanılabilirliğini belirtti. Ters kodlaması olan sorular yok. Ölçekten alınan puan ne kadar yüksek ise öz etkililik o kadar yüksektir şeklinde yorumlanıyor; yani bir kesme noktası yok. 0-3 skalayı kullanırsanız ölçekten alınabilecek puan 0-39 arası değişiyor. 0-10 skalayı tercih ederseniz ölçekten alınabilecek puan 0-130 arasında değişmekte. Çalışmanızda kolaylıklar dilerim....

From: SiMgE KaLaV [mailto:simge.kalav@gmail.com]
Sent: Wednesday, October 04, 2017 9:50 AM
To: Serpil Akkuş Topçu
Subject: İnme Öz Yeterlilik Ölçeği Hakkında

[Alınılan metin gizlendi]

Öz etkililik .docx
 18K

SiMgE KaLaV <simge.kalav@gmail.com>
 Alıcı: Serpil Akkuş Topçu <STOPCU@ku.edu.tr>

5 Ekim 2017 21:33

Değerli paylaşımınız ve anketle ilgili bildirimleriniz için çok teşekkür ederim, saygılarımla..

5 Eki 2017 10:07 tarihinde "Serpil Akkuş Topçu" <STOPCU@ku.edu.tr> yazdı:

[Alınılan metin gizlendi]

[https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=3312d50fd3&jsver=UZ_Y6bScZr0.tr.&view=pt&q=stopcu%40ku.edu.tr&q=stopcu%40ku.edu.tr&qs=true&search=query&th=15e...](https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=3312d50fd3&jsver=UZ_Y6bScZr0.tr.&view=pt&q=stopcu%40ku.edu.tr&q=stopcu%40ku.edu.tr&q=stopcu%40ku.edu.tr&qs=true&search=query&th=15e...) 1/1

İNMEYE ÖZGÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

11.12.2017

Gmail - İnmeye Özgü Yaşam kalitesi Ölçeği - İZİN



SiMgE KaLaV <simge.kalav@gmail.com>

İnmeye Özgü Yaşam kalitesi Ölçeği - İZİN

3 ileti

SiMgE KaLaV <simge.kalav@gmail.com>
Alıcı: khorshidleyla@gmail.com

17 Ocak 2017 09:29

Sayın Hocam,

Ben Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde araştırma görevlisiyim (Simge Kalav). Sayın Hakverdioğlu'na ulaşamadığım için size sormamın uygun olabileceğini düşündüm. İziniz olursa geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz yaşam kalitesi ölçeğini tezimde kullanabilir miyim?

Saygılarımla..

İyi günler dilerim

Leyla Khorshid <khorshidleyla@gmail.com>
Alıcı: SiMgE KaLaV <simge.kalav@gmail.com>

17 Ocak 2017 15:25

İzin veriyorum. Ancak Sayın Gülendam HAKVERDİOĞLU'NUN da izinini almalısınız.

17 Ocak 2017 10:29 tarihinde SiMgE KaLaV <simge.kalav@gmail.com> yazdı:

[Alıntılanan metin gizlendi]

SiMgE KaLaV <simge.kalav@gmail.com>
Alıcı: Leyla Khorshid <khorshidleyla@gmail.com>

17 Ocak 2017 17:43

Çok teşekkür ederim Hocam, Gülendam Hanım'dan da izin isteyeceğim. İyi akşamlar dilerim..

17 Ocak 2017 15:25 tarihinde Leyla Khorshid <khorshidleyla@gmail.com> yazdı:

[Alıntılanan metin gizlendi]

--
Simge Kalav

KRONİK HASTALIK BAKIMINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

11.12.2017

Gmail - Ölçek İzni



SiMgE KaLaV <simge.kalav@gmail.com>

Ölçek İzni

3 ileti

SiMgE KaLaV <simge.kalav@gmail.com>
Alıcı: kubraircirkus@trakya.edu.tr

16 Ocak 2017 13:29

Sayın Hocam,

Ben Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nden Arş. Gör. Simge KALAV.

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda doktora yapıyorum. Tezimde izniniz olursa geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz "Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği"ni kullanmak istiyorum. İzniniz olduğuna dair geri bildirim verebilirseniz çok memnun olurum :)

Saygılarımla..

kubraircirkus@trakya.edu.tr <kubraircirkus@trakya.edu.tr>
Alıcı: SiMgE KaLaV <simge.kalav@gmail.com>
Cc: nnahcivan@gmail.com

16 Ocak 2017 16:11

Sayın Araş. Gör. Simge KALAV,

Prof.Dr. Nursen NAHCIVAN hocamla birlikte geçerlik ve güvenilirliğini yaptığımız **Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu**'nu, tez çalışmanızda elbette kullanabilirsiniz. Dokuz Eylül Üniversitesi HYO E-Dergisi'nin 2011 temmuz sayısındaki makalemizden kısa ve öz bilgilere ulaşabilir ve kaynak olarak da onu kullanabilirsiniz. Ekte ölçeği ve ilgili makaleyi size gönderiyorum.

Çalışmanızda başarılar dilerim.

Araş.Gör. Dr. Kübra İNCİRKUŞ

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Balkan Yerleşkesi Merkez/Edirne
Telefon: (0284) 213 30 42 (Dahili: 2127)

https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=3312d50fd3&jsver=UZ_Y6bScZr0.tr.&view=pt&q=kubraircirkus%40trakya.edu.tr&qs=true&search=quer... 1/2

DISCERN ÖLÇÜM ARACI KULLANIM İZİNİ

23.05.2018

Gmail - Discern Ölçüm Aracı Kullanım İzni



SiMgE KaLaV <simge.kalav@gmail.com>

Discern Ölçüm Aracı Kullanım İzni

Feray Gokdogan <fgokdogan@ciu.edu.tr>
Alıcı: SiMgE KaLaV <simge.kalav@gmail.com>

13 Mart 2018 09:55

Sayın Arş. Gör. Simge KALAV
Akdeniz Üniversitesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Antalya

"İskemik inme geçiren hastalarda Kronik Bakım Modeli'ne temellendirilmiş eğitimin ve telefonla izlemin öz yönetime, yaşam kalitesine ve hasta memnuniyetine etkisi " konulu tez çalışmanızda "öz yönetim bileşeni"ne yönelik hazırlayacağınız kitapçık için eğitim materyallerinin uygunluğunun değerlendirmesinde geçerlilik güvenilirliği tarafımdan yapılan DISCERN kullanırken kaynak gösterdiğiniz (aşağıda belirtilmiştir) ve aşamaları konusunda geribildirimde bulunduğunuz takdirde, DISCERN çalışmanızda kullanmanız bilgiyi paylaşma adına bir sakınca bulunmamaktadır. Ekteki dosyada ölçek ve değerlendirme kriterleri yer almaktadır.

Sonrasında hasta eğitim kitapçığını ve citation ilişkin bilgiyi paylaşırsanız memnun olurum.

Ekte DISCERN Ölçeği ve değerlendirmesi gönderilmektedir.

Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

İyi çalışmalar ve iyi günler

Prof.Dr.Feray GÖKDOĞAN
Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Gökdoğan F."Etkili Bir Hasta İletişimi İçin Araç Geliştirme: Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi (DISCERN). Onkoloji Hemşireliği Derneği Bülteni. No:16-17 : 8-16 (2003).

Kimden: "SiMgE KaLaV" <simge.kalav@gmail.com>

Kime: "Feray Gokdogan" <fgokdogan@ciu.edu.tr>

Gönderilenler: 13 Mart Salı 2018 10:50:14

Konu: Re: Discern Ölçüm Aracı Kullanım İzni

[Alınılan metin gizlendi]

https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=3312d50fd3&jsver=5clwjYYxVK4.tr.&cbl=gmail_fe_180508.13_p10&view=pt&msg=1621e5c191c2e3da&q=fgokdog

EĞİTİM KİTAPÇIĞI



İNME ÖZYÖNETİMİ EĞİTİM KİTAPÇIĞI



Hazırlayan
Simge KALAV

Danışmanlar
Prof.Dr. Hicran BEKTAŞ
Dr.Öğr.Üyesi Ali ÜNAL

Bu kitapçık Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programında “İskemik İnme Geçiren Hastalarda Kronik Bakım Modeli’ne Temellendirilmiş Eğitimin ve Telefonla İzlemin Özyönetime, Yaşam Kalitesine ve Hasta Memnuniyetine Etkisi” konulu tez çalışması kapsamında hazırlanmıştır.

TEŞEKKÜR

Kitapçığın hazırlanması süresince her aşamada destek olan değerli danışman hocam Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ'a, değerli geribildirimleri sayesinde kitapçığın gelişmesine katkı sağlayan ikinci danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Ali ÜNAL'a, katkı ve desteklerinden ötürü Tez İzlem Komitesi'nde yer alan değerli hocalarım Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM ve Prof. Dr. Zeynep ÖZER'e teşekkür ederim.



ÖZGEÇMİŞ

Simge KALAV, 2008 yılında Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'ndan mezun olmuştur. Yüksek Lisansını Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda İç Hastalıkları Hemşireliği alanında 2011 yılında tamamlamıştır. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda 2014 yılında Araştırma Görevlisi olarak çalışmaya başlamıştır. Akdeniz Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği programında 2014 yılında doktora eğitimine başlamıştır. Yazar, Nöroloji Hemşireliği ve hemşirelik bakımı alanında uzmanlaşmaktadır. Doktora tezi kapsamında "İskemik İnme Geçiren Hastalar" için modele dayalı bakım programını uygulamaktadır.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Simge	Uyruğu	T.C.
Soyadı	KALAV	Tel no	0 539 258 47 03
Doğum tarihi	23.10.1985	e-posta	simge.kalav@gmail.com

Eğitim Bilgileri

	Mezun olduğu kurum	Mezuniyet yılı
Lise	Tarsus Mustafa Kemal Anadolu Lisesi	2003
Lisans	Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2008
Yüksek Lisans	Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı	2011
Doktora	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı	2020

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Arş. Gör.	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2014 – Devam ediyor
Arş. Gör.	Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu	2013-2014
Hemşire	Çukurova Aşkım Tüfekçi Devlet Hastanesi Genel Yoğun Bakım Ünitesi	2010- 2013
Hemşire	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi	2008 – 2008

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	YDS	86.25
İngilizce	YÖKDİL	93.75

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Sistemik Tedavi Uygulanan Kanserli Bireyler İçin Online Eğitim Programı Geliştirilmesi ve Programın Etkinliğinin Değerlendirilmesi, TÜBİTAK Projesi, 113S924.	TÜBİTAK [SBAG – 1001]	2014-2016
İskemik İnme Geçiren Hastalarda Kronik Bakım Modeli'ne Temellendirilmiş Eğitimin Ve Telefonla İzlemin Özyönetime, Yaşam Kalitesine Ve Hasta Memnuniyetine Etkisi	Bilimsel Araştırma Projesi [BAP]	2018-2020

Yayınlar

Kalav S., Yurtsever S., "İnme Tanısı Almış Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Yükü ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki ", Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi, ss.48-69, 2019.

Kalav S., Bektaş H., "Tekrarlayan İnmenin Önlenmesinde Kronik Bakım Modeli: Özyönetim Destekli Bakım Yaklaşımları ", İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, cilt.3, ss.27-32, 2018.

Kalav S., Bektaş H., "Romatoid Artritte Semptom Yönetimi ve Hemşirelik", Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, cilt.34, ss.112-130, 2018.

Terkeş N., Kalav S., Bektaş H., "Geriatric Hemşireliği Bakım Modelleri ", Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi, pp.180-199, 2018.

Kalav S., Bektaş H., "Attempts to prevent falls after stroke", Neurosurg, vol.2, pp.30-30, 2017.

Bektaş H., Kalav S., "Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme", Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi - International Refereed Journal of Nursing Researches, pp.201-231, 2017.

Kalav S., Bektaş H., "Yaşlıda ağız ve diş sağlığı önerileri", Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi , ss.182-206, 2016.

Kalav S., Özer Z., "Dünya'da ve Türkiye'de Kardiyoloji Hemşireliği", Turk J Card Nur., cilt.7, ss.2-14, 2016.

Bektaş H., Coşkun H.Ş., Arıkan F., Özcan K., Tekeli A., Kondak Y. , et al., "Development and evaluation of the effectiveness of the online education programme among cancer patients undergoing treatment of systemic chemotherapy - first phase results", European Journal of Cancer, vol.51, pp.219-219, 2015.

Yurtsever S., Özge A., Kara A., Yandım A., Kalav S., Yeşil P. , "The relationship between care burden and social support in Turkish Alzheimer patients family caregivers: Cross-sectional study", Journal of Nursing Education and Practice, vol.3, pp.1-12, 2013.

Bildiriler

Kalav S., "The effect of acupressure on stroke symptoms: Examples of evidence-based practice", 7th Global Experts Meeting on Nursing and Nursing Practice, Barselona, İspanya, 9-10 Aralık 2019, pp.25.

Kalav S., Bektaş H., "İnme özyönetim programlarının etkisi: Kanıta dayalı uygulama örnekleri", I. Uluslararası Hemşirelik Bakımı ve Araştırma"- "International Nursing Care & Research (INCARE), Gaziantep, Antalya, 1-3 Kasım 2019, pp.200-217.

Kalav S., Bektaş H., "İnme geçiren hastalarda kanıt temelli fiziksel aktivite önerileri", 21. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, Türkiye, 09-13 Ekim 2019.

Altın Çetin A., Bektaş H., Kalav S., "Geriatrik kanserli hastalarda sarkopeni ve hemşirelik yaklaşımı", 2. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, Burdur, Türkiye, 24-27 Nisan 2019, pp.847-854.

Kalav S., Bektaş H., "Romatoid artritte özyönetim programlarının semptomlar üzerine etkisi", 2. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, Burdur, Türkiye, 24-27 Nisan 2019, pp.853-858.

Kalav S., Bektaş H., Altın Çetin A., "Multiple Skleroz tedavisinin önemli bileşeni: beslenme ve mikrobiyota", 2. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, 24-27 Nisan 2019, pp.349-356.

Bektaş H., Kalav S., Altın Çetin A., "Geriatrik İnovasyonlar: Tedavi ve bakım uygulamalarındaki yenilikler", 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, Burdur, Türkiye, 2-5 Mayıs 2018, pp.53-54.

Altın Çetin A., Kalav S., Bektaş H., "Mukozit yönetiminde kanıt temelli uygulamalar", 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, Burdur, Türkiye, 2-5 Mayıs 2018, pp.72-73.

Kalav S., Altın Çetin A., Bektaş H., "İnme geçiren hastalarda oral hijyene yönelik yapılan uygulamaların etkisi", 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, Burdur, Türkiye, 2-5 Mayıs 2018, pp.54-55.

Altın Çetin A., Bektaş H., Kalav S., "Onkoloji Hastalarında Semptom Günlüğü Tutma ve Bakıma Katkıları", 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, Burdur, Türkiye, 2-5 Mayıs 2018, pp.162-162.

Kalav S., Bektaş H., "The care innovation and transformation program", International Conference on Nursing, Antalya, Türkiye, 16-18 Mart 2017, pp.137-137.

Kalav S., Bektaş H., "İnme geçiren hastalarda ayna terapisi kullanımı", 19. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, Türkiye, 11-15 Ekim 2017, ss.329-329.

Kalav S., Özer Z., "The effect of reflexology on fatigue in in chronic diseases", 1. Uluslararası ve 3. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi, Antalya, Türkiye, 24-26 Kasım 2016, pp.289-293.

Kalav S., Bektaş H., "Acupressure effect on sleep disorders in the elderly ", 1. Uluslararası ve 3. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi, Antalya, Türkiye, 24-26 Kasım 2016, pp.301-306.

Bektaş H., Coşkun H.Ş., Arıkan F., Özcan K., Tekeli A., Kondak Y. , et al., ""Sistemik tedavi uygulanan kanserli bireyler için online eğitim programı geliştirilmesi ve programın etkinliğinin değerlendirilmesi – Birinci aşama sonuçları", 21. Ulusal Kanser Kongresi, Antalya, Türkiye, 22-26 Nisan 2015, ss.229-229.

Kalav S., Bektaş H., "Yaşlıda ağız ve diş sağlığı önerileri", 12. Ulusal Geriatri Kongresi, Antalya, Türkiye, 5-8 Mart 2015, ss.68-69.

Bektaş H., Coşkun H.Ş., Arıkan F., Özcan K., Tekeli A., Kondak Y...Kalav S, "Development and evaluation of the effectiveness of the online education programme among cancer patients undergoing treatment of systemic chemotherapy – first phase results", European Cancer Congress 2015, Viyana, Avusturya, 25-29 Eylül 2015, pp.1-1.

Terkeş N., Kalav S., Bektaş H., "Geriatri Hemşireliği bakım modelleri", 7. Akademik Geriatri Kongresi, Antalya, Türkiye, 28-31 Mayıs 2014, ss.202-203.

Kalay S., Yurtsever S., ""İnme tanısı almış hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükü ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişki"", 13. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, Türkiye, 5-9 Ekim 2011, ss.17-17.

