



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**İNME GEÇİREN HASTALARIN ÖĞRENME GEREKSİNİMLERİ
VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Gonca ŞENGÜL CAN

Tez Danışmanı

Dr.Öğr. Üyesi Pelin UYMAZ

İSTANBUL-2019

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**İNME GEÇİREN HASTALARIN ÖĞRENME GEREKSİNİMLERİ
VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Gonca ŞENGÜL CAN

Tez Danışmanı

Dr.Öğr. Üyesi Pelin UYMAZ

İSTANBUL-2019

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anabilim Dalı : HEMŞİRELİK
Program : İÇ HASTALIKLARI
Öğrenci No : 164204014
Öğrenci Adı Soyadı : GONCA ŞENGÜL CAN

İNME GEÇİREN HASTALARIN ÖĞRENME GEREKSİNİMLERİ ve ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 28.02.2019 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : PROF.DR. BESTİ ÜSTÜN
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza 

Danışman : DR.ÖĞR. ÜYESİ PELİN UYMAZ
(Alanya Üniversitesi)

İmza



Üye : DR.ÖĞR. ÜYESİ SEBAHAT ATEŞ
(Maltepe Üniversitesi)

İmza



ONAY

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

Doç.Dr. Türker Tekin ERGÜZEL
Enstitü Müdür V.

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, inme geçiren hastaların taburculuk eğitiminde ihtiyaç duydukları öğrenme gereksinimlerini ve etkileyen faktörleri belirlemektir. Çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini bir üniversite hastanesinin Nöroloji Servisi'nde 15 Nisan-15 Eylül 2018 tarihleri arasında yatarak tedavi gören inme hastaları oluşturmuştur. Toplumumuzdaki inme prevalans oranı 100.000'de 254 'tür. İstatistiksel %95 güvenilirlikle ve 0.03 hata toleransı ile bu çalışmanın örneklem genişliği 104 hasta olarak bulunmuştur. Bu çalışmaya 120 hasta katılmış, 11 hasta soruların tamamını cevaplayamadığı için 109 hasta sayısı örnekleme kabul edilmiştir. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizi bilgisayar ortamında PSPP (free software; Updated: \$Date: 2018/09/04 17:07:35\$, [GNU General Public License](#)) ve Microsoft Excel programı kullanılmıştır.

Çalışmanın sonucunda bulunan HÖGÖ toplam ölçek puanı $200.43 \pm 34.77(204)$ şeklindedir. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'den alınabilecek en yüksek puan bu çalışma için 245'tir. 25.soru bu çalışma için uygun olmadığı için 0 puan olarak puanlanmıştır. '4,43' ile alt boyut puan ortalamalarında önem düzeyinde "**ilaçlar**" alt boyutu yüksek çıkmıştır. Çalışmada HÖGÖ alt boyutu puan ortalamaları önem düzeyine bakıldığında '3,63' ile **toplum ve izlem** alt boyutunun en düşük puanı aldığı görülmektedir. Sosyo-demografik özellikler ve HÖGÖ dağılımına bakıldığında yaş grupları arasında **toplum ve izlem** ve **cilt bakımı** alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p < 0,05$). Yaşanılan yere göre ise, **tedavi ve komplikasyonlar** alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p < 0,05$). Hastaların sağlık&hastalık özellikleri ile HÖGÖ dağılımına bakıldığında ise sigara kullanma bilgisinde **ilaçlar**, **yaşam aktiviteleri**, **toplum ve izlem**, **tedavi ve komplikasyonlar**, **cilt bakımı** ve ölçek toplam puan farklılıkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p < 0,05$). Taburculuk eğitimini kimden aldığı ile ilgili durumda ise HÖGÖ bütün alt boyutları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p < 0,05$).

Sonuç olarak, inme geçiren hastaların öğrenme gereksinimlerinin yüksek olduğu bulunmuştur, hasta taburculuk eğitimi planlamalarında bireye özgü eğitimlerin verilmesi önerilmektedir. **Anahtar Kelimeler:** İnme, hasta öğrenim gereksinimleri, taburculuk, hemşire

DETERMINATION OF LEARNING REQUIREMENTS AND EFFECTIVE FACTORS OF STROKE PATIENTS

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the learning needs and the factors affecting the need for discharge training in patients with stroke. The study was carried out as descriptive and cross-sectional. The study population consisted of stroke patients who were hospitalized in the Neurology Department of a university hospital between April 15 and September 15, 2018. The prevalence of stroke in our society is 254 per 100,000. The sample size of this study was 104 patients with 95% reliability and 0.03 error tolerance. 120 patients were enrolled in this study. As 11 patients were unable to answer all the questions, 109 patients were accepted as sampling. While gathering the data, Introductory Information Form and the Scale of Patient Learning Requirements are used. Analysis of the data can be accessed from the computer.

According to the results of the research, total scale score is 200.43 ± 34.77 (204). The highest possible score for this research from HÖGÖ is 245. The question 25 is graded as '0' because it is not appropriate for this research. With '4.43' in score average of lower dimension, 'Medicine' lower dimension gets importantly the high score. When we look at the significance level of HÖGÖ lower dimension average in the research with '3.63' it is seen that 'Community and Monitoring' lower dimension gets the lowest score. According to distribution of socio-demographic characteristics and HÖGÖ, among the groups, the difference is noticed statistically in 'Community and Monitoring' and 'Skin Care' lower dimension. When we think about 'place' the lower dimension of 'Treatment and Complications' is found meaningful statistically. When we look at the features 'Health Illness' of the patients and the distribution of HÖGÖ (whether they smoke or not), 'Medicines, Daily Life Activities, Community and Monitoring, Treatment and Complications, Skin Care and the difference of Total Scale Score are found meaningful statistically. In the situation of discharge training given by whom, HÖGÖ all lower dimension is found meaningful statistically.

As a result, it is found that stroke patients importantly need learning requirements and it is suggested that individual training should be given in the planning of patient discharge training.

Key Words: Stroke, Patient Learning Requirements, Discharge, Nurse

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezimin tüm aşamalarında destek ve yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Pelin Uymaz'a, tezimin şekillenmesine katkı sağlayan hocam Sayın Prof. Dr. Besti Üstün'e , İç hastalıkları hemşireliğini sevdiren Dr. Öğr. Üyesi Sebahat Ateş'e,

Yüksek Lisans Tezimin tüm aşamalarında bana destek olan eşim Ersin'e, Uzman Psikolog Eda Arslanoğlu'na, çok değerli arkadaşlarım Zübeyde Sevim ile Merve Seyfi'ye ve Nöroloji Servisi'nin çok kıymetli sorumlu hemşiresi ve klinik hemşirelerine,

Her zaman desteğini arkamda hissettiğim canım annem, babam ve ablama,

Saygılarımı sunar, sonsuz teşekkür ederim.

BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Tarih

Gonca ŞENGÜL CAN

İmza

İÇİNDEKİLER

ÖZET	1
ABSTRACT	11
TEŞEKKÜR	111
BEYAN	IV
İÇİNDEKİLER	V
TABLolar DİZİNİ	VIII
ŞEKİLLER DİZİNİ	X
SİMGELER ve KISLATMALAR DİZİNİ	XI
1. GİRİŞ	1
1.1.Araştırma Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. İnmenin Tanımı.....	4
2.2.İnmenin Sınıflandırılması.....	4
2.2.1. İskemik İnme.....	4
2.2.2. Hemorajik İnme.....	4
2.3.İnme Epidemiyolojisi.....	5
2.4. İnme Hastalığının Risk Faktörleri.....	6
2.4.1. Değişilemeyen Risk Faktörleri.....	6
2.4.2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri.....	7
2.5. İnme Belirtileri.....	9
2.5.1. Motor Belirtiler.....	9
2.5.2.Duyusal Belirtiler.....	10
2.5.3.Davranışsal/Bilişsel Belirtiler.....	10
2.5.4.Beynin Sağ-Sol Tarafında Oluşan Değişimler.....	10
2.6.İnme Tanılama.....	10
2.7. İnme Tedavisi.....	11
2.7.1.Endovasküler Girişimsel Tedavi.....	11
2.7.2. Antitrombotik Tedavi.....	12
2.7.3. Antikoagulan Tedavi.....	12

2.8. İnme Komplikasyonları.....	12
2.9. İnme Rehabilitasyonu ve Hemşirelik.....	15
2.10. Taburculuk Planlaması.....	16
2.11. Ülkemizdeki Taburculuk Eğitimi Durumu.....	17
2.12. İnme Sonrası Taburculuk Eğitimi.....	17
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	20
3.1. Araştırmanın Tipi ve Yöntemi.....	20
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
3.3. Araştırmanın Değişkenleri.....	20
3.3.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri.....	20
3.3.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri.....	20
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	20
3.5. Araştırmada Örneklem Alma Kriterleri.....	20
3.5.1. Dahil Edilme Kriterleri.....	20
3.5.2. Dışlama Kriterleri.....	21
3.6. Verilerin Toplanması.....	21
3.7. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	21
3.7.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	21
3.7.2. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ).....	21
3.8. Araştırma Sonucunda Elde Edilen Verilerin Analizi.....	24
3.9. Araştırmanın Etiği.....	25
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	25
4. BULGULAR.....	26
4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliğine İlişkin Bulgular.....	26
4.2. Sosyo-Demografik Özellikler.....	26
4.3. Sağlık&Hastalık Özellikleri.....	26
5. TARTIŞMA.....	38
5.1. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ve HÖGÖ Puan Dağılımı.....	40
5.1.1. Yaş ile HÖGÖ Puan Dağılımı.....	40
5.1.2. Cinsiyet ile HÖGÖ Puan Dağılımı.....	41

5.1.3. Eğitim Durumu İle HÖGÖ Puan Dağılımı.....	42
5.1.4. Medeni Durum İle HÖGÖ Puan Dağılımı.....	42
5.1.5. Yaşanılan Yer İle HÖGÖ Puan Dağılımı.....	43
5.2. Hastaların Sağlık&Hastalık Özellikleri İle HÖGÖ Puan Dağılımı.....	44
5.2.1. Kronik Hastalık Bilgisine Göre HÖGÖ Puan Dağılımı.....	44
5.2.2. İlaç Bilgisine Göre HÖGÖ Puan Dağılımı.....	44
5.2.3.Sigara Kullanma Durumuna Göre HÖGÖ Puan Dağılımı.....	45
5.2.4. Geçirilen İnme Sayısına Göre HÖGÖ Puan Dağılımı.....	45
5.2.5.Hastanede Kalma Süresine Göre HÖGÖ Puan Dağılımı.....	45
5.2.6. Taburculuk Eğitimi Alma Durumuna Göre HÖGÖ Puan Dağılım.....	46
5.2.7. Taburculuk Eğitimi Alınan Kişiye Göre HÖGÖ Puan Dağılımı.....	47
6.SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	48
7.KAYNAKLAR.....	50
8.EKLER.....	65
8.1. Ek-1 Tanıtıcı Bilgi Formu.....	60
8.2. Ek-2 Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği.....	60
8.3. Ek-3 Ölçek İzni.....	65
8.4. Ek-4 Kurum İzni.....	65
8.5.Ek-5 Etik Kurul İzni.....	67
9.ÖZGEÇMİŞ.....	68

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1: HÖGÖ ve Alt Ölçekler Madde ve Puanları.....	23
Tablo 2: Orginal ve Bu Çalışmanın HÖGÖ Alt Ölçeklerin Cronbach Alpha Değerleri İncelenmesi (n=109).....	24
Tablo 3: Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistiki Analizler.....	25
Tablo 4: Sosyo-Demografik Özellikler Dağılımı.....	27
Tablo 5: Sağlık & Hastalık Özellikleri Özellikler Dağılımı.....	28
Tablo 6: Hasta öğrenim gereksinimlerinin puan ortalamalarına göre ve önem düzeyine göre dağılımı(N=109).....	29
Tablo 7. Yaş gruplarına göre öğrenim gereksinimleri ölçeği ve alt ölçeklerin puan ortalamalarına göre dağılımı ve karşılaştırılması (N=109).....	29
Tablo 8. Cinsiyet gruplarına göre gereksinim ölçeği ve alt ölçeklerin puan ortalamalarına göre dağılımı ve karşılaştırılması (N=109).....	30
Tablo 9. Eğitim gruplarına göre gereksinim ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarına göre dağılımı ve karşılaştırılması (N=109).....	31
Tablo 10. Medeni hal gruplarına göre öğrenim gereksinimleri ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarına göre dağılımı ve karşılaştırılması (N=109).....	32
Tablo 11. Yaşanılan yer gruplarına göre öğrenim gereksinimleri ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarına göre dağılımı ve karşılaştırılması (N=109).....	33
Tablo 12. Kronik hastalık varlığına göre gereksinim ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarına göre dağılımı ve karşılaştırılması (N=109).....	34
Tablo 13. İlaç kullanma bilgisine göre gereksinim ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarına göre dağılımı ve karşılaştırılması (N=109).....	34
Tablo 14. Sigara kullanma durumuna göre gereksinim ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarına göre dağılımı ve karşılaştırılması (N=109).....	35
Tablo 15. Geçirilen inme sayısına göre gereksinim ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarına göre dağılımı ve karşılaştırılması (N=109).....	35
Tablo 16. Hastanede kalma süresine göre gereksinim ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarına göre dağılımı ve karşılaştırılması (N=109).....	36

Tablo 17. Taburculuk eğitimi alma durumuna göre gereksinim ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarına göre dağılımı ve karşılaştırılması (N=109)..... 37

Tablo 18. Taburculuk eğitimi alınan kişiye göre gereksinim ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarına göre dağılımı ve karşılaştırılması (N=109).....37



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Yaş Dağılımı.....	26
----------------------------	----



SIMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- ABD** : Amerika Birleşik Devletleri
- ASA** : American Stroke Association
- AF** : Atrial Fibrilasyon
- BT** : Bilgisayarlı Tomografi
- DM** : Diabetes Mellitus
- DSÖ** : Dünya Sağlık Ögütü
- DVT** : Derin Ven Trombozu
- EKG** : Elektrokardiyogram
- ESO** : The European Stroke Organisation
- GKS** : Glaskow Koma Skalası
- HDL** : High Density Lipoprotein
- HT** : Hipertansiyon
- HÖGÖ**: Hasta Ögrenim Gereksinimleri Ölçeği
- IV** : Intravenöz
- LDL** : Low Density Lipoprotein
- MI** : Myokard Infarktüsü
- MRI** : Magnetik Rezonans Imaging
- NINDS**: National Institute of Neurological Disorders of Strokes
- NIH** : National Indeks Hospital
- PE** : Pulmoner Emboli
- rTPA** : Rekombinant Tissue Plasminogen Activator
- SVO** : Serebrovasküler Olay
- TOAST**: Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treat

1.GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) inmeyi tanımlarken ‘‘24 saat ya da daha uzun süren, hızlı gelişen, serebral işlevlerin fokal ya da global bozukluğu’’ olarak tanımlamıştır (DSÖ,1980). İnme, bir grup heterojen bozukluğu kapsamaktadır; iskemik inme ve hemorajik inme olarak iki genel başlık altında sınıflandırılmaktadır (Dayapoğlu, 2005). İnme; küresel ölüm nedenlerinde kalp hastalığının ardından ikinci sırada yer almaktadır (Feigin ve ark.,2017). İnme oranları ülkeden ülkeye, ırklara göre, kadın-erkek oranına göre değişmektedir (Utku, 2007; Beydoğan, 2008). Sakatlık ve işgücü kayıpları arasında birinci nedendir (Feigin VL, 2005). ABD’de yaklaşık her 40 saniyede bir kişi inme geçirmektedir. Her 19 ölümden biri inmeye bağlı gelişmektedir. Her üç dakika kırkbeş saniyede ABD’de inmeye bağlı ölümler gerçekleşmektedir. Diğer kardiyovasküler hastalıkların dışında düşünüldüğünde, ABD’de beşinci ölüm nedenidir (ASA,2018). Avrupa’ya bakıldığında ise, 2015’ten 2035’e kadar 613.148’den 819.771 kadar, inme görülme sıklığında ortalama %34’lük bir artış beklenmektedir (www.stroke.org.,10.10.2018). 21. yüzyılın başlangıcında, Avrupa’da yaşa bağlı inme insidansı yılda 100. 000’lik nüfus başına 95-290 arasında değişirken, bir aylık vaka ölüm oranı %13 ile %35 arasında değişmektedir. Avrupa’nın yaklaşık 1.1 milyonu her yıl bir inme geçirmektedir ve iskemik inme vakaların yaklaşık %80’ini oluşturmaktadır (Bejot ve ark., 2016). Ülkemize bakıldığında ise; bu rakamlar 100. 000’lik nüfus başına 177 ve 254 olarak bildirilmektedir. Yani bu veriler ile ülkemizde her yıl yaklaşık olarak 132. 000 yeni inme vakasını ortaya çıkmaktadır ve hala inme ve komplikasyonları ile mücadele etmekte olan 191.000 kişi vardır. Görülme sıklığı dışında inmenin neden olduğu mortalite ve morbidite oranları çok önemlidir (Arsava ,2017).

İnme, ölüme neden olmasının yanı sıra, daha yüksek oranlarda sakatlıkla sonuçlanmakta ve aynı zamanda nörolojik kayıpların da ilk nedenini oluşturmaktadır. Bu nedenle hem sağlık harcamaları hem de üretkenlik kayıplarına neden olarak büyük maliyetlere yol açmakta ve böylece önemli bir toplum sağlığı sorunu olmaktadır (Sacco ve ark., 2006). İnme sonrası bireylerde farklı komplikasyonlar gelişebilmekte ve yapılan çalışmalarda bu oran %40-%96 arasında değişmektedir. İnme hastalarının %20’si erken dönemde olmak üzere %30’u bir yıl içinde ölmekte, yaşayanların üçte biri de günlük işlerinde başkalarının yardımına muhtaç olarak yaşamlarını sürdürebilmektedirler (Hankey 2006, Kutluk 2004). İnmeden sonra altı aydan uzun süre yaşayanların %12-%18’inde afazi, %22’sinde yürüyememe, %32’sinde depresyon, %48’inde hemiparezi

gelişmektedir (Eser, 1999). İnmeli hastaların %10'u tamamen, %25'i minör bozukluklar ile iyileşmekte, %40'ında orta dereceden ileri dereceye kadar yetersizlikler görülmektedir. Yaklaşık %14'ünde ise takip eden bir yıl içerisinde inme tekrarlamaktadır. Bir yılın sonunda hastaların %53-%76'sı günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak sürdürebilirken, %8-%28'i ise, tamamen bağımlı olmakta ve bakıma ihtiyaç duymaktadırlar (Boşnak, 2003).

İnme geçiren hastalarda;

- i. gelişen semptomların kontrol altına alınmasında,
- ii. tedavi ve hastalık hakkında bilgilendirilmeye,
- iii. yaşam kalitesi ve rol değişikliklerine adapte olma sürecinde,
- iv. sağlık bakım sistemine ve sağlık bakım vericilerine uyum sağlamaya ihtiyaçları bulunmaktadır (Fesci ve ark.,2006).

Bu bağlamda hemşireler, inme geçiren hastaya bakım verirken, bütüncül yaklaşmalıdırlar.

Hemşirelerin amaçları ise;

- i. aileyi de bakımın içine katarak yaşam kalitesini yükseltmek,
- ii. hastayı olabildiğinde bağımsız hale getirmek,
- iii. fonksiyonel kayıpları mümkün olduğunca geliştirmek,
- iv. gelişebilecek komplikasyonları öngörmek ve bunların önüne geçmek,
- v. inmenin tekrar olmasının önüne geçmek olmalıdır (Reddy ve Reddy 1997; Urden ve ark., 2002)

Taburculuk eğitimi, hastanın servise kabulüyle başlamakta ve taburculuktan sonra bakımı iyi bir şekilde sürdürmesiyle devam etmekte olan bir süreçtir. Hemşirelerin bu aşamada, hastalara kendi öz bakım güçlerini yükseltmek, oluşabilecek komplikasyonların önüne geçmek ve oluşan yeni duruma uyum sağlamalarını kolaylaştıracak eğitim vermesi gerekmektedir (Cebeci ve Çelik, 2008; Gültekin ve Özbayır, 2002; Yardakçı ve Akyolcu, 2004). Bu eğitimleri gerçekleştirebilmek için öncelikle hemşireler, hastaya özgü gereksinimleri belirlemelidirler ve bireysel eğitimi gerçekleştirmeleri gerekmektedir (Avşar, 2007). Yapılan çalışmalarda, taburculuk

eğitimi verilen hastaların, hastaneye/polikliniğe tekrarlı başvurularının azaldığı ve bununla paralel sağlık hizmetlerindeki maliyetlerin azaldığı saptanmıştır (Fedai ve ark., 2010). Aynı zamanda hastaların iyileşme oranında artma görölmektedir (Johanson ve ark., 2005). Özbakım yönetimi artan hastaların özgüvenlerinde artış gözlenmiştir (Gültekin ve Özbayır, 2002; Öztürk ve ark., 2011; Pieper ve ark., 2006; Şenyuva ve Taşocak, 2007). Yeni inme tanısı almış hastalar arasında eğitim ihtiyacı ile ilgili sınırlı araştırma bulunmaktadır (Yonaty ve Kitchie, 2012). Oysa ki, inmeli hastaların da hastalıklarıyla ilgili kendi soruları vardır ve bu sorulara cevap beklemektedirler. Tanı konmuş inme hastalarının da inme ve iyileşme safhasında komplikasyonların önüne geçebilmek adına inme ile ilgili bilgileri öğrenmesi önem arz etmektedir.

Literatüre bakıldığında, inme nüfusu da dahil olmak üzere sağlık hizmetinin tüm yönleriyle ilgili hastaların memnuniyetsizliği göze çarpmaktadır. İnme hastaları genellikle; hastalığın doğası, tedavisi ve iyileşmesi hakkında eksiklik belirtmekte ve sağlık uzmanları tarafından aktarılan bilginin, yetersiz ve çok karmaşık olduğunu ifade etmektedirler. Hastalar, çoğu zaman, bakım planıyla ilgili eğitimin yeterliliği, tanı konusundaki eğitim, ilaçlar, tedaviler ve hastanede iken taburculuk planlamaları ile ilgili bilgilendirmeler konusunda eksiklik olduğunu belirtmektedirler (Choi-Kwon ve ark, 2005). Ülkemize bakıldığında ise inme geçiren hastalara ve bakım vericilerine ait çalışmalar bulunmakta olup, inme sonrası hastaların öğrenmek istedikleri bilgilerle ilgili çalışmaya rastlanılmamıştır (Aşiret ve ark., 2012; İnci ve ark., 2016).

Bu çalışmanın amacı, inme geçiren hastaların taburculuk eğitiminde ihtiyaç duydukları öğrenme gereksinimlerini ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

1.1. Araştırma Soruları:

- Sosyodemografik veriler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, yaşanan yer) hastaların öğrenim gereksinimlerini etkiler mi?
- Sağlık&Hastalık özellikleri (kronik hastalık varlığı, ilaç kullanma durumu, sigara içme durumu, geçirilen inme sayısı, hastanede kalma süresi, taburculuk eğitimi verilme durumu, taburculuk eğitimini kimden aldığı) hastaların öğrenim gereksinimlerini etkiler mi?
- Öğrenme gereksinimleri ölçeği puan ortalamaları nasıldır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnme'nin Tanımı:

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) inmeyi tanımlarken “24 saat ya da daha uzun süren, hızlı gelişen, serebral işlevlerin fokal ya da global bozukluğu” olarak tanımlamıştır (DSÖ,1980). Ulusal Nörolojik Hastalıklar ve Strok Enstitüsü (NINDS) ise, bu tanımlamayı “beynin bir bölgesinin iskemi veya hemoraji sonucu kalıcı veya geçici olarak etkilenmesi ve/veya beyni ilgilendiren bir ya da daha fazla damarın primer patolojik hasarıdır” şeklinde yapmıştır. İnme ve serebrovasküler olay aynı anlamda kullanılan klinik tanılardır.

2.2. İnmenin Sınıflandırılması:

İnme bir grup heterojen bozukluğu kapsamaktadır ve iskemik inme ve hemorajik inme olarak iki genel başlık altında sınıflandırılmaktadır (Dayapoğlu, 2005).

2.2.1. İskemik İnme: İnmelerin yaklaşık %80-85'i iskemik inmedir. Beyni besleyen damarların daralması ya da tıkanması sonucu o bölgeye kan gitmemesi ile gelişen patolojik durumdur. İskemik inme, alt tipleri hastalığın gidişatı ve klinik özellikleri birbirine benzemeyen heterojen bir hastalıktır. Hastalara daha kaliteli bakım vermek için alt tiplerin belirlenmesi oldukça önemlidir (Kutluk, 2016). İskemik inme tromboz ve emboliye bağlı olarak gelişir. Nedene yönelik sınıflandırmada en çok TOAST sınıflaması kullanılır. Toast sınıflaması (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment) Akut İnme tedavisinde Org 10172 çalışması içeren ve etyolojiyi temel alan bir alt tip sınıflama sistemidir (Uzuner ve ark., 2015). Görülme sıklıklarına göre inmeler aşağıdaki gibi sınıflandırılmaktadır:

- Büyük arter trombozları (%20)
- Küçük arter trombozları (%25)
- Kardiyojenik embolik inmeler (%20)
- Nedeni bilinmeyen inmeler (%30)
- Diğer nedenler (%5) (Adams ve ark., 1993; Turgut, 2005; Kutluk, 2016)

2.2.2. Hemorajik İnme: İnmelerin yaklaşık %15-20'si hemorajik inmedir. En sık görülen sebebi hipertansiyondur. Kronik hipertansiyon damarlarda dejeneratif değişikliklere yol açar ve bu da damarın rüptürüne sebep olarak hemorajiye yol açar.

Beyin dokusuna olan bu kanama, kitle etkisi yaratır ve kafa içi basınç artar böylece beyin dokusunun hasarlanmasına neden olur (Durna, 2012; Woodward, 2013). Hemorajik inmeler ise aşağıdaki gibi sınıflanabilir;

- İntraparenkimal Hemoraji
- Subaraknoid Hemoraji
- Epidural Hemoraji
- Subdural Hemorajik inmelerdir.

2.3. İNME EPİDEMİYOLOJİSİ

İnme yetişkinlerde küresel ölüm nedeni olarak ikinci sıradadır (Feigin ve ark.,2017). İnme oranları ülkeden ülkeye, ırklara göre, kadın-erkek oranına göre değişmektedir (Beydoğan, 2008; Utku, 2007). Sakatlık ve işgücü kayıplarına yol açan hastalık sıralamasında ise ilk sırada yer almaktadır (Feigin VL,2005).

Dünya'ya bakıldığında ABD'de yaklaşık her 40 saniyede bir kişi inme geçirmektedir. Her 19 ölümden biri inmeye bağlı gelişmektedir. Her üç dakika kırkbeş saniyede ABD'de inmeye bağlı ölümler gerçekleşmektedir. Diğer kardiyovasküler hastalıkların dışında düşünüldüğünde, ABD'de beşinci ölüm nedenidir. Yılda yaklaşık 133.000 kişiyi öldürmektedir. 2005'ten 2015'e kadar ki yaşa göre, inmeye bağlı ölüm oranları %21.7 azalmıştır ve gerçek inme ölümlerinin sayısı %2.3 azalmıştır. Her yıl yaklaşık 795.000 kişi yeni veya tekrarlayan inme geçirmektedir. Bunların yaklaşık olarak 610.000' i ilk inmedir ve 185.000' i ise tekrarlayan inmedir. İnme ABD'de ciddi uzun süreli sakatlığın önde gelen nedenidir. 2015 yılında, inme ölümleri dünya çapında toplam ölümlerin %11.8' ini oluşturmuştur (ASA,2018).

Avrupa'ya bakıldığında ise; 2015'ten 2035'e kadar, 613.148'den 819. 771'e kadar, inme görülme sıklığında ortalama %34' lük bir artış beklenmektedir (www.stroke.org.,10.10.2018). 21. yüzyılın başlangıcında, Avrupa'da yaşa bağlı inme insidansı yılda 100. 000 'de 95 ile 290 arasında değişirken, bir aylık vaka ölüm oranı%13 - %35 arasında değişmektedir. Avrupa'nın yaklaşık 1,1 milyonu her yıl bir inme geçirmektedir ve iskemik inme vakalarının yaklaşık %80'ini oluşturmaktadır. Küresel inme insidansı azalmakla birlikte, genç yetişkinlerde gözlenen oranlar artmakta, bu da önlemeyi iyileştirmek için stratejilere ihtiyaç olduğunu

göstermektedir. Buna ek olarak, yaşlanan nüfus nedeniyle, inme mutlak sayısı önümüzdeki yıllarda önemli ölçüde artması beklenmektedir: 2025 yılına kadar, her yıl 1.5 milyon Avrupalı'nın inme geçireceği öngörülmektedir. En son istatistiki verilere göre her 100.000'lik nüfus başına 258 kişi insidans, 502 kişi şeklinde prevelans rakamları ortaya çıkmaktadır (Bejot ve ark., 2016).

Ülkemize bakıldığında ise; bu rakamlar 100.000'lik nüfus başına 177 ve 254 olarak bildirilmektedir. Yani bu veriler ile ülkemizde her yıl yaklaşık olarak 132.000 yeni inme vakası ortaya çıkmaktadır ve hala inme ve komplikasyonları ile mücadele etmekte olan 191.000 kişi vardır. Görülme sıklığı dışında inmenin neden olduğu mortalite ve morbidite oranları çok önemlidir (Arsava ,2017). 15 yaş üstü grupta inme sıklığı erkeklerde %1,8, kadınlarda %2,2 olarak bulunmuştur. Her yaş gruplarında inme kadınlarda daha sık görülmektedir. Her iki yaş grubunda da yaş arttıkça inme görülme sıklığı da artmaktadır. Yine inme sıklığı bölgeler arasında da değişkenlik göstermektedir. Kadınlarda Doğu Marmara ve Ortadoğu Anadolu'da %3'ün üzerinde, erkeklerde Batı ve Doğu Karadeniz bölgelerinde inme sıklığı rastlanmaktadır. Kırsal ve kentsel yerleşimlerde kadın ve erkeklerde oranlar birbirine yakındır (Ünal ve ark.,2013).

2.4. İNME HASTALIĞININ RİSK FAKTÖRLERİ:

İnme risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemeyen risk faktörleri olarak ikiye ayrılır.

2.4.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri: Yaş, cinsiyet, ırk-etnik köken, aile öyküsü

- **Yaş:** İnme ile ilgili en önemli risk faktörüdür. Yaşla birlikte inme riski de artar. İskemik inmelerin çoğunu 65 yaş üstü hastalar oluşturmaktadır. Yaşın artması ile birlikte inmenin gidişatı da değişmektedir (Öztürk, 2004; Midi ve Afşar,2010).
- **Cinsiyet:** Erkeklerde daha sık görülmektedir. Ancak 35-44 yaş arası ve >85 yaş üstü kadınlarda inme riski erkeklerden daha sıktır (Sacco ve ark., 1998).
- **İrk-etnik köken:** Afrika ve Hispanik Kökenli Amerikalılarda, Avrupa kökenli Amerikalılara göre inme sıklığı ve ölüm oranı daha yüksek seviyededir (Broderick ve ark., 1998; Sheinart ve ark., 1998). Zencilerde beyazlara oranla inme insidansı daha yüksek orandadır (Rosamond, 1999).

- **Aile öyküsü:** Aile bireylerinin aynı çevrede olmaları ve aynı yaşam biçimini paylaşmaları bazı genetik özellikleri taşımalarından kaynaklanabilmektedir (Kiely ve ark., 1993; Liao, 1997).

2.4.2. Değişirilebilir Risk Faktörleri:

Kesinleşmiş Risk Faktörleri:

- **Hipertansiyon:** Hem iskemik hem de hemorajik inme için en büyük inme sebebidir. Tansiyon yüksekliği ne kadar artarsa inme riski de artar. Sistolik kan basıncı yaşla birlikte artış göstermektedir (Kumral, 2005; Midi ve Afşar, 2010).
- Tansiyon yüksekliği >160/95 mm Hg olduğunda ateroskleroz hızlanmakta ve büyük arterlerde tıkanma veya emboli oluşumunu kolaylaştırmaktadır (Kumral, 2005).
- **Diyabetes Mellitus:** Ateroskleroza yatkınlığı, hipertansiyon ve hiperlipidemi gibi diğer aterojenik risk faktörlerinin sıklığını artırarak inme gelişme sıklığını artırır (Ay, 2009).
- **Kalp Hastalıkları:** Kalp hastalıkları iskemik inme için risk faktörüdür. Miyokard İnfarktüsü (MI), atriyal fibrilasyon (AF) için risk oluşturmakta ve kardiyojenik emboli kaynağı olabilmektedir (Midi,2010). Yalnızca AF si olan hastaların diğer risk faktörleri düzeltilse bile inme riski 3-4 kat artmaktadır (Wolf, 1991).
- **Dislipidemi:** Yüksek kolesterol ve/veya düşük dansiteli lipoprotein (LDL) konsantrasyonunda artma bazı batı toplumlarında özellikle genç erkeklerde iskemik inme için risk faktörüdür (Kumral, 2005).
- **Sigara:** Aktif ve pasif sigara içimi ateroskleroz gelişimi açısından birbiriyle ilişkilidir (Silvestrini ve ark., 1996). Sigaranın daralmış damarlarda trombüs oluşumu üzerine akut, ateroskleroz yükünü artırıcı olarak kronik etkisi bulunmaktadır (Midi ve Afşar, 2010). Aktif sigara içen popülasyonun %18'i, daha önceden sigara içmiş olanların %6'sı ve pasif sigara içenlerin de %12'si inme açısından risk altındadırlar (Kumral, 2005).
- **Atriyal Fibrilasyon:** 60 yaş ve üzerinde görülme sıklığı %6'lara kadar çıkabilen tedavi edilebilen iskemik inmeye neden olan en önemli kalp hastalığıdır (Onat ve Erkin, 2008; Zerrin, 2000). Romatizmal kalp hastalığı bulunan hastada AF'de eşlik ediyorsa iskemik inme riskini 17 kat artırmaktadır (Lambert ve Gladstone, 1995).

- **Asemptomatik Karotis Stenozu:** Beyin damar hastalığı olmayan bir kişide fizik muayene sırasında karotis üfürüm saptanması inme riskini artırır.
- **Orak Hücreli Anemi:** İnme orak hücreli aneminin en önemli komplikasyonudur (Adams ve ark., 1997). Homozigot hastalarda inme riski yüksektir ve 20 yaş civarında %11 oranında inme prevalansı mevcuttur. Hastaların çoğunda beyin görüntülemesinde sessiz inme belirtilerine rastlanılmaktadır (Armstrong ve ark., 1996; Ohene-Frempong ve ark., 1998).
- **Oral Kontraseptif Kullanımı:** Östrojene bağlı olarak fibrinojen F7, F10, F12 faktörlerini yükseltir ve hiperkoagülapatiye sebep olur (Onat ve Erkin, 2008; Utku ve Çelik, 2005).35 yaş ve üzerinde ailede inme geçmişi olan ve bunlara eşlik eden DM, HT, koagülapatisi ve hiperkolestolelemisi olan ve sigara içen kadınlarda inme riski yüksektir ve bu kadınlara oral kontraseptifler dışında korunma yöntemi önerilmektedir (Goldstein ve ark., 2011; Utku ve Çelik,2005).
- **Fiziksel İnaktivite ve Obezite:** Tansiyonun yüksekliği, kan glukozunun yüksekliği ve lipitlerin yüksekliği obeziteye eşlik eder ve bunların hepsi iskemik inme için birer risk faktörüdür. Ayrıca santral obezite sonucu abdominal bölgede yağ birikimi ateroskleroz ile de yakından ilişkilidir. Fiziksel hareket; kan basıncını düşürür, HDL kolesterolü yükselterek LDL kolesterolü düşürür, vücut ağırlığını azaltır ve nabız hızı düşer. İnsülin hassasiyetini azaltır ve glukoz toleransı düzelir. Platelet agregasyonunu azaltır (Goldstein ve ark., 2011; Jones ve Hall, 2004).

Kesinleşmemiş Risk Faktörleri:

- **Alkolizm:** Alkol kullanımının inme riski üzerine etkisi alkolün miktarına bağlıdır (Palomaki, 1993). Çalışmalar iskemik inme ile alkol arasında J şeklinde bir ilişki olduğunu göstermektedir. Çok alkol tüketenlerde bu risk artarken, hafif ya da orta alkol tüketen kişilerde iskemik inmeden koruyucu bir yönü olduğunu göstermektedir (Djousse ve ark., 2002; Gill ve ark., 1986). Hafif ve orta Düzey alkol (kadınlarda <1 kadeh, yaklaşık 12 gr alkol, erkeklerde <2 kadeh), HDL kolesterolü artırır, plazma yoğunluğunu ve platelet agregasyonunu azaltır. Fazla alkol tüketen kişilerde hiperkoagülapatiye ve hipertansiyona yol açarak serebral kan akışını azaltır (Hillbom ve ark., 1999).
- **Metabolik Sedrom:** Metabolik sendromun her bir elemanı iskemik inme için risk faktörüdür (Çoban ve ark., 2011)

- **Uykuda Solunum Bozuklukları:** Uykuda solunum bozukluğu olan kişilerde oksijen saturasyonu düşüklüğü olası kardiyak aritmilere (AF) yol açabilmektedir. Horlama tansiyonun kontrolünü zorlaştırır ve inmeye sebep olabilir (Utku ve Çelik, 2005).
- **Migren:** Özellikle posteriorda olmak üzere serebral kan akımının azalması ve trombosit aktivasyonunda artış olmasıyla migren ile inme arasında ilişki vardır (MacClellan ve ark., 2007).
- **İlaç Bağımlılığı:** Eroin, kokain, amfetamin gibi bağımlılık yapan maddeler hem iskemik hem de hemorajik inme için risk faktörüdür. Birçok yan etkiye sebep olan bu maddeler, kan basıncının yükselmesine, damarsal yapıda ve hematolojik boyutlarda bozulmalara yol açarak inmeye sebep olabirler (Utku ve Çelik, 2005).
- **Hiperkoagülabite:** Sonradan kazanılmış ya da ailesel hiperkoagülabite olduğunda (protein C, protein S, FV Leiden mutasyonu, ATIII eksikliği, protrombin 20210 mutasyonu) venöz tromboza yatkınlık artar (Goldstein ve ark., 2006; Hankey ve ark., 2001).

2.5. İNME BELİRTİLERİ

İnme belirtileri beynin etkilenen bölgesine ve bölgenin büyüklüğüne göre değişir. Belirtiler 24 saatten uzun sürer, gerileyebilir ya da ölümle sonuçlanabilir. İnme sonrası fiziksel değişiklikler olabileceği gibi duyuşsal ve bilişsel değişiklikler de olabilir. Beynin sağ hemisferi vücudun sol yarısını, sol hemisfer de vücudun sağ tarafını yönetir.

2.5.1. Motor Belirtiler: Vücudun sağ ya da sol yarımında ya da bir bölümünde güçsüzlük ya da uyuşukluk (hemiparezi, monoparezi)

- Vücudun bir yarısını veya 4 ekstremitede kuvvetin tamamen olmaması (hemipleji, quadrapleji)
- Yutma güçlüğü(disfaji)
- Denge bozukluğu(ataksi)
- Konuşma-Dil Bozuklukları: Konuşma dilini anlamada ve ifade etmede güçlük(disfazi)
- Okumada (disleksi) veya yazmada güçlük (disgrafi)
- Hesap yapmada güçlük (diskalkuli)

- Peltek konuşma (dizartri)

2.5.2. Duyusal Belirtiler: Vücudunun bir tarafının tümünü ya da bir bölümünde farklı duyma (hemisensoriyel bozukluk)

- Görsel bozukluklar: Bir gözde görme kaybı
- Görme alanının yarısı veya çeyreğinde görme kaybı (hemianopsi, kuadrantanopsi)
- Bilateral körlük
- Çift görme (diplopi)
- Vestibular bozukluklar: Dönme hissi (vertigo)

2.5.3. Davranuşsal/Bilişsel Belirtiler: Giyinme, saç tarama, diş fırçalama vb. aktivitelerde güçlük; mekan dezoryantasyonu; ihmal “neglect” (vizyo-spasyal-perseptüel disfonksiyon)

- Unutkanlık (amnezi) (Çoban, 2004).

2.5.4. Beynin sağ ve sol yarısında oluşan değişimler şu şekildedir;

- **Beynin Sağ Yarısı:** Solda paralizi veya kuvvetsizlik, Sol tarafta görme alanında bozukluk, bellek bozukluğu, ani ve hızlı davranış değişiklikleri, uzaysal algılamada bozulma, yetersizliklerinin farkında olamama
- **Beynin Sol Yarısı:** Sağda paralizi veya kuvvetsizlik, sağda görme alanında bozulma, davranışlarda yavaş ve dikkatli olma, entelektüel davranışlarda değişme, yetersizlik sonucu gerginlik ve depresyon (Karadakovan, 2010).

2.6. İNME TANILAMA

Hekim tarafından inmenin etyolojisinin doğru ve hızlı bir şekilde araştırılmasına yönelik birkaç tane tanısal teknik ve görüntüleme yöntemi vardır. İlk adım nörolojik muayenedir. Nörolojik muayenede mental durum, kranyal sinirler, motor kuvvet, refleks ve duyu muayenelerinden oluşur. Bilgisayarlı Tomografi (BT), Magnetik Resonance Imaging (MRI), Elektrokardiyogram (EKG), kan testleri tanılamaya yardımcı olur. Aynı zamanda ülkemizde nörolojik ve fiziksel değerlendirmede profesyoneller için hazırlanan NIH (National Indeks Hospital), GKS (Glaskow Koma Skalası), Modifiye Rankin Skalası, Barthel İndeksi gibi ölçeklerden yararlanılmaktadır (Duncan ve ark., 2005; Edwards ve ark., 2006; Idredavik ve ark., 1991).

2.7. İNME TEDAVİSİ

Beyni besleyen damarların tromboz ya da emboli yoluyla tıkanması sonucu iskemik inme gerçekleşir. Bu bölgede başlayan doku hasarının durdurulması ve bölgeye kan akımının devamı için bazı ilaçlar kullanılmaktadır. Bunlar; trombolitik, antikolagülan ve antiplatelet türevi ilaçlardır (Aktaş, 2010; Öztürk, 2004).

İnme tedavisinin amacı, beyin dokusunun oksijenlenmesi, trombozların eritilerek yenilerin oluşumunun engellenmesi, epileptik nöbetlerin önüne geçilmesi (akut inmelerde oran %4 civarında), hemorajik inmede intrakranyal basıncı azaltarak inmenin oluşturacağı nörolojik defisitlerin önüne geçme ve kanamayı önlemektir (Fesci ve ark., 2006; Kılıç,2009; Öztürk, 2004).

Uygun koşullar sağlandığında inmeler; trombolitik, endovasküler ve cerrahi müdahaleler ile tedavi edilebilir ve ikincil korunma yöntemleri ile inmelerden kaynaklı mortalite oranı azaltılabilmektedir. İskemik inmelerin tedavisinde, IV Tromboliz'in yararları kanıtlanmıştır. Recombinant tissue plasminogen activator (rtPA) tedavisi 1991'lı yıllardan beri kullanılmaktadır (Jauch ve ark.,2013). İnme belirtileri başladıktan sonraki ilk 4,5 saat içinde trombolizin yapılması metaanalizler sonucunda yararlı olduğu görülmüştür (Anderson ve ark., 2012).

Rtpa uygulamalarında zaman uzadıkça sağlanacak fayda oranı düşmektedir. İlk 3 saat içindeki uygulama 3-4.5 saat içindeki uygulamaya göre daha iyi sonuçlar vermektedir. 4.5 saat sonraki uygulamalarda ise yarar sağlama oranı düşük ölüm oranı yüksektir (Lansberg ve ark., 2012).

2.7.1. Endovasküler Girişimsel Tedavi:

İntraarteriyel Trombolitik Tedavi: Düşük dozda trombolitiğin trombüsün içine veya yakınına lokal infüzyonu şeklinde gerçekleştirilir (Lansberg ve ark., 2012). Henüz intraarteriyel için onaylanmış bir trombolitik bulunmamaktadır (Jauch ve ark., 2013).

Mekanik Trombektomi: Farklı cihazlar kullanılarak trombüsün parçalanması, kavranarak çıkartılması, aspire edilmesi ya da stentle damar arasına sıkıştırarak çıkartılması işlemidir.

Akut İntrakranyal Anjiyoplasti ve Stent Takılması: Mekanik trombektomi ve tromboliz ile beraber uygulanabildiği gibi tek başına da kullanılabilir. Ekstrakranial

anjyoplasti ve stent uygulamasında profilaktik olarak uygulanabilmektedir (Jauch ve ark., 2013).

2.7.2. Antiagregan İlaçlar: Akut inme tedavisinde inmenin tekrar etmesini engellemek için kullanılır. En çok kullanılan ilaç Asetilsalisilik Asittir (Lansberg ve ark., 2012).

2.7.3. Antikoagülan İlaçlar: Antikoagülanlarda antiagreganlar gibi inmenin erken döneminde tekrarlamasının önüne geçmeyi hedefler (Lansberg ve ark.,2012). AF'si olup inme geçiren hastalarda dahil olmak üzere kardiyembolik inmelerin tekrarlamasını engellemek temel amaçtır (Jauch ve ark.,2013).

2.8. İNME KOMPLİKASYONLARI

İnme sonrası gerek akut dönemde gerekse sonrasında birçok komplikasyon yaşanabilmektedir. İnme komplikasyon oranları prospektif çalışmalarda %63-%95 arasında bulunmuştur (Işıkay ve Mutluer, 2009). Komplikasyonların gelişmesi inme mortalitesini artırırken, hastaların daha çok bağımlılığına ve özür lülüğüne, rehabilitasyonun uzamasına neden olur (Kalra, 2009). Bu dönemde komplikasyonların erken tespit edilerek müdahale edilmesi mortalite ve morbidite üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. İnme sonrası hastalarda daha çok şu komplikasyonlar görülmektedir:

- **Nörolojik/psikiyatrik komplikasyonlar:** inmenin tekrar etmesi,
- İnmenin gidişatının kötüleşmesi
- Demans
- Beyin ölümü ve transtentorial herniasyon
- Hemorajik transformasyon
- Epileptik nöbet
- Konfüzyon/deliryum
- Baş ağrısı
- **Medikal Komplikasyonlar:** Kardiyovasküler ve pulmoner komplikasyonlar
- Yutma güçlüğü
- Metabolik bozukluklar ve malnütrisyon
- Enfeksiyon
- İdrar ve bağırsak inkontinansları
- Düşmeler

- Basınç yaralanmaları
- Bulantı kusma
- Derin Ven Trombozu (DVT) (Işıkay ve Mutluer, 2009).

İnme geçiren hastalarda görülen venöz tromboembolizm özellikle akut enfarktlarda sık görülen bir komplikasyondur. Özellikle ilk bir hafta içinde DVT riski oldukça yüksektir. Asemptomatik DVT ölümcül pulmoner emboli'ye (PE) yol açabilir. %10-13 arasında bir insidansa sahiptir (Kamphuisen ve ark., 2005; Kelly ve ark., 2001).

Basınç yaralanmalarına bakıldığında ise, hastane ortamında %9, bakımevinde ise %23'lere varan oranlarda basınç yarasına sahip inme hastası vardır. Basınç yaralanmalarının tedavisi uzun, ağrılı ve maliyeti yüksek bir tedavidir. İnme sonrası gelişen kuvvet kayıpları hareketin azalmasına yol açar. Hastada inmeye eşlik eden DM, periferik damar hastalıkları, inkontinans varlığı, beden kitle indeksinin düşük olması ve kas kayıplarının yaşanması hastayı basınç yaralanması için riskli duruma sokmaktadır (Duncan ve ark., 2005). Basınç yaralanması gelişme riski yüksek olan hastalara, sık pozisyon değişimi, beslenmenin hastanın ihtiyacına göre belirlenmesi, inkontinans gelişen hastalarda altın kuru tutulması, özellikle cildin nemlendirilmesi önemlidir (Reddy ve ark., 2006).

İnme sonrası akut dönemde olabileceği gibi rehabilitasyon döneminde ve daha sonraki dönemlerde düşmelere sıklıkla rastlanılmaktadır (ESO, 2008). Bir çalışmada inme geçirmiş bireylerin %46'sında düşme gerçekleştiği ve bu düşmelerinde taburculuktan sonraki ilk 2 ay içerisinde olduğu saptanmıştır (Mackintosh ve ark., 2005). Sağ hemisfer lezyonu olan hastalar, iki tarafta kuvvet kaybı olan hastalar, konfüzyonu olan hastalar, görme–algılama problemi olan inme hastalarının düşme riski yüksektir (Taşcıoğlu, 2005; ESO, 2008).

İnme sonrası dönemde idrar ve bağırsak inkontinansları görülebilmektedir. İnme tanısı alan hastalar yatışlarından sonraki ilk 5-10 gün içinde değerlendirildiğinde %20-%60 arasında idrar inkontinansı geliştiği saptanmıştır (Akçalı ve ark., 2010). Akut inme sonrası hastalarda idrar inkontinansının prevalansına bakıldığında %40-%60 oranında olduğu, bunların %25'inin taburculuk sonrası devam ettiği ve bir yılın sonunda dahi %15 civarında hastada hala idrar inkontinansının devam ettiği bulunmuştur (Thomas ve ark., 2006). Bağırsak problemlerinden de konstipasyon ve fekaloid oluşumu sık karşılaşılan komplikasyondur (Taşcıoğlu, 2005). Yapılan bir çalışmada gaita

inkontinansının sol hemiparezisi olan hastalarda %12-%40 arasında olduğu bulunmuştur (Akçalı ve ark., 2010). İki haftadan uzun süren gaita inkontinansı olan hastalarda inmenin kötü prognoz ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Eyigör ,2007). Yine başka bir çalışmada inme ve bağırsak patofizyolojisi hakkında çok az bilgi olduğu ancak prognozu ve rehabilitasyon sürecini olumsuz etkilediği bulunmuştur (Pettersen, 2007).

Yutma güçlüğü (disfaji) inme geçiren hastalarda sık görülen bir komplikasyondur. İskemik ve hemorajik akut inmeden sonra yutma güçlüğü yaklaşık %30- %65 oranında görülebilir (Flowers ve ark.,2013; Gomes ve ark.,1987; Mann ve ark., 1999; Mourao ve ark., 2016; Smithard ve ark., 1997). Yutma güçlüğü gelişen hastaların yaklaşık olarak %50 sinde aspirasyon gelişebilmektedir ve bunların 1/3'ünde pnömoni görülmektedir. Videofloroskopik yöntem ile bakıldığında aspirasyon insidansı akut inme geçiren hastalarda %30-%51 arasında iken, sessiz aspirasyon %8-%27'dir (Horner ve ark.,1988; Kidd ve ark.,1993; Ramsey ve ark.2005). Yutma güçlüğü sonucu oluşabilecek bir diğer komplikasyon malnütrisyonudur. Akut dönemde beslenmenin azalması ya da durması metabolik durumu kötüleştirebilir (ESO, 2008). İnme hastalarının yaklaşık %90'ı malnütrisyon riski taşır (Nishioka ve ark.,2016). İnme sonrası beslenemeyen hasta da kas kaybı başlar ve oral-enteral yolda besin olmayışı barsak epitelindeki atrofi riskine sebep olur (Arsava ve ark.,2018).

İskemik inme sonrası hastalarda %2-%67 oranında epileptik nöbete rastlanılmaktadır. Bu oranlar intraserebral hemoraji ve subaraknoid kanamalarda %8-%15 civarında seyretmektedir (Graham ve ark., 2013). İnme sonrası geç dönem epileptik nöbetler, erken dönem görülen epileptik nöbetlere göre daha sık olmaktadır ve iskemik inmede tekli tedavi ile kontrol altına alınmaktadır (Demir ve ark., 2013).

İNme sonrası oluşan demansın prevalansı oldukça yüksektir ve demans görülme sıklığını 4-12 kat artırır. İnme sonrası demans görülmesinin nedeni hala belirlenememiştir. İnme sonrası gelişen demans genellikle yavaş başlar ve kötüye gidebilir (Gorelick ve ark., 2011; Kokmen ve ark., 1996).

Afazi ve dizartri yine inme sonrası sık görülen bir komplikasyondur. Yaklaşık üç hastanın birinde konuşma bozukluğu yapılan çalışmaların sonuçlarında görülmüştür (Laska ve ark., 2001).

İnmede alt ekstremitte, üst ekstremiteye göre daha az etkilenmektedir. Ayrıca günlük yaşam aktivitelerini yaparken hastalar üst ekstremitayı daha çok kullanırlar (Doğan ve ark., 2004). İnme sonrası sağ kalan hastaların yürüyebilme olasılığı %82 iken, kollarını işlevsel olarak kullanabilme oranları %50 civarındadır (Uzunca , 2006).

2.9. İNME REHABİLİTASYONU VE HEMŞİRELİK

İnme rehabilitasyonundaki temel amaç komplikasyonları önleyerek mevcut olan fonksiyonları en üst düzeye çıkarmak ve kişiyi fiziksel, mental, toplumsal ve mesleki yönden hazırlamaktır. Aynı zamanda olayın tekrarlamasının önüne geçmek bir diğer önemli amaçtır (Karaman ve Özcan ,2009). İnme geçiren hastaların akut dönemde %20 si, toplamda da %30 ‘u bir yıl içinde ölmekte, sağ kalanların 3’te biri de günlük işlerinde dahi başkalarına muhtaç şekilde yaşamaktadır. Bu oranlar inmeyi en fazla morbidite ve mortaliteye yol açan hastalık olarak sınıflandırmaktadır (Andersen ve ark., 2009; Harmsen ve ark., 2009).

İnme geçiren hastalar akut dönem geçtiğinde ve stabil hale geldiğinde hastanede rehabilitasyon çalışmalarının başlaması gerekir. Rehabilitasyonun erken başlaması nörolojik defisitlerin en az hasarla en kısa sürede iyileşmeleri için önemlidir. Rehabilitasyon taburculuk sonrası evde de devam ettirilmelidir (Karadakovan, 2010).

İnme geçiren bireylerde hemşirelere inmenin her aşamasında önemli görevler düşmektedir. İnmenin tekrarlamasının önlenmesi, hasta ve ailelerine uygun bakımı ve becerileri kazandırmak hemşirelerin en önemli görevlerindedir (Summers ve ark., 2009). İnme geçiren bireylerin ilk 3-24 saat arası, inme belirtilerinin ortaya çıktığı, etkilenen iskemik alanın belirlendiği, akut ve kronik komplikasyonların neler olacağı ve buna uygun tedavi seçeneklerinin belirlendiği dönemdir. Bu dönemde inmenin sebebi belirlenerek komplikasyonların önüne geçmek ve hastayı ve aileye yeni oluşan duruma alıştırmak akut bakımın dahilindedir. Özellikle yeni tanı konulmuş inmeli hastalarda bu konuda uzmanlaşmış ve eğitilmiş hemşirelik bakımı gereklidir. Hastanın bu yeni duruma ilişkin bilgi ihtiyacının artması ve yaşam değişikliğiyle baş etmede en büyük destek hemşire tarafından kazandırılmalıdır (Larson ve ark., 2005; Summers, 2009).

Topluma danışmanlık ve eğitimlik yapmak hemşirenin önemli rollerindedir. Bu roller çerçevesinde hemşire, kişileri inme belirtileri, risk faktörleri ve mevcut tedaviler hakkında bilgilendirmelidir.

2.10. TABURCULUK PLANLAMASI

Son yıllarda teknolojik değişimlerle birlikte hasta sayısı ve hastane maliyetlerindeki artış nedeniyle maliyetin azaltılmasına yönelik politikalar, hastanede kalış sürelerinin kısalmasına neden olmaktadır. Buna bağlı olarak hastalar iyileşme dönemlerinin belli bir bölümünü evlerinde ya da bakım merkezlerinde geçirmektedirler. Bu hastaların taburcu olmadan önce fiziksel ve psikolojik olarak kendi özbakımları için ihtiyaçları olan bilgi ve becerileri taburcu olmadan edinmeleri gerekmektedir (Tok, 2006; Sun ve Fong, 2017). Bu doğrultuda; tekrarlı başvuruların önüne geçilmesi, sağlık maliyetlerinin azaltılması ve hasta bakım kalitesinin artırılması için etkin bir taburculuk planlanması gereklidir (Lin vd, 2013; Gholizadeh vd., 2016; Weiss vd., 2017). Taburculuk sürecindeki en önemli aşama ihtiyaçların belirlenip buna uygun taburculuk eğitimi verilmesidir. Taburculuk eğitimi, hastaların hastaneye yattığı ilk günden başlayıp hastaneden ayrılana kadar olan süre ve taburculuk sonrası evdeki bakım sürecini de kapsayan sürekli ve planlı bir eğitimidir (Uluslan, 2008). Planlı bir taburculuk eğitimi evde bakım hizmetlerinin süresinin kısaltır, hastaların anksiyete düzeyini azalttığı gibi, hastaneye tekrarlı başvuruları da azaltır. Aynı zamanda hasta memnuniyetini de artırır (Heidenreich vd. 2013; Thomas 2017).

Taburculuk eğitiminin hasta ve kurum açısından yararları şu şekildedir:

- Hasta açısından; hastanede yatış süresi kısalır (Lin S vd, 2013).
- Hastalar taburcu olduktan sonra bakımın devamı sağlanır (Coşkun ve Akbayrak, 2001).
- Hastanın bakım kalitesi artar (Elaltuntaş, 2008; Lin S.C vd, 2013; Şendir, 2000; Topbaş ,2015).
- Hastanın ve ailesinin memnuniyet düzeyi artar (Asıgbulmuş, 2016).
- Hastalar oluşabilecek erken ya da geç komplikasyonlar hakkında bilgi edinirler ve tedaviye uyumları artar (Yaman,2008).
- Hastaların ve bakım vericilerinin bakıma yönelik bilgi ve becerileri artar (Dal ve ark.,2012).

- Yine hastaların kendine güvenleri gelişir ve eve kendini daha hazır hissederek gider. Bakım verenlerin de görüşleri dikkate alındığından, bu eğitim boyunca kendini değerli hisseder, problemle karşılaştığında kiminle iletişim kuracağını bilerek neler yapması gerektiğinin farkında olurlar (Çavuş , 2008).

Sağlık kuruluşu açısından bakıldığında ise;

- Hastaneye tekrarlı başvurular azalır (Lin vd, 2013; Topbaş, 2015; Yaman, 2008;).
- Hastalar memnun kaldıkça kurum daha çok tercih edilir ve böylece kalite standartları artar (Asıgbulmuş,2016).
- Sağlık maliyetleri azalır (Lin vd 2013; Pethybridge, 2004).

2.11. ÜLKEMİZDEKİ TABURCULUK EĞİTİMİ DURUMU

6283 sayılı Hemşirelik Kanunu'nun 2011 yılında Resmî Gazetede (2011) çıkan yönetmeliğinin 1. Maddesinin 5. Bendine göre hemşirelerin taburculuk eğitiminde rol ve sorumlulukları yer almaktadır. Bu kanunda şöyle açıklanmıştır “ Hasta ve ailesinin eğitimini planlar. Hastaları, bakım ve tedavi yöntemleri ile olası yan etkileri hakkında bilgilendirir. Hastaların güncel ve güvenilir sağlık bilgisine ulaşmasını sağlar”. Fakat yapılan çalışmalarda, hemşirelerin hasta ve ailelerine etkin taburculuk vermediği, hastane yatak kapasitesinin verimli kullanılmadığı, daha fazla hastanın fayda görmesini sağlayacak sistemli bir taburculuk eğitiminin yer almadığı gözlemlenmiştir. Taburculuk eğitimini etkin alamayan hastalar ve aileleri evdeki bakımlarında başa çıkmadıkları problemlerle karşılaştıkça tekrar hastaneye başvururlar (Çavuş, 2008).

2.12. İNME SONRASI TABURCULUK EĞİTİMİ

İnme sonrasında yaşanan rehabilitasyon dönemi aslında hastanın merak ettikleri ve öğrenmek istedikleri, sağlık personelinin de öğretme sürecinde olduğu dönemdir. Hemşire hastayı ve ailesini de bu sürece dahil ederek tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme yapar. Bu dönemde önemli olan hastanın öğrenme gereksinimlerinin “ne” ve “ne kadar” olduğudur. Bu aşamada hemşire hastaların yeni oluşan durumuna göre hayatını düzene sokmasına yardım eder. Her hasta bireyseldir ve verilecek bakım ve rehabilitasyon eğitimleri de bireye özgü olmalıdır (Jette ve ark.,2005). İnme hastaları

hastalıkları hakkında, tedavileri ve iyileşme süreçleri ile ilgili bilgi eksikliği yaşadıklarını, sağlık uzmanlarında gelen bilgilerin de yetersiz ve çok karmaşık olduğunu ifade etmektedirler. Hastalar hastanede iken taburculuk ve sonrasında içeren eğitimlere de ihtiyaç duyarlar (Wellwood ve ark.,1994). İnme hastalarının, hastalıklarıyla ilgili önemli olduğunu düşündükleri ve yanıtlanmasını istedikleri kendi soruları vardır. İnme hastalarının öğrenmek istedikleri hastalıkları ile ilgili bilgiler konusunda eğitim vermek hemşirenin görevleri arasındadır.

İyileşme evresinde olduğu gibi, inme sonrası başka hastalıkların ve komplikasyonların önlenmesinde de önemlidir. Hasta eğitimi açıkça sağlık hizmetlerinin önemli bir bileşenidir ve literatür, inme popülasyonu da dahil olmak üzere, sağlık hizmetlerinin tüm taraflarındaki hastalar arasında memnuniyetsizlik olduğunu sürekli olarak ortaya koymaktadır. İnme hastaları sıklıkla hastalıklarının, tedavilerinin ve iyileşmelerinin doğası hakkında bilgi eksikliği ifade etmektedirler ve sağlık uzmanlarından gelen bilgileri yetersiz ve çok karmaşık bulmaktadırlar (Choi-Kwonve ark., 2005). Hastalar genellikle memnuniyet derecelerini hastanedeyken taburcu planlamasına ilişkin bilgilerin yanı sıra, bakım planı, tanı, ilaçlar ve tedaviler hakkında eğitim konusundaki öğretimin yeterliliğine dayandırmaktadırlar (Yonaty ve Kitchie, 2012).

Eams ve arkadaşları tarafından yapılan kalitatif çalışmada, inme hastalarının ve bakım vericilerinin sağlık uzmanlarına, akut bakım sırasında ve taburcu olmadan hemen önce soru sormaktan sık sık rahatsızlık duyduğunu veya korktuklarını ortaya çıkarmıştır (Eames ve ark., 2007). Bu özellikle inme hastaları için önemlidir, çünkü yeni fiziksel ve / veya bilişsel sakatlıklar edinmişlerdir. İnme hastaları ve bakıcılar arasında taburcu olduktan sonraki bariyerler arasında bakım devamlılığı eksikliği ve tıbbi sorulara cevap bulmak için nereye gidileceğini bilmeme sayılabilir (Eames ve ark.,2010). Ek olarak, araştırmalar inme için yüksek risk altında olan veya inme konusunda deneyim sahibi kişilerin inme hakkında daha fazla bilgisi olmadığını, geçmişi veya deneyimi olmayanlardan daha fazla olmadığını göstermektedir (Travis ve ark., 2003). İnme belirtileri ve semptomlarındaki bu bilgi eksikliği dikkat çekicidir; ilk kez inme mağdurlarının gelecek tıbbi müdahaleyi erteleyebileceğini ve daha fazla halk eğitimine ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymaktadır. Taburculuktan hemen önce bilgi sunmak, inme bakım sağlayıcıları ve hastaları eğitmeleri için pratik bir zaman olabilirken, Marissa ve arkadaşlarının inme farkındalığı ve eğitim hakkındaki yaptıkları çalışmada,

hastaların taburcu olduktan sonra bakıma ilişkin bilgiye ihtiyaç duyduklarını göstermektedir (Marissa ve ark.,2015). Geçmişte yapılan çalışmalarda bakım verenler ve hastalar, inmenin akut döneminde doğrudan inme ile ilgili bilgilere odaklanırken, neredeyse 6 ay sonra, hastalıklarını nasıl yönetecekleri ve başka inmelerin önlenmesi hakkında bilgiye ihtiyaçları olduğunu söylemektedirler (Hafsteinsdottir ve ark., 2011). Bilgi eksiklikleri yeni inmelere neden olabilmektedir. Diğer kronik hastalık alanlarına benzer şekilde, eğitim ihtiyaçları hastalıklar sırasında zaman içinde değişir ve inme eğitiminin etkili bir şekilde uygulanmasının en uygun zamanlaması ve mekanizması daha da göz önünde bulundurulmalıdır (Yonaty ve Kitchie, 2012). İnme, potansiyel olarak birçok insan için yaşamı değiştiren bir olay olduğundan, inme sonrası dönem, inme geçirenlerin ve bakıcılarının davranışları ve yaşam tarzlarının potansiyel olarak değiştirilebileceği durumlarda en uygun “öğretilebilir an” olarak değerlendirilmektedir (Marissa ve ark., 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Yöntemi: Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: Araştırma evrenini 15 Nisan-15 Eylül tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin Nöroloji Servisi'nde yatarak tedavi gören inme hastaları oluşturmuştur. Toplumumuzdaki inme prevalans oranı 100.000'de 254 'tür. İstatistiksel %95 güvenilirlikle ve 0.03 hata toleransı ile bu çalışmanın örneklem genişliği 104 hasta olarak bulunmuştur. Bu çalışmaya 120 hasta katılmış, 11 hasta soruların tamamını cevaplayamadığı için 109 hasta sayısı örnekleme kabul edilmiştir.

3.3. Araştırmanın Değişkenleri:

3.3.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri; sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, yaşanılan yer) ve sağlık & hastalık özellikleridir (kronik hastalık varlığı, ilaç kullanma durumu, sigara içme durumu, geçirilen inme sayısı, hastanede kalma süresi, taburculuk eğitimi alma durumu, taburculuk eğitimini kimden aldığı).

3.3.2. Bağımlı Değişkeni ise; öğrenim gereksinimleri puanı oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman: Bu araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Servisi'nde 15 Nisan-15 Eylül 2018 tarihleri arasında yatarak tedavi gören ve örneklem alım kriterlerine uyan hastalarla yapılmıştır. Bu serviste Nöroloji Yoğun Bakım, Nöroloji Klinik ve yeni açılmakta olan İnme merkezi yer almaktadır. Yoğun bakımında 4 yatak, Klinikte 16 yatak ve açılması planlanan İnme merkezinde 4 yatak bulunmaktadır. Nöroloji servisinde 12 hemşire çalışmaktadır. İnme geçiren hastalar yaklaşık beş- on dört gün arası kalmaktadır.

3.5. Araştırmada Örnekleme Alma Kriterleri:

3.5.1. Dahil Edilme Kriterleri:

- 18 yaşından büyük
- İnme tanısı alarak takip edilmek ve yatarak tedavi almak
- Bilinci açık, kooperasyonu ve oryantasyonu tam olmak

- Taburculuğu planlanan ve taburcu olmasına 24-48 saat kalan hastalar

3.5.2. Dışlama Kriterleri:

- Afazisi olan ve okuma yazma bilmeyen hastalar

3.6. Verilerin Toplanması: Çalışmanın verileri, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırma grubunda yer alan hastalar görüşme öncesi bilgilendirilmiştir. Görüşme süresi ortalama 20-30 dakika sürmüştür. Çalışmaya katılan hastalara taburcu olmadan 24-48 saat önce sorular sorulmuştur. Yapılan çalışmalarda en öğretilebilir zaman olarak bu zaman dilimi seçilmiştir. Hastaların taburculuk tarihlerine, klinik ve yoğun bakım uzman hekimi ile görüşülerek ve planlanan tetkikler takip edilerek ulaşılmıştır.

İnme sonrası afazi ya da dizartri gelişen hastalarda araştırma soruları ve anket soruları okuma yazma bilenlere verilerek kendilerinin doldurması sağlanmıştır. Yine dil problemi olan hastalarla hasta yakını ya da hastanenin tercümanı kullanılarak iletişim sağlanmış ve sorular sorulmuştur.

3.7. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak katılımcıların demografik ve hastalıklar özelliklerine ilişkin soruların yer aldığı tanıtıcı bilgi formu ve hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği (HÖGÖ) kullanıldı.

3.7.1. Tanıtıcı Bilgi Formu:

Bu form, sosyo-demografik özellikler ve sağlık & hastalık özelliklerinden oluşmaktadır. Sosyo-demografik özellikler olan; cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, yaşanılan yer, sağlık & hastalık özellikleri; kronik hastalık, ilaç kullanma durumu, sigara içme, geçirilen inme sayısı, hastanede kalış günü, taburculuk eğitimi ve taburculuk eğitimi alınan kişi bilgilerini kapsamaktadır (Ek 1).

3.7.2. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ):

Ölçek Bubela ve arkadaşları tarafından (1990) geliştirilmiştir. HÖGÖ toplam 50 madde ve yedi alt boyuttan (ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi ve cilt bakımı) oluşmaktadır (Bubela ve ark., 1990). Ülkemizde HÖGÖ'nün geçerlilik güvenirlik çalışması batın ameliyatı yapılan hastalarda yapılarak, cerrahi hastalarının taburculuktaki bilgi

gereksinimleri için geçerli ve güvenilir bir araç olarak bulunmuştur (Çatal ve Dicle,2007). Ölçek maddeleri Likert tipi ölçekleme yöntemi ile “1 = önemli değil”, “2 = biraz önemli”, “3 = ne az ne çok önemli”, “4 = çok önemli”, “5 = son derece önemli” şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin değerlendirmesi her bir alt boyut ve ölçek toplam puanı üzerinden yapılmaktadır. İlaçlar “8-40”, yaşam aktiviteleri “9-45”, toplum ve izlem “6-30”, duruma ilişkin duygular “5-25”, tedavi ve komplikasyonlar “9-45”, yaşam kalitesi “8-40” puan ve cilt bakımı “5-25” puan arasında puanlanmaktadır. Ölçek sonucunda elde edilen puanlar, 50-250 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça bireylerin öğrenim gereksinimleri de artmaktadır. Yüksek puanlar, öğrenim gereksiniminin önem düzeyini göstermektedir. Buna göre hastalardan taburculuk öncesi eve gönderilmeden bilgi gereksinimlerini ve önceliklerini en iyi tanımlayan seçeneği seçmeleri istenmektedir. Ölçeğin değerlendirmesi her bir alt boyut ve ölçek toplam puanı üzerinden yapılmaktadır (Ek 2).

Ölçeğin orjinalinde Cronbach Alfa değeri 0.95 olarak bulunmuştur. Madde toplam puan korelasyonları $r = .69$ ile $r = .85$ arasında bulunmuştur (Bubela ve ark., 1990; Çatal ve Dicle, 2008).

Bu çalışmada kullanılan HÖGÖ için ölçek sahipleri ile görüşülerek inme hastalarında uygulanıp uygulanamayacağı danışıldı (Ek 3).25. soru (Ameliyat yarasının bakımını nasıl yapmalıyım?) bu gruptaki hastalara uygun olmadığı düşünülerek 0 puan olarak puanlanmıştır. Ölçek sahiplerine danışılmış ve onayları alınmıştır. 25. soru ölçekte istatistiksel değerlendirme için kapsam dışında bırakılmıştır. 49 madde değerlendirmeye alınmıştır. HÖGÖ'nün alt boyutlarına ait tanımlamalar olmadığı içi tartışmada maddeler incelenerek yorumlanmıştır.

Bu çalışma için ölçeğin faktör analizi sonucu ortaya konan yedi faktörlü yapı, ölçekteki toplam varyansın %69.6'sını açıklamaktadır. Ölçeğin alt ölçekler madde ve puanları Tablo 1'dedir.

Tablo 1. HÖGÖ ve alt ölçekler madde ve puanları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Madde Sayısı	Madde Numaraları	Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Değerler
İlaçlar	8	3,8,16,18,37,39,44,45	8-40
Yaşam Aktiviteleri	9	2,5,14,17,27,28,29,30,48	9-45
Toplum ve İzlem	6	6,9,22,31,36,41	6-30
Duruma İlişkin Duygular	5	7,24,32,35,42	5-25
Tedavi ve Komplikasyonlar	9	1,4,10,19,20,23,26,38,47	9-45
Yaşam Kalitesi	8	11,13,15,21,34,40,46,50	8-40
Cilt Bakımı	4	12,33,43,49	4-20
Toplam	49		49-245

HÖGÖ ve alt ölçeklerin madde sayısı, madde numaraları ve ölçek ve alt ölçeklerden alınabilecek en düşük ve en yüksek değerlere ilişkin bilgiler Tablo 1’de gösterilmiştir.

Ölçek sonucunda elde edilen puanlar 49-245 arasında değişmektedir. Ölçek ve alt ölçek puanları; toplam ölçek ve tüm alt ölçeklerin soru sayısına bölünerek, 1 ile 5 arasında önemlilik düzeyine göre, “1= önemli değil”, “2= biraz önemli”, “3= ne az ne çok önemli”, “4= çok önemli”, “5= son derece önemli” şeklinde yorumlanmaktadır. Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği güvenilirliğine ilişkin bilgiler Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Orjinal ve bu çalışmanın HÖGÖ alt ölçeklerin cronbach alpha değerleri incelenmesi

Alt Ölçekler	Orjinalinin Cronbach Alfa (α) Değerleri*	Bu çalışmanın Cronbach Alfa (α) Değerleri
İlaçlar	0,88	0,91
Yaşam Aktiviteleri	0,84	0,86
Toplum ve İzlem	0,85	0,83
Duruma İlişkin Duygular	0,79	0,82
Tedavi ve Komplikasyonlar	0,83	0,87
Yaşam Kalitesi	0,85	0,87
Cilt Bakımı	0,69	0,81
TOPLAM ÖLÇEK	0,95	0,97

3.8. ARAŞTIRMA SONUCUNDA ELDE EDİLEN VERİLERİN ANALİZİ

Verilerin analizinde, PSPP (free software; Updated: \$Date: 2018/09/04 17:07:35\$, [GNU General Public License](#)) ve Microsoft Excel programı kullanıldı. P değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde yorumlanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiki analizler Tablo 3' de verilmiştir.

Tablo 3. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistik analizler

Değerlendirilen Parametreler	Uygulanan Testler
Demografik Verilerin Değerlendirilmesi	<ul style="list-style-type: none">• Tanımlayıcı analizler (aritmetik ortalama, standart sapma)
Tanımlayıcı Analizler	<ul style="list-style-type: none">• Aritmetik ortalama, standart sapma, minimum, maksimum• Frekans sayımı (sayı), yüzdelik dilim (%)
Farklılıkları Değerlendirme	<ul style="list-style-type: none">• ANOVA – Bonferroni• T testi• Mann Whitney U Test
İlişkileri Belirleme	<ul style="list-style-type: none">• Spearman's rho Korelasyon Katsayısı

3.9. Araştırmanın Etiği:

- Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yapılacağı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı olarak kurum izni alındı (Ek 4)
- Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı alındı (B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06/2018/465) (Ek 5).
- Araştırmaya başlamadan Nöroloji Servisi Klinik Şefi ve Klinik Sorumlu Hemşiresi bilgilendirildi.
- Hastalardan yazılı olarak gönüllü bilgilendirilmiş onam alındı

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

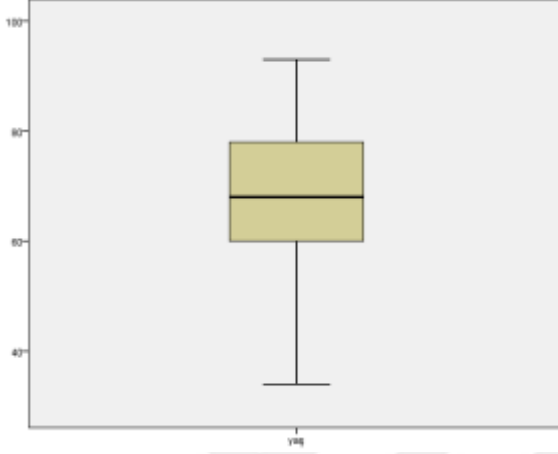
Taburculuk tarihlerinin belli olmaması, hızlı gerçekleşen taburculuklar, araştırmanın tek bir hastanede yapılmış olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

4.1. KATILIMCILARIN TANITICI ÖZELLİĞİNE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmada 109 katılımcının yaşları 35 ile 93 aralığında değişmekte ortalama 67.38 ± 12.83 olarak bulundu, grafiksel gösterim Şekil 1' dir.

Şekil 1. Yaş Dağılımı



4.2. Sosyo-Demografik Özellikler;

Tablo 4'te görüldüğü gibi hastaların %62.4'ünün 65 yaş ve üstü, %54.1'inin erkek, %36.7'sinin ilkokul mezunu, %64,2'sinin evli, %28.4'ünün evde eşi ile birlikte yaşadığı bulunmuştur.

Tablo 4. Sosyo-demografik özellikler dağılımı (N=109)

Sosyo-Demografik Özellikler		n	%
Yaş	18-64 yaş arası	41	37.6
	65 yaş ve üstü	68	62.4
Cinsiyet	Kadın	50	45,9
	Erkek	59	54.1
	Okur-yazar değil	16	14.7
Eğitim Durumu	Ortaokul mezunu	11	10.1
	Okur-yazar, eğitimsiz	10	9.2
	Lise mezunu	17	15.6
	İlkokul mezunu	40	36.7
Medeni Durum	Yüksek Öğrenim mezunu ve üstü	15	13.8
	Evli	70	64.2
	Bekar	39	35.8
	Evde tek başına	16	14.7
Yaşanılan Yer	Evde eşi ile birlikte	31	28.4
	Huzurevi/bakımevi	5	4.6
	Evde eşi ve çocukları ile birlikte	30	27.5
	Çocuklarının/akrabalarının yanında	27	24.8

4.3. Sağlık & Hastalık Özellikler;

Tablo 5'te görüldüğü gibi hastaların %84,4'ünün kronik hastalığa sahip olduğu, %77.1'inin ilaç kullandığı, %80.7'sinin sigara içmediği, %70.6'sının sadece bir kez inme geçirdiği, %49,5'inin beş on dört gün arasında hastanede olduğu,%55.0'inin taburculuk eğitimi almadığını, taburculuk eğitimi aldığını söyleyen %45 hastanın %39.4'ünün hemşireden eğitim aldığı bulunmuştur.

Tablo 5. Sağlık & hastalık özellikleri dağılımı(N=109)

Sağlık & Hastalık Özellikleri		n	%
Kronik Hastalık	Evet	92	84.4
	Hayır	17	15.6
İlaçlar	Evet	84	77.1
	Hayır	25	22.9
Sigara	Evet	21	19.3
	Hayır	88	80.7
İnme Sayısı	Sadece 1 kez	77	70.6
	Birden fazla	32	29.4
	Bir-beş gün	52	47.7
Hastanede Kalma Suresi	Beş-on dört gün	54	49.5
	On dört günden fazla	3	2.8
Taburcu Eğitimi	Aldım	49	45.0
	Almadım	60	55.0
	Eğitim almayan hastalar	60	55.0
Taburcu Eğitimi Verilmesi	Doktor	6	5.5
	Hemşire	43	39.4

109 katılımcıya HÖGÖ uygulaması sonucunda yedi alt boyut ve genel toplam üzerinden dağılım incelendi. Bu çalışma için alınabilecek minimum ve maksimum puanlar 45-245 puandır. Önem düzeyi derecelendirilirken ölçek ve alt ölçek puanları, toplam ölçek ve tüm alt ölçeklerin soru sayısına bölünerek, bir ila beş arasında önemlilik düzeyine göre derecelendirilerek “1: önemli değil”, “2: biraz önemli”, “3:ne az ne çok önemli”, “4:çok önemli”, “5:son derece önemli” şeklinde yorumlanmaktadır.

Tablo 6. Hasta öğrenim gereksinimlerinin puan ortalamalarına göre ve önem düzeyine göre dağılımı(N=109)

HÖGÖ	Ortalama	S. Sapma	Medyan	Önemlilik Düzeyi	Min.	Max.
İlaçlar	35,44	6,10	38,00	4,43	8,00	40,00
Yaşam Aktiviteleri	36,59	7,03	38,00	4,07	9,00	45,00
Toplum ve İzlem	21,77	5,38	22,00	3,63	6,00	30,00
Duruma İlişkin Duygular	18,19	4,54	19,00	3,64	5,00	25,00
Tedavi ve Komplikasyonlar	39,39	6,12	41,00	4,38	9,00	45,00
Yaşam Kalitesi	34,09	6,01	35,00	4,26	8,00	40,00
Cilt Bakımı	15,25	3,95	16,00	3,81	4,00	20,00
Toplam Ölçek	200,43	34,77	204,00	4,09	49,00	245,00

Yaş grupları arasında toplum ve izlem ve cilt bakımı alt boyutlarında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). 65 yaş üstü hastaların, 18-64 yaş üstü hastalara göre toplum ve izlem ve cilt bakımı alt boyutlarında öğrenim gereksinimleri artmıştır. Analiz sonuçları Tablo 7' de dir.

Tablo7.Yaş gruplarına göre öğrenim gereksinimleri ölçeği ve alt ölçeklerin puan ortalamalarına göre dağılımı ve karşılaştırılması (N=109)

HÖGÖ	18-64 $\bar{x}\pm SS$ (Medyan)	65 yaş ve üzeri $\bar{x}\pm SS$ (Medyan)	İstatistiksel Değerlendirme*
İlaçlar	35,07±6,37 (37)	35,66±5,98 (38)	t=-0,49 ;p=0,63
Yaşam Aktiviteleri	35,95±7,64 (37)	36,97±6,67 (38)	t=-0,73 ;p=0,47
Toplum ve İzlem	20,33±6,53 (22)	22,62±4,41 (23)	t=-2,17 ;p=0,03**
Duruma İlişkin Duygular	17,59±4,83 (18)	18,56±4,35 (19)	t=-1,09 ;p=0,28
Tedavi ve Komplikasyonlar	38,15±6,69 (40)	40,13±5,67 (41,5)	t=-1,65 ;p=0,1
Yaşam Kalitesi	34,12±6,21 (36)	34,07±5,93 (34)	t=0,04 ;p=0,97
Cilt Bakımı	14,29±4,3 (15)	15,84±3,62 (17)	t=-2 ;p=0,048**
Toplam Ölçek	194,6±37,17 (204)	203,91±33,06 (210)	t=-1,35 ;p=0,18

Cinsiyete grupları ile öğrenim gereksinimleri toplam ölçek puanı ve alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmadı ($p>0,05$). Analiz sonuçları Tablo 8’ dedir.

Tablo 8. Cinsiyet gruplarına göre gereksinim ölçeği ve alt ölçeklerin puan ortalamalarına göre dağılımı ve karşılaştırılması (N=109)

HÖGÖ	Kadın	Erkek	İstatistiksel Değerlendirme*
	$\bar{x}\pm SS$ (Medyan)	$\bar{x}\pm SS$ (Medyan)	
İlaçlar	35,1 \pm 6,43 (37,5)	35,73 \pm 5,85 (38)	t=-0,53 ;p=0,59
Yaşam Aktiviteleri	37,54 \pm 6,33 (38,5)	35,78 \pm 7,53 (36)	t=1,31 ;p=0,19
Toplum ve İzlem	21,98 \pm 5,58 (22,5)	21,59 \pm 5,25 (22)	t=0,38 ;p=0,71
Duruma İlişkin Duygular	18,86 \pm 4,38 (19)	17,63 \pm 4,63 (18)	t=1,42 ;p=0,16
Tedavi ve Komplikasyonlar	39,56 \pm 5,76 (41)	39,24 \pm 6,46 (40)	t=0,27 ;p=0,79
Yaşam Kalitesi	34,92 \pm 5,35 (36)	33,39 \pm 6,48 (35)	t=1,33 ;p=0,19
Cilt Bakımı	15,6 \pm 3,9 (16)	14,95 \pm 4 (16)	t=0,85 ;p=0,395
Toplam Ölçek	203,56 \pm 33,73 (210)	197,68 \pm 35,73 (204)	t=0,87 ;p=0,39

Eğitim grupları ile öğrenim gereksinimleri toplam ölçek puanı ve alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmadı ($p>0,05$). Analiz sonuçları Tablo 9’dadır.

Tablo 9. Eğitim gruplarına göre gereksinim ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarına göre dağılımı ve karşılaştırılması (N=109)

HÖGÖ	Okur-yazar değil	Ortaokul mezunu	Okur-yazar, eğitimsiz	Lise mezunu	İlkokul mezunu	Yüksek Öğrenim mezunu ve üstü	İstatistiksel Değerlendirme*
	$\bar{x} \pm SS$ (Medyan)	$\bar{x} \pm SS$ (Medyan)	$\bar{x} \pm SS$ (Medyan)	$\bar{x} \pm SS$ (Medyan)	$\bar{x} \pm SS$ (Medyan)	$\bar{x} \pm SS$ (Medyan)	
İlaçlar	36,09±4,61 (38)	36,5±3,78 (38)	34,06±5,76 (36)	36,4±4,77 (38,5)	34,27±8,09 (37)	36,09±4,61 (38)	Ki-kare=3,59; p=0,61
Yaşam Aktiviteleri	36,91±7,26 (36)	34,5±7,55 (35,5)	35±7,72 (37)	38,58±5,36 (39)	34,13±9,31 (36)	36,91±7,26 (36)	Ki-kare=6,25; p=0,28
Toplum ve İzlem	22,91±4,93 (23)	19±6,11 (20)	21±5,61 (22,5)	22,5±5,15 (23)	21,6±5,65 (22)	22,91±4,93 (23)	Ki-kare=4,28; p=0,51
Duruma İlişkin Duygular	19,45±3,88 (20)	16,5±4,74 (17)	17,06±4,02 (17)	18,9±4,4 (19)	17,4±5,19 (17)	19,45±3,88 (20)	Ki-kare=5,6; p=0,35
Tedavi ve Komplikasyonlar	39,18±3,79 (39)	38±4,78 (39)	38,35±7,44 (41)	40,98±3,85 (42)	37,87±8,78 (40)	39,18±3,79 (39)	Ki-kare=4,92; p=0,43
Yaşam Kalitesi	33,82±5,55 (35)	34,3±3,56 (34,5)	33±6,75 (35)	35,45±4,92 (36)	31,67±7,79 (34)	33,82±5,55 (35)	Ki-kare=5,07; p=0,41
Cilt Bakımı	15,09±4,61 (16)	14,2±2,9 (14)	14,76±4,15 (16)	15,62±3,78 (16)	14,4±4,48 (16)	15,09±4,61 (16)	Ki-kare=5,08; p=0,41
Toplam Ölçek	203,45±31,79 (204)	193±25,62 (195,5)	190,81±36,76 (202)	208,64±27,33 (212)	191,33±46,11 (201)	203,45±31,79 (204)	Ki-kare=5,18; p=0,39

Medeni hal grupları ile öğrenim gereksinimleri toplam ölçek puanı ve alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmadı ($p>0,05$). Analiz sonuçları Tablo 10'dadır.

Tablo 10.Medeni hal gruplarına göre öğrenim gereksinimleri ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarına göre dağılımı ve karşılaştırılması (N=109)

HÖGÖ	Evli $\bar{x}\pm SS$ (Medyan)	Bekar $\bar{x}\pm SS$ (Medyan)	İstatistiksel Değerlendirme*
İlaçlar	36±5,81 (38)	34,44±6,56 (36)	t=1,29 ;p=0,2
Yaşam Aktiviteleri	37,37±6,97 (38)	35,18±7 (36)	t=1,57 ;p=0,12
Toplum ve İzlem	22,09±5,57 (23)	21,18±5,03 (21)	t=0,83 ;p=0,41
Duruma İlişkin Duygular	18,66±4,51 (19)	17,36±4,53 (18)	t=1,44 ;p=0,15
Tedavive Komplikasyonlar	39,47±6,52 (41)	39,23±5,4 (40)	t=0,2 ;p=0,85
Yaşam Kalitesi	34,13±6,23 (36)	34,03±5,68 (35)	t=0,09 ;p=0,93
Cilt Bakımı	15,2±4,14 (16)	15,33±3,64 (16)	t=-0,16 ;p=0,87
Toplam Ölçek	202,97±35,32 (207)	195,82±33,72 (197,5)	t=1,02 ;p=0,31

Yaşanılan yer gruplarına göre öğrenim gereksinimleri toplam ölçek puanı ve alt boyutları puanları arasında tedavi ve komplikasyonlar alt boyutu istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).Evde eşi ile birlikte yaşayan hastaların tedavi ve komplikasyonlar alt boyutunda öğrenme gereksinimleri artmıştır. Analiz sonuçları Tablo 11'dedir.

Tablo 11. Yaşanılan yer gruplarına göre öğrenim gereksinimleri ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarına göre dağılımı ve karşılaştırılması (N=109)

HÖGÖ	Evde tek başına	Evde eşi ile birlikte	Huzurevi/bakımevi	Evde eşi ve çocukları ile birlikte	Çocuklarının/akrabalarının yanında	İstatistiksel Değerlendirme*
	$\bar{x} \pm SS$ (Medyan)	$\bar{x} \pm SS$ (Medyan)	$\bar{x} \pm SS$ (Medyan)	$\bar{x} \pm SS$ (Medyan)	$\bar{x} \pm SS$ (Medyan)	
İlaçlar	33,63±8 (35)	37,1±4,97 (40)	34,2±3,7 (33)	34,33±6,92 (36,5)	36,07±5,14 (38)	Ki-kare=8,06; p=0,09
Yaşam Aktiviteleri	33,56±7,18 (35)	38,77±5,24 (39)	34,8±3,63 (34)	35,43±8,64 (37)	37,48±6,66 (39)	Ki-kare=8,82; p=0,07
Toplum ve İzlem	19,88±5,55 (20)	22,45±4,33 (23)	20±6,52 (23)	21,27±6,76 (22,5)	23,04±4,2 (23)	Ki-kare=3,84; p=0,43
Duruma İlişkin Duygular	16,5±5,15 (17,5)	18,81±4,43 (19)	17,4±2,3 (17)	18,4±4,91 (19)	18,41±4,18 (19)	Ki-kare=3,28; p=0,51
Tedavi ve Komplikasyonlar	38,31±7,09 (40)	40,61±5,5 (43)	38,4±1,14 (38)	37,43±7,69 (39)	40,96±4 (42)	Ki-kare=9,71; p=0,046**
Yaşam Kalitesi	32,94±6,76 (34,5)	34,35±5,87 (36)	33±3,61 (33)	33,47±7,2 (35)	35,37±4,56 (36)	Ki-kare=2,8; p=0,59
Cilt Bakımı	14,75±4,09 (16,5)	15,33±3,99 (17)	16,4±2,61 (16)	13,93±4,35 (15)	16,7±3,16 (16)	Ki-kare=6,77; p=0,15
Toplam Ölçek	189,56±40,28 (198,5)	207,7±29,57 (215,5)	194,2±18,67 (192)	194,27±42,19 (203,5)	207,04±27,94 (210)	Ki-kare=4,79; p=0,31

Kronik hastalık varlığına göre öğrenim gereksinimleri toplam ölçek puanı ve alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmadı ($p>0,05$). Analiz sonuçları Tablo 12' de dir.

Tablo 12. Kronik hastalık varlığına göre gereksinim ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarına göre dağılımı ve karşılaştırılması (N=109)

HÖGÖ	Evet	Hayır	İstatistiksel Değerlendirme*
	$\bar{x}\pm SS$ (Medyan)	$\bar{x}\pm SS$ (Medyan)	
İlaçlar	35,47±6,4 (38)	35,29±4,31 (35)	t=0,11 ;p=0,91
Yaşam Aktiviteleri	36,48±6,95 (37,5)	37,18±7,63 (38)	t=-0,37 ;p=0,71
Toplum ve İzlem	22,01±5,29 (23)	20,47±5,82 (21)	t=1,08 ;p=0,28
Duruma İlişkin Duygular	18,26±4,66 (19)	17,82±3,91 (18)	t=0,36 ;p=0,72
Tedavi ve Komplikasyonlar	39,66±5,95 (41)	37,88±6,98 (40)	t=1,1 ;p=0,27
Yaşam Kalitesi	34,22±5,95 (35)	33,41±6,48 (36)	t=0,51 ;p=0,61
Cilt Bakımı	15,46±3,86 (16)	14,12±4,36 (15)	t=1,29 ;p=0,199
Toplam Ölçek	201,23±35,04 (205)	196,18±34,06 (204)	t=0,55 ;p=0,58

İlaç kullanma bilgisine göre öğrenim gereksinimleri toplam ölçek puanı ve alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmadı ($p>0,05$). Analiz sonuçları Tablo 13' de dir.

Tablo 13.İlaç kullanma bilgisine göre gereksinim ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarına göre dağılımı ve karşılaştırılması (N=109)

HÖGÖ	Evet	Hayır	İstatistiksel Değerlendirme*
	$\bar{x}\pm SS$ (Medyan)	$\bar{x}\pm SS$ (Medyan)	
İlaçlar	35,06±6,49 (37)	36,72±4,44 (39)	t=-1,2 ;p=0,23
Yaşam Aktiviteleri	36,36±6,92 (37)	37,36±7,49 (40)	t=-0,62 ;p=0,53
Toplum ve İzlem	21,86±5,19 (22)	21,46±6,11 (23,5)	t=0,32 ;p=0,75
Duruma İlişkin Duygular	18,21±4,56 (18,5)	18,12±4,55 (19)	t=0,09 ;p=0,93
Tedavi ve Komplikasyonlar	39,23±6,3 (40)	39,92±5,57 (42)	t=-0,5 ;p=0,62
Yaşam Kalitesi	33,63±6,23 (34,5)	35,64±4,98 (38)	t=-1,48 ;p=0,14
Cilt Bakımı	15,36±3,74 (16)	14,88±4,64 (17)	t=0,53 ;p=0,595
Toplam Ölçek	199,71±35,51 (203)	202,92±32,69 (209,5)	t=-0,4 ;p=0,69

Sigara kullanma durumuna göre alt boyutlarından ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, tedavi ve komplikasyonlar, cilt bakımı ve toplam ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Sigara içmeyen hastaların toplam puanlarda ve alt boyutlarda öğrenim gereksinimleri artmıştır. Analiz sonuçları Tablo 14' dedir.

Tablo 14. Sigara kullanma durumuna göre gereksinim ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarına göre dağılımı ve karşılaştırılması (N=109)

HÖGÖ	Evet $\bar{x}\pm SS$ (Medyan)	Hayır $\bar{x}\pm SS$ (Medyan)	İstatistiksel Değerlendirme*
İlaçlar	32,9±6,74 (34)	36,05±5,82 (38,5)	t=-2,15 ;p=0,03**
Yaşam Aktiviteleri	32,9±8,8 (35)	37,47±6,28 (38)	t=-2,75 ;p=0,01**
Toplum ve İzlem	18,71±6,44 (21)	22,51±4,86 (23)	t=-3 ;p=0,0001**
Duruma İlişkin Duygular	16,52±4,68 (17)	18,59±4,44 (19)	t=-1,9 ;p=0,06
Tedavi ve Komplikasyonlar	36,38±8,53 (38)	40,1±5,2 (41,5)	t=-2,57 ;p=0,01**
Yaşam Kalitesi	32±8,19 (35)	34,59±5,3 (35)	t=-1,79 ;p=0,08
Cilt Bakımı	13,1±4,17 (13)	15,77±3,73 (17)	t=-2,88 ;p=0,005**
Toplam Ölçek	182,52±42,08 (189)	204,8±31,51 (208,5)	t=-2,71 ;p=0,01**

Geçirilen inme sayısına göre öğrenim gereksinimleri toplam ölçek puanı ve alt boyutları paunları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmadı ($p>0,05$). Analiz sonuçları Tablo 15' dedir.

Tablo 15. Geçirilen inme sayısına göre gereksinim ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarına göre dağılımı ve karşılaştırılması (N=109)

HÖGÖ	Sadece 1 kez $\bar{x}\pm SS$ (Medyan)	Birden fazla $\bar{x}\pm SS$ (Medyan)	İstatistiksel Değerlendirme*
İlaçlar	35,62±5,76 (38)	35±6,94 (37)	t=0,48 ;p=0,63
Yaşam Aktiviteleri	36,82±7 (38)	36,03±7,18 (36)	t=0,53 ;p=0,6
Toplum ve İzlem	21,91±5,41 (23)	21,42±5,4 (22)	t=0,43 ;p=0,67
Duruma İlişkin Duygular	18,16±4,43 (19)	18,28±4,87 (18)	t=-0,13 ;p=0,9
Tedavi ve Komplikasyonlar	39,49±6,34 (41)	39,13±5,64 (39,5)	t=0,29 ;p=0,78
Yaşam Kalitesi	34,09±5,77 (35)	34,09±6,63 (35)	t=0 ;p=0,99
Cilt Bakımı	15,33±3,88 (16)	15,06±4,16 (16)	t=0,32 ;p=0,75
Toplam Ölçek	201,45±34,14 (206)	197,94±36,73 (197)	t=0,47 ;p=0,64

Hastanede kalma süresine öğrenim gereksinimleri toplam ölçek puanı ve alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmadı ($p>0,05$). Analiz sonuçları Tablo 16'dadır.

Tablo 16. Hastanede kalma süresine göre gereksinim ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarına göre dağılımı ve karşılaştırılması (N=109)

HÖGÖ	Bir-beş gün $\bar{x}\pm SS$ (Medyan)	Beş-on dört gün $\bar{x}\pm SS$ (Medyan)	On dört günden fazla $\bar{x}\pm SS$ (Medyan)	İstatistiksel Değerlendirme*
İlaçlar	34,92±6,76 (37)	35,78±5,55 (38)	38,33±2,89 (40)	Ki-kare=2,16; p=0,34
Yaşam Aktiviteleri	36,77±6,93 (38)	36,28±7,28 (37,5)	39±5,2 (36)	Ki-kare=0,29; p=0,87
Toplum ve İzlem	21,43±5,88 (22)	21,85±4,96 (22,5)	26±2 (26)	Ki-kare=2,87; p=0,24
Duruma İlişkin Duygular	18,27±4,67 (18,5)	17,89±4,44 (18)	22,33±2,08 (23)	Ki-kare=3,31; p=0,19
Tedavi ve Komplikasyonlar	38,75±6,69 (40)	39,91±5,63 (41,5)	41±4,58 (42)	Ki-kare=1,68; p=0,43
Yaşam Kalitesi	34,06±6,31 (35,5)	33,96±5,83 (34,5)	37±4,36 (39)	Ki-kare=0,91; p=0,63
Cilt Bakımı	14,88±4,24 (16)	15,46±3,72 (16)	17,67±2,08 (17)	Ki-kare=1,38; p=0,5
Toplam Ölçek	198,42±37,52 (203,5)	201,13±32,72 (208)	221,33±21,55 (223)	Ki-kare=1,49; p=0,47

Taburcu eğitimi alma durumuna göre öğrenim gereksinimleri toplam ölçek puanı ve alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmadı ($p>0,05$). Analiz sonuçları Tablo 17' dedir.

Tablo 17. Taburculuk eğitimi alma durumuna göre gereksinim ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarına göre dağılımı ve karşılaştırılması (N=109)

HÖGÖ	Aldım $\bar{x}\pm SS$ (Medyan)	Almadım $\bar{x}\pm SS$ (Medyan)	İstatistiksel Değerlendirme*
İlaçlar	36,63±5,72 (39)	34,47±6,28 (36)	t=1,86 ;p=0,07
Yaşam Aktiviteleri	37,33±7,68 (39)	35,98±6,46 (37)	t=0,99 ;p=0,32
Toplum ve İzlem	22,08±5,17 (22)	21,51±5,58 (22)	t=0,55 ;p=0,58
Duruma İlişkin Duygular	18,78±4,34 (19)	17,72±4,68 (18)	t=1,21 ;p=0,23
Tedavi ve Komplikasyonlar	40,1±6,59 (42)	38,8±5,7 (40)	t=1,11 ;p=0,27
Yaşam Kalitesi	34,57±6,45 (37)	33,7±5,65 (35)	t=0,75 ;p=0,45
Cilt Bakımı	15,88±3,81 (17)	14,75±4,02 (16)	t=1,48 ;p=0,142
Toplam Ölçek	205,48±35,53 (214,5)	196,32±33,89 (200)	t=1,36 ;p=0,18

Taburculuk eğitimi alınan kişiye göre öğrenim gereksinimleri toplam ölçek puanı ve alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulundu ($p<0,05$). Hemşireden taburculuk eğitimi alan hastaların doktordan taburculuk eğitimi alan hastalara göre tüm alt boyutlara ait öğrenim gereksinimleri ve toplam puanları artmıştır. Analiz sonuçları Tablo 18' dir.

Tablo 18. Taburculuk eğitimi alınan kişiye göre gereksinim ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarına göre dağılımı ve karşılaştırılması (N=109)

HÖGÖ	Doktor $\bar{x}\pm SS$ (Medyan)	Hemşire $\bar{x}\pm SS$ (Medyan)	İstatistiksel Değerlendirme*(**)
İlaçlar	29,33±11,38 (34,5)	37,65±3,65 (40)	t=-3,77 ;p=0,0001
Yaşam Aktiviteleri	27,5±10,27 (32)	38,7±6,25 (41)	t=-3,78 ;p=0,0001
Toplum ve İzlem	16±5,33 (17)	22,93±4,6 (23)	t=-3,4 ;p=0,001
Duruma İlişkin Duygular	14±4,98 (15)	19,44±3,86 (20)	t=-3,13 ;p=0,003
Tedavi ve Komplikasyonlar	32,33±12,16 (37)	41,19±4,71 (43)	t=-3,41 ;p=0,001
Yaşam Kalitesi	26,67±10,31 (28)	35,67±4,97 (38)	t=-3,58 ;p=0,001
Cilt Bakımı	12,83±4,67 (14,5)	16,31±3,52 (17)	t=-2,17 ;p=0,035
Toplam Ölçek	158,67±54,81 (180)	212,17±26,72 (222,5)	t=-3,95 ;p=0,0001

5. TARTIŞMA

Teknolojinin gelişmesi tanı ve tedavi yöntemlerinin artmasına, bu da hastalarda belirsizliğe ve bilinmezliğe yol açmaktadır. Bunlarla karşılaşan hastalar yeni gelişen duruma uyum sağlayabilmek için daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarlar (Lithne ve ark.,2012; Öz,2001). Verilen hasta eğitimleri, hastaların tanı ve tedavilerini anlamasına ve evde bakımını sürdürmesine, öz bakımlarına katılabilmesine, hastalığa bağlı oluşabilecek komplikasyonların önüne geçmesine, kendi sağlık sorumluluğunu ele almasına, hastalıkta yaşadığı yetersizlik ve kuvvetsizlik duygusundan kurtulmasına yardım eder (Öztürk ve ark.,2011).

Taburculuk eğitimi, hasta eğitiminde önemli bir yer tutmaktadır. Hastalar hastanede kaldığı süre boyunca aldığı evde bakımını da içeren kişiye özel eğitimler, bakımın kalitesinin artırdığı gibi devamlılığını da sağlar. Özellikle inme sonrası yaşanan ve hastanın yaşam kalitesini düşüren komplikasyonlarda, oluşan yeni duruma uyum sağlamasında verilen eğitimin önemi büyüktür. Bu doğrultuda öncelik hastanın öğrenme gereksinimlerinin belirlenmesidir.

Bu çalışma inme geçiren hastalarda, inme sonrası ihtiyaç duydukları öğrenme gereksinimlerini ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek için yapılmıştır. Elde edilen veriler literatür ışığında tartışılmıştır.

Bu bölümde 109 katılımcıya HÖGÖ uygulaması sonucu yedi alt boyut ve genel toplam üzerinden dağılım incelendi. Çalışma sonucunda toplam ölçek puanı $200.43 \pm 34.77(204)$ şeklindedir. HÖGÖ'den alınabilecek en yüksek puan bu çalışma için 245'tir. 25.soru bu çalışma için uygun olmadığı için 0 puan olarak puanlanmıştır (Tablo5). Literatüre bakıldığında Çatal'ın(2007) daha önce 190.81 ± 17.05 , Taşdemir ve ark. (2010) beyin cerrahisi hastalarında 198.75 ± 30.6 , Demirkıran'ın (2011) İlk Kez CABG olan hastalarda aldığı puan 183.48 ± 28.36 , Orgun ve Şen'in (2012) bir devlet hastanesinin cerrahi birimlerinde yatan hastalarında 201.73 ± 25.6 , Tan ve ark. (2013) dâhili kliniklerde yatan hastalarda $204,26 \pm 23,88$, Dağ ve ark. (2014) jinekolojik operasyon geçiren kadınlarda 203.65 ± 37.10 , Yılmaz ve ark. (2015) batın ameliyatı yapılan hastalarda 207.52 ± 24.14 , Şahin ve ark. (2015) kolorektal kanser cerrahisi olan hastalarda 199.6 ± 29.7 , , Çelebi'nin (2015) günübirlik cerrahi hastalarında taburculuk aşamasında 175.82 ± 42.49 , Çetinkaya ve Aşiret'in (2017) dahili ve cerrahi kliniklerde

yatan hastalarda yaptıkları çalışmada ise 186.67 ± 29.22 , Soyer ve ark. (2018) ameliyat olan hastalarda 205 ± 26.7 bulunmuştur.

Bu çalışmada ‘‘4,43’’ ile alt boyut puan ortalamalarında önem düzeyinde ‘‘ilaçlar’’ alt boyutu yüksek çıkmıştır (Tablo 5). Literatürdeki çalışmalarda da, ‘‘ilaçlar’’ alt boyutu önem düzeyine sahip çalışmalar bulunmaktadır (Akkuzu ve ark., 2016; Başaran ve ark., 2015; Çetinkaya ve Aşiret, 2017; Dağ ve ark., 2014; Göktaş ve ark., 2015; Güçlü ve Kurşun, 2017; Tan ve ark., 2013; Soyer ve ark., 2018; Yılmaz ve Özkan, 2015).

Bu çalışmadan farklı olarak ‘‘tedavi ve komplikasyonlar’’ alt boyutu önem düzeyi yüksek çıkan çalışmalar mevcuttur (Çelebi, 2015; Dağ ve ark., 2014; Güçlü ve Kurşun, 2017; Taşdemir ve ark., 2010; Temiz ve ark., 2016; Şendir ve ark., 2013).

‘‘ Yaşam kalitesi’’ alt boyutu önem düzeyi yüksek çıkan çalışmalar; Orgun ve Şen’in (2012) çalışması ve Tan ve ark. (2013) çalışmalarıdır. ‘‘Yaşam aktiviteleri’’ alt boyutu önem düzeyi yüksek çıkan çalışma da Demirkıran ve Uzun’un (2012) çalışmasıdır.

Hastalar taburcu olduktan sonra evde tedavilerini ilaçlar ile devam ettirmektedirler. Özellikle iskemik inme geçiren hastaların tekrarlayıcı inmelerin önüne geçebilmek adına, ilaç kullanımının uygun ve doğru olması büyük öneme sahiptir. Mevcut olan kronik hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlara ek olarak başlanan yeni ilaçlar, çoklu ilaç kullanımı, hastanın bilgiye gereksinimini artırabilir. Bununla beraber bu ilaçlarda beklenen etkilerinin yanında, istenmeyen ve beklenmeyen yan etkiler de görülebilir. Bu yan etkiler ilaçların yanlış kullanımı sonucu oluşabilir. Bu yüzden hastalar taburculuk öncesi kullanacakları ilaçlar hakkında, ne kadar süre kullanacağı, hangi yolla, hangi dozda ve hangi durumlarda doktoruna başvurması gerektiği gibi konularda bilgilendirilmelidir. Son yıllarda teknolojinin artmasıyla birlikte doğru olmayan kaynaklardan edinilen bilgiler hastaları tedirgin edebilir. Bu yüzden taburculukta bakım aldıkları sağlık görevlisinden ilaçlar hakkında bilgi almak istedikleri söylenebilir.

Çalışmada HÖGÖ alt boyutu puan ortalamaları önem düzeyine bakıldığında ‘‘3,63’’ ile **toplum ve izlem** alt boyutunun en düşük puanı aldığı görülmektedir. Literatürde Dağ ve ark. (2014) çalışması da Toplum ve İzlem alt boyutundan en düşük puanı almıştır. Çalışmadan farklı olarak ‘‘ **duruma ilişkin duygular**’’ alt boyutundan

en düşük puanı alan çalışmalar daha fazladır (Başaran ve ark., 2015; Dağ ve ark., 2014; Demirkıran ve Uzun, 2012; Güçlü ve Kurşun, 2017; Orgun ve Şen, 2012; Taşdemir ve ark., 2010; Temiz ve ark., 2016; Soyer ve ark., 2018).”**Cilt bakımı**” alt boyutundan önemlilik düzeyi puanı en düşük olan çalışmalar; Tan ve ark. (2013) çalışması, Göktaş ve ark. (2015) çalışması ve Akkuzu ve ark. (2016) çalışmalarıdır.

Bu çalışmada hastaların öğrenim gereksinimlerinin yüksek olması, toplum ve izleme ait gereksinimlerinin düşük olması, hastaların önceliğinin birincil ihtiyaçlarını gidermek olduğu ile açıklanabilir. Özellikle ilk defa inme geçiren hastaların yeni oluşan rollere uyum sağlamaları uzun sürebilir. Hastalar genelde akut sorunlar hakkında bilgilere ihtiyaç duymaktadırlar. Bakım desteğine ihtiyaç duyan hastalar, sosyal desteğin önemini göz ardı ederler. Sosyal desteğin varlığı hastaların fiziksel ve psikolojik işlevselliğini artırır. İnmeli hastalara bakım veren hemşireler, hastaya bütüncül yaklaşarak sosyal desteğin önemini ve bilgilendirmesini yapmalıdırlar.

5.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve HÖGÖ Puan Dağılımı

Çalışmanın bu bölümünde hastaların sosyodemografik özellikleri ile hasta öğrenim gereksinimleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Sosyodemografik özellikler; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hal ve yaşanan yerdir. Bulgulara bakılacak olursa; 65 yaş üstü hastaların, 18-64 yaş hasta grubuna göre toplum ve izlem ve cilt bakımı alt boyutlarında öğrenim gereksinimleri artmıştır. Evde eşi ile birlikte yaşayan hastaların tedavi ve komplikasyonlar alt boyutunda öğrenim gereksinimleri artmıştır. Cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu ile arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı($p>0,05$).

5.1.1. Yaş İle Högö Puan Dağılımı:

Çalışmanın yaş grubu Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre belirlenmiştir. İnme ile yatan hasta grubunda 65 yaş ve üstü grup oluşturmaktadır, 68 kişi (%62.4’ü) bu çalışmada 65 yaş ve üstüdür. Bu da inme görülme sıklığının değiştirilemez bir risk faktörü olan yaş ile doğru orantılı arttığını göstermektedir.

Tablo 7’deki HÖGÖ’ nün yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde yaş grupları arasında toplum ve izlem ve cilt bakımı alt boyutlarında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). 65 yaş ve üstü hastaların **toplum ve izlem** ve **cilt**

bakımı alt boyutlarına ait bilgi gereksinimleri artmıştır. Bu çalışma ile Çelebi'nin (2015) çalışması benzerlik göstermektedir. Çelebi'nin çalışmasında da hastaların yaşı arttıkça HÖGÖ alt boyutlarında "ilaçlar" alt boyutuna ait öğrenim gereksinimleri artmıştır. Omari ve ark. (2013) çalışmasında da yaşlı hastaların genç hastalara göre öğrenim gereksinimleri daha fazladır. Literatüre bakıldığında ise bu çalışmalardan farklılıklar göze çarpmaktadır.

Literatürdeki bazı çalışmalarda genç yaş grubu hastaların öğrenme gereksinimleri daha yüksek bulunmuştur (A Alkubati ve ark., 2012; Güçlü ve Kurşun, 2017; Polat ve ark., 2014; Tan ve ark., 2013; Suhonen ve ark., 2005).

Bazı çalışmalarda ise, yaş değişkeni ile HÖGÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (Göktaş ve ark., 2015; Mosleh ve ark., 2016; Taşdemir ve ark., 2010; Temiz ve ark., 2016; Yılmaz ve Özkan, 2015). Literatürle farklılıkların olduğu bu çalışma, yaş ilerledikçe hastaların hastane ile karşılaşma sıklığının artması, çoklu ilaç kullanımının olması, modernleşmenin artması ile birlikte üretimin yerini kolaycılığın ve hazırcılığın almış olmasının bağlı bakımın artmış olması, hayata bakış açıları, hastalıklarla baş etme stratejileri, hayatlarını sürdürmek için kullanılan yöntemlerin farklılaşması, bilgi edinilen kaynakların yetersizleşmesi ve kirliliği gibi sebeplerle yaş ile hasta öğrenim gereksinimlerinin arttığı söylenebilir. 65 yaş ve üstü hastaların inme sonrası sağ veya sol taraflarında kuvvetsizlik gelişmesi, ya da tam vücut kuvvet kaybı gibi durumlarda yatağa bağımlı hale gelebilmektedirler. Bu da hastalarda basınç yaralanmalarının görülme sıklığını artırmaktadır. Özellikle yaşın artması, eşlik eden diyabet, kalp yetmezliği gibi kronik hastalıkların olması, azalmış deri turgoru, beslenmenin azalmasına bağlı kas kayıpları, gaita ve idrar inkontinanslarının bunlara eşlik etmesi basınç yaralanması riskini artırır. Bu da inme sonrası cilt bakımı konusunda hastaların öğrenim gereksinimlerini artırabilir.

5.1.2. Cinsiyet ile HÖGÖ Puan Dağılımı

Bu çalışmada cinsiyet grubu arasındaki ilişki incelendiğinde, çalışmadaki kadın 50 kişi (%45.9), erkek 59 kişi (%54.1) sayılarının birbirine yakın olduğu görülmektedir. HÖGÖ'nün cinsiyet gruplarına göre dağılımına bakıldığında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Literatürde bu çalışma ile benzerlik gösteren çalışmalar mevcuttur (Clark ve Lan, 2004; Dursun ve Yılmaz, 2015; Göktaş ve ark., 2015; Güçlü ve Kurşun, 2017; Omari ve ark., 2013; Taşdemir ve ark.,2010). Aynı zamanda

literatürde; kadın hastaların erkek hastalara göre öğrenim gereksinimlerinin daha yüksek olduğu çalışmalar da mevcuttur (Çelebi, 2015; Demirkıran, 2011; Suhonen ve ark., 2005; Tan ve ark., 2013).

A Alkubati ve ark. (2012) çalışması ve Mosleh ve ark. (2016) çalışmalarında da erkek hastaların öğrenim gereksinimleri kadın hastalara göre yüksek bulunmuştur.

5.1.3. Eğitim Durumu İle HÖGÖ Puan Dağılımı:

Çalışmadaki örneklem grubunun büyük çoğunluğunu 40 kişi ile (%36.7) ilkökul mezunu hastalar oluşturmaktadır. En az olan grup ise 10 kişi ile (%9.2) okuryazar-eğitimsiz grubundaki hastalar oluşturmaktadır. Bu çalışmada eğitim grupları arasında HÖGÖ alt boyutlarında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$). Taşdemir ve ark. (2010) çalışması, Temiz ve ark. (2016) çalışması ve Soyer ve ark. (2018) çalışması da bu çalışma ile benzerdir.

Eğitim durumu ile HÖGÖ arasındaki ilişkiyi inceleyen diğer çalışmalarda Tan ve ark. (2013) çalışmasında lise ve üzeri eğitime sahip hastaların ilaçlar ve yaşam kalitesi alt boyutuna ait puan ortalamaları yüksek çıkmıştır. Suhonen ve ark. (2005) çalışmasında da benzer sonuçlara rastlanmıştır. Güçlü ve Kurşun'un (2017) çalışmasında da üniversite mezunlarının öğrenim gereksinimleri yüksek çıkmıştır. A Alkubati ve ark. (2012) çalışmasında da eğitim seviyesi arttıkça öğrenme gereksinimleri artmıştır.

Çelebi'nin (2015) çalışması ile Demirkıran'ın (2011) çalışmasında eğitim düzeyi düştükçe hastaların öğrenim gereksinimleri daha yüksek bulunmuştur.

Bu bilgiler doğrultusunda literatürün eğitim durumu ile öğrenim gereksinimleri arasında kesin bir yargıya ulaştığı söylenemez. Bireylerin gereksinimlerinin farklı olması, anlama şekillerinin farklı olması, bireysel özelliklere göre bilgi ihtiyaçlarının farklı olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle taburculuk eğitimi verilirken bireysel eğitimlerin önemi vurgulanmalıdır.

5.1.4. Medeni Durum İle HÖGÖ Puan Dağılımı

Bu çalışmanın örneklem grubunu 70 kişi (%64.2) ile evli hastalar, 39 kişi (35.8) ile bekâr hastalar oluşturmaktadır (Tablo 4). Tablo 10'da HÖGÖ'nün medeni hal gruplarına göre dağılımına bakıldığında alt boyutlarında farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Çetinkaya ve Aşiret'in (2017) çalışması ile Soyer ve ark.

(2018) çalışmasında da medeni hal ile HÖGÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Çelebi'nin (2015) çalışmasında evli hastalar, bekârlar göre tüm alt boyutlarda daha yüksek puana sahiptir. Göktaş ve ark. (2015) çalışmasında da evli hastalar bekârlara göre **toplum ve izlem, durumu ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar** ve **yaşam kalitesi** alt boyutlarında daha yüksek puanlara sahiptir.

Tan ve ark. (2013) çalışmasında ve Güçlü ve Kurşun'un (2017) çalışmasında **toplum ve izlem** ve **yaşam kalitesi** alt boyutlarında bekâr hastalar evlilere göre daha yüksek puanlara sahiptir.

5.1.5. Yaşanılan Yer ile HÖGÖ Puan Dağılımı:

Yaşanılan yere göre HÖGÖ dağılımına bakıldığında bu çalışmadaki hastalarda 31 kişi ile (%28.4) evde eşi ile birlikte yaşayan hasta grubu oluşturmaktadır (Tablo 4). Daha sonra 30 kişi ile (%27.5) evde eşi ve çocukları ile yaşayan hastalar bu grubu takip etmektedir. Tablo 11'deki yaşanılan yere göre HÖGÖ alt boyutlarından **tedavi ve komplikasyonlar** alt boyutunda farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$). Evde eşi ile birlikte yaşayan hasta grubunda tedavi ve komplikasyonlar alt boyutunda HÖGÖ puan ortalaması daha yüksek çıkmıştır.

Literatürde ise, Yılmaz ve ark. (2015) kolorektal kanser cerrahisi uygulanan hastalarda yaşanılan yer ve HÖGÖ arasında bir ilişki aranmaya çalışılmıştır. Yine Yılmaz ve Özkan'ın (2015) cerrahi hastaların öğrenim gereksinimleri yalnız yaşayan ya da aile veya arkadaşları ile yaşayan hastalardaki arasındaki ilişki incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır.

Bu çalışmadaki evde eşi ile yaşayan hastaların **tedavi ve komplikasyonlar** alt boyutunun yüksek çıkması şu sebeplerle olabilir; çalışmada yer alan hastaların çoğunun yaşlı ve eğitim seviyesinin düşük olması, evde gelişebilecek sorunlarda ne yapacağını bilememe, hastalığa bağlı oluşabilecek sorunları bilememe, tedavi takibini nasıl yapılacağı, tedavi sonrası ortaya çıkabilecek yan etkiler ve komplikasyonların neler olabileceğini öngörememe gibi.

5.2. Hastaların Sağlık&Hastalık Özellikleri İle HÖGÖ Puan Dağılımı

Çalışmanın bu bölümünde hastaların sağlık&hastalık özellikleri ile hasta öğrenim gereksinimleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Sağlık&hastalık özellikleri; kronik hastalık varlığı, ilaç kullanıp kullanmama durumu, sigara kullanma durumu, geçirilen inme sayısı, hastanede kalma süresi, taburculuk eğitimi alma durumu, taburculuk eğitimini kimden aldığı gibi faktörler yer almaktadır. Çalışmada, sigara kullanmayan hastaların ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, tedavi ve komplikasyonlar, cilt bakımı konularına ait öğrenme gereksinimleri artmıştır. Taburculuk eğitimini kimden aldığıyla ilgili soruda ise hemşireden eğitim aldığını söyleyen hastaların tüm alt boyutlarda öğrenme gereksinimleri yüksek çıkmıştır. Kronik hastalık varlığı, ilaç kullanıp kullanmama durumu, geçirilen inme sayısı, hastanede kalma süresi ve taburculuk eğitimi alma durumuna ile HÖGÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

5.2.1. Kronik Hastalık Bilgisine Göre HÖGÖ Puan Dağılımı

Örneklem grubunu oluşturan hastaların 92'si (%84.4) bir veya daha fazla kronik hastalığa sahiptir (Tablo 5). Kronik hastalık bilgisine göre HÖGÖ alt boyutları farklılıkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p>0,05$).

Demirkıran (2011), Göktaş ve ark. (2015), Güçlü ve Kurşun (2017) çalışma sonuçları bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Çetinkaya ve Aşiret'in (2017) çalışmasında da istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber kronik hastalığa sahip bireylerin HÖGÖ puanlarının daha fazla olduğu bulunmuştur.

İnme kronik bir hastalıktır ve bireyin özyönetimini azaltır. İnmeyi diğer kronik hastalıklardan ayıran, beklenmedik oluşu ve kalıcı sekellere yol açmasıdır. Bu da kronik hastalığı olan ya da olmayan tüm hastalarda inme sonrası eğitim ihtiyacının gerekliliğini gösterir.

5.2.2. İlaç Bilgisine Göre HÖGÖ Puan Dağılımı:

Çalışmada yer alan hastaların 84'ü (%77.1) ilaç kullanımı olan hastalardır. İlaç bilgisi ve HÖGÖ alt boyutları farklılıklarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p>0,05$) (Tablo 13). İlaç bilgisi ve HÖGÖ alt boyutları arasındaki ilişkiyi inceleyen diğer çalışmalara bakıldığında; Çetinkaya ve Aşiret'in (2017) çalışması dışında çalışmaya rastlanmamıştır.

5.2.3. Sigara Kullanma Durumuna Göre HÖGÖ Puan Dağılımı

Bu çalışmada sigara kullanan hasta sayısı 21 kişidir (%19.3). Sigara kullanmayan hastaların HÖGÖ alt boyutlarında **ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, tedavi ve komplikasyonlar, cilt bakımı** ve ölçek toplamı farklılıkları istatistiksel olarak anlamlı bulundu($p<0,05$).

Demirkıran (2011), Göktaş ve ark. (2015), Mosleh ve ark. (2016) çalışmaları da sigara kullanım durumu ile HÖGÖ alt boyutları arasında ilişki aramıştır fakat bu çalışmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0,05$).

Çalışmada sigara kullanmayan hastaların HÖGÖ alt boyutları ve toplam ölçek puanları sigara kullananlara göre yüksektir.

5.2. 4. Geçirilen İnme Sayısına Göre HÖGÖ Puan Dağılımı:

Çalışmanın örneklemindeki hastaların 77'si (%70.6) sadece 1 kez, 32'si (%29.4) birden fazla inme geçirmiş hastalardır. Geçirilen inme sayısına göre HÖGÖ alt boyutları farklılıkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da sadece 1 kez inme geçiren hastaların HÖGÖ toplam ölçek puanları birden fazla inme geçiren hastaların toplam ölçek puanlarından fazladır. Bu da geçirilen inmenin şiddeti, yol açtığı engeller, tekrarlayıcı olabileceği kaygısından kaynaklanabilir.

Literatüre bakıldığında ise İnme ile HÖGÖ arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Kitchie ve Yonaty 'in (2012) yeni tanı alan inme hastaları ile ilgili çalışmasında, inme sonrası eğitim ihtiyacı ile ilgili hastaların eğitim gereksinimlerinin yüksek olduğunu bulmuştur. İnme sonrası ve iyileşme döneminde ileri hastalıkların ve komplikasyonların önlenmesinde verilecek eğitim yaşamsal öneme sahiptir. Hasta eğitimi açık bir şekilde sağlık hizmetinin önemli bir bileşenidir ve literatür sürekli olarak, inme nüfusu da dahil olmak üzere sağlık hizmetinin tüm yönleriyle ilgili hastalardan duyduğu memnuniyetsizliği belirtmektedir.

5.2.5.Hastanede Kalma Süresine Göre HÖGÖ Puan Dağılımı:Bu çalışmada 5-14 gün arası sürede hastanede kalma ile 54 (%49.5) kişi ile örneklemin çoğunluğunu oluşturmaktadır. Bunu 1-5 gün süre 52 (%47.7) kişi ile takip etmektedir. Hastanede kalma süresi ile HÖGÖ alt boyutları farklılıklarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p>0,05$).

Literatüre bakıldığında; Tan ve ark. (2013) çalışmasında yatış süresi ile **yaşam aktiviteleri, tedavi ve komplikasyonlara** ait puan ortalamaları ve HÖGÖ toplam puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,05$). 22 gün ve üzeri yatan hastalarda **yaşam aktiviteleri, tedavi ve komplikasyonlar** alt boyutun ait puan ortalamaları diğer yatış süresine sahip hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.

Orgun ve Şen'in (2012) çalışmasında 30 gün ve üzeri hastanede yatan hastaların; 1-7 gün, 7-14 gün hastanede kalan hastalara göre HÖGÖ ve alt boyut puanları daha yüksek bulunmuştur. Hastanede kalma süresi ile önemlilik düzeyine bakıldığında yaşam kalitesi ilk sırada, **toplum ve izlem** alt boyutu da en düşük önemlilik düzeyine sahiptir.

Polat ve ark. (2014) çalışması ve Güçlü ve Kurşun'un (2017) çalışmasında ise hastanede kalma süresi ile HÖGÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da bu çalışmada 14 günden fazla hastanede kalma süresine sahip hastaların HÖGÖ toplam ölçek puanı daha yüksektir. Hastaların daha önce edindikleri kötü hastane deneyimleri hastaların öğrenim gereksinimlerini artırabilir.

5.2.6. Taburculuk Eğitimi Alma Durumuna Göre HÖGÖ Puan Dağılımı:

Bu çalışmada yer alan 109 hastanın 49'u (%45) taburculuk eğitimi aldığını, 60'ı da (%55) taburculuk eğitimi almadığını söylemiştir. Taburculuk eğitimi alma durumuna göre HÖGÖ alt boyutları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı($p>0,05$).

Literatürde ise, Tan ve ark. (2013) çalışması **cilt bakımı** alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,05$). Taburculuk eğitimi alan hastaların almayanlara göre cilt bakımı alt boyutunda daha çok öğrenim gereksinimine ihtiyacı vardır denilebilir.

Güçlü ve Kurşun'un (2017) çalışması ve Soyer ve ark. (2018) çalışmasında ise taburculuk eğitimi alma durumu ile HÖGÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p>0,05$).

Demirkıran'ın (2011) çalışmasında taburculuk eğitimi alma durumuna göre bakıldığında ise, eğitim almayan hastalar için eğitim alan hastalara göre; **ilaçlar,**

yaşam aktiviteleri, tedavi ve komplikasyonlar, cilt bakımı ve toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,05$).

Bu çalışmada da istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da taburculuk eğitimi aldığını söyleyen hastaların HÖGÖ toplam ölçek puanı, almadığını söyleyen hastalara göre daha yüksektir. Bu da hastaların yeterince eğitim ihtiyaçlarının karşılanmadığını söyleyebilir. Hasta eğitimi ile ilgili yurtiçi ve yurtdışı kuruluşlar, hasta eğitiminin ne kadar önemli olduğunu söylese de birtakım sorunlar nedeniyle istenilen düzeyde eğitim gerçekleştirilemediğini bildirmişlerdir (Kaya, 2009; Şenyuva ve Taşocak, 2007).

5.2.7. Taburculuk Eğitimi Alınan Kişiye Göre HÖGÖ Dağılımı:

Taburculuk eğitimi alan 49 hastanın 6'sı (%5) eğitimi doktordan, 43'ü (%39.1) hemşirelerden aldığını söylemiştir (Tablo 5). Taburculuk eğitimi alınan kişiye göre hasta öğrenim gereksinimlerine bakıldığında ise, bütün alt boyut farklılıkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,05$) (Tablo 18).

Yani taburculuk eğitimini hemşirelerden alan hastaların, doktorlardan alan hastalara göre hem HÖGÖ toplam ölçek puanı hem de alt boyutları puanı yüksektir.

Literatürde Soyer ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0,05$).

Orgun ve Şen'in (2012) çalışmasında da hastaların büyük çoğunluğunun (%93) doktor, hemşire veya diğer sağlık profesyonellerinden eğitim almak istediği, yine büyük bir kısmının doktorlar tarafından bilgilendirilmek istediği bulunmuştur.

Demirkıran'ın (2011) çalışmasında sadece hekim ya da sadece hemşireden taburculuk eğitimi alan hastaların **ilaçlar, yaşam aktiviteleri ve cilt bakımı** alt ölçek puan ortalamaları hem hekim hem de hemşireden taburculuk eğitimi alan hastaların puan ortalamalarından yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır($p<0,05$).

Bu çalışmada hemşirelerden alınan taburculuk bilgisi HÖGÖ toplam ölçek puanı ve alt boyutları puanlarının yüksek çıkması şu sebeplerle olabilir; bu çalışmadaki taburculuk eğitimi veren hekim sayısının az olması, hemşirelerin verdikleri eğitimin plansız, dolaylı yoldan yapmaları ve bireysel olarak yapmamaları, hastaların ihtiyaç duydukları eğitimleri göz ardı etmeleri olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma ile bir eğitim ve araştırma hastanesinin nöroloji yoğun bakım ve servisinde yatarak tedavi alan ve taburculuğuna 48 saat kalmış inme geçiren hastalara öğrenim gereksinimleri sorulmuş ve hastaların sosyodemografik özelliklerine göre ve sağlık&hastalık özellikleri ile öğrenim gereksinimleri ilişkisi incelenmiştir. Çalışmanın sonuçları şu şekildedir:

- Hastaların sosyodemografik özellikleri değerlendirildiğinde %62,4'ünün 65 yaş üstü ve yaş ortalamasının $67,38 \pm 12,83$ olduğu, %54,1'inin erkek, %36,7'sinin ilkokul mezunu, %64,2'sinin evli, %28,4'ünün evde eşi ile birlikte yaşadığı bulunmuştur.
- Hastaların sağlık&hastalık özellikleri değerlendirildiğinde %84,4'ünü bir veya daha fazla kronik hastalığa sahip olduğu, %77,1'inin ilaç kullandığı, %80,3'ünün sigara içmediği, %70,64 'ünün sadece bir kez inme geçirdiği, 5-14 gün arası hastanede kalma süresinin %49,54 olduğu, %55,05 'in taburculuk eğitimi almadığı, taburculuk eğitimi alan %44,95 hastanın %39,45' inin hemşireden eğitim aldığı bulunmuştur.
- Hastaların sosyodemografik özellikleri ile hasta öğrenim gereksinimleri değerlendirildiğinde; yaş grupları arasında toplum ve izlem ve cilt bakımı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı olduğu, yaşanılan yere göre ise, tedavi ve komplikasyonlar alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p < 0,05$). Cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu ile arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p > 0,05$).
- 65 yaş ve üstü hastaların 18-64 yaş arası hastalara göre toplum ve izlem ve cilt bakımı alt boyutlarına ait bilgi gereksinimleri artmıştır.
- Yaşanılan yere göre ise evde eşi ile birlikte yaşayan hastaların diğer yaşam şekline sahip hastalara göre tedavi ve komplikasyonlar alt boyutuna ait bilgi gereksinimlerinin artmış olduğu belirlenmiştir.
- Hastaların sağlık&hastalık özellikleri ile hasta öğrenim gereksinimleri değerlendirildiğinde; sigara kullanma bilgisinde ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, tedavi ve komplikasyonlar, cilt bakımı ve ölçek toplam puan farklılıkları istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, taburculuk eğitimini kimden aldığıyla ilgili durumda ise HÖGÖ bütün alt boyutları istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Kronik hastalık varlığı, ilaç kullanıp

kullanmama durumu, inme sayısı, hastanede kalma süresi ve taburculuk eğitimi alma durumuna göre HÖGÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p>0,05$).

- Sigara içmeyen hastaların içen hastalara göre ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, tedavi ve komplikasyonlar, cilt bakımı ve ölçek toplam puanları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Yine taburculuk eğitimini hemşireden alan hastaların doktordan alan hastalara göre bilgi gereksinimleri tüm alt boyutlarda daha fazladır.
- HÖGÖ'den aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların puan ortalamalarının genel olarak yüksek olduğu, HÖGÖ'nün alt boyutları önemlilik düzeyi incelendiğinde en yüksek önemlilik düzeyinin 4,43 ile ilaçlar alt boyutuna ait olduğu, en düşük önemlilik düzeyinin ise 3,63 ile toplum ve izlem alt boyutuna ait olduğu bulunmuştur.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hasta eğitimi planlanırken, hastaların hangi konuda bilgilendirilmeleri gerektiğinin belirlenmesi,
- Hastaların aldıkları puan ortalamasının yüksek olduğu göz önüne alındığında, HÖGÖ'ye ait konularla ilgili eğitimlerin tekrar gözden geçirilmesi
- Eğitimlerin işlevselliğini artırmak için hastaların bireysel özelliklerine göre planlanan eğitimlerin taburculuk eğitimine dikkat ederek planlanması
- Taburculuk eğitiminde özellikle eğitim düzeyi düşük ve yaşlı hastalara göre daha etkin programların düzenlenmesi
- Hizmet içi eğitimlerde hemşirelere taburculuk ile ilgili eğitimler verilmesi
- Kurumlardaki kaliteli bir sağlık hizmetinin göstergesi olan taburculuk eğitimlerinin hemşirelik uygulamalarının bir parçası haline getirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- A ALKUBATİ S, AL-ZARU IM, KHATER W, AMMOURİ A (2012) Perceived learning needs of Yemeni patients after coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Clinical Nursing*; doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04177.
- ADAMS HP, BENDİXE BH, KAPELLE J, BİLLER J, LOVE BB, GORDON DL, MARSH EE (1993) The TOAST Investigators. Classification of Subtypes of Acute İschemic Stroke. Definition for Use in Multicenter Clinical Trial. *Stroke*; 24: 35-41
- ADAMS RJ, MCKİE VC, CARL EM, NİCHOLS FT, PERRY R, BROCK K, MCKİE K, FİGUERO R, LİTAKER M, WEİNER S, BRAMBİLLA D (1997) Long-term stroke risk in children with sickle cell disease screened with transcranial Doppler. *Ann Neurol*; 42(5): 699-704
- AKÇALI A, ALTINDAĞ Ö, AYDENİZ A, KOCA Ğ, GÜRİSOY S (2010) İskemik inmeli hastalarda inkontinans, ihmal sendromu ve emosyonel durumun lateralizasyon ve fonksiyonel bağımsızlık düzeyi ile ilişkisi. *Gaziantep Tıp Dergisi*; 16(1):1-5
- AKKUZU G, KURT G, GÜVENÇ G, KÖK G, ŞİMŞEK S, DOĞRUSOY S, AYHAN A (2016) Learning needs of gynecologic cancer survivors. *Journal of Cancer Education*;1-7
- AKTAŞ A (2010) İnmeli hasta yakınlarına verilen eğitimin; hasta ve hasta yakınının yaşam kalitesi, anksiyete ve depresif belirti düzeyi üzerine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul
- ANDERSON KK, OLSEN TS, DEHLENDORF C, KAMMERSGAAD LP (2009) Hemorrhagic and ischemic strokes compared. *Stroke*; 40: 2068-2072.
- ANDERSON D, LARSON D, BLUHM J, CHARİPAR R, FİSCUS L, HANSON M, ZİNKEL A (2012) Institute for Clinical Systems Improvement. Diagnosis and Initial Treatment of Ischemic Stroke. http://www.icsi.org/guidelines_and_more/gl_os_prot/cardiovascular/stroke/stroke_ischemic_diagnosis_and_initial_treatment_of_.html
- ARMSTRONG FD, THOMPSON RJ, WANG W, ZİMMERMAN R, PEGELOW CH, MİLLER S, MOSERF BELLO J, HURTİG A, VASS K (1996) Cognitive functioning and brain magnetic resonance imaging in children with sickle cell disease. Neuropsychology Committee of the Cooperative Study of Sickle Cell Disease. *Pediatrics*.; 97(6): 864-70
- ARSAVA M (2017) Ulusal Hastalık Yükü Çalışması ve Sonuç Önerileri. Beyin Damar Hastalıkları ve Demans. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nörloji Anabilim Dalı.
- ARSAVA EM, AYDOĞDU İ, GÜNGÖR L, İŞİKAY CT, YAKA E (2018) İnme Hastalarında Nutrisyonel Yaklaşım ve Tedavi, Türkiye için Uzman Görüşü, doi:10.4274/tnd.92603 *Turk J Neurol*; 24:226-242
- ASİĞBULMUŞ H (2016) Hasta Memnuniyeti Çerçevesinde Hastane Tercihinde Etkili Olan Faktörler: Isparta ilinde Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta
- AŞİRET GD, KAPUCU S (2012) İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yükü. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*; Vol. 14 Issue 2, p.:73-80.
- AVŞAR G (2007) Klinik hemşirelerinin uyguladıkları hasta eğitiminin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı .Yüksek Lisans Tezi. Erzurum
- AY S, KOLDAŞ DOĞAN Ş, EVCİK D (2009) İnmeli hastalarda risk faktörleri ve fonksiyonel iyileşme üzerine etkileri, *Yeni Tıp Dergisi*; 26, 37-41.

BAŞARAN DURSUN H, YILMAZ E (2015) Batın Cerrahisi Yapılan Hastaların Öğrenim Gereksinimleri Orijinal Araştırma Yazısı. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*; CBU-SBED, 2(3):65-70

BEJOT Y, BAİLL YH, DURIER J, GİRPUD M (2016) Epidemiology of stroke in Europe and trends for the 21st century. Universty Hospital and Medical School of Dijon, Dijon Strok Registry, Department of Neurology, France. Doi: 10.1016/j.lpm.2016.10.003

BEYDOĞAN A (2008) Serebrovasküler olay geçiren hastalarda volar statik el-el bileği ortez kullanımının etkinliği. Sağlık Bakanlığı İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi III. Klinik, Uzmanlık Tezi, İstanbul

BOŞNAK M (2003) İnme Hastalarındaki Depresyonun Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkilerinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara

BRODERİCK J, BROTT T, KOTHARİ R, MİLLER R, KHOURJY J, PANCİOLİ A, GEBEL J, MİLLS D, MİNNECİ L, SHUKLA R (1998) The Greater Cincinnati/Northern Kentucky Stroke Study: preliminary first-ever and total incidence rates of stroke among blacks. *Stroke*; 29: 415–421.

CEBECİ F, ÇELİK SŞ (2008) Discharge training and counselling increase self-care ability and reduce postdischarge problems in CABG patients. *Journal of Clinical Nursing*; 17: 412–420.

CHOİ -KWON S, LEE S K, PARK H A, KWON S U, AHN J S, KİM J S (2005) What stroke patients want to know and what medical professionals think they should know about stroke: Korean perspectives. *Patient Education and Counseling*; 56:85-92

CLARK JC, LAN VM (2004) Heart failure patient learning needs after hospital discharge. *Applied Nursing Research*; 17, 150–157

COŞKUN H, AKBAYRAK N (2001) Hastaların Kliniklere Kabul ve Taburculuklarında Hemşirelik Yaklaşımlarının Belirlenmesi. *Çukurova Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 5(2). 63-68.

ÇATAL E, DİCLE A (2008) Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 1 (1), 19-32.

ÇAVUŞ D (2008) Kanser hastalarının hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitimine ilişkin değerlendirmelerinin belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir

ÇELEBİ C (2015) Günübürlük cerrahi hastalarının taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek lisans tezi, İstanbul

ÇETİNKAYA F, DURU AŞİRET G (2017) Dahili ve Cerrahi Kliniklerindeki Hastaların Öğrenim Gereksinimlerinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*; 10(2), 93-99

ÇOBAN EK, ASLAN IK, KIRBAŞ D (2011) İskemik Serebrovasküler Hastalıkta Metabolik Sendrom Sıklığı ve Karotis İntima-Media Kalınlığı İlişkisi, *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*; (48):234-7.

ÇOBAN O (2004) Beyin Damar Hastalıklarında tanımlar, sınıflama, epidemiyoloji ve risk faktörleri. (Ed:Öge AE). Nöroloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.p.:193-197

DAĞ H, DÖNMEZ S, GÜLEÇ D, ÖZTÜRK R, EMİNOV A, SARUHAN A, TEREK MC (2014) Jinekolojik operasyon geçiren kadınların taburculuk öncesi öğrenim gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*; 30 (1): 49-59

DAL Ü, BULUT H, DEMİR SG (2012) Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar. *Bakırköy Tıp Dergisi*; 8(1). 34-40.

- DAYAPOĞLU N (2005) Stroklu hastaların yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Erzurum
- DEMİRKIRAN G, UZUN Ö (2012) Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Öğrenim Gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*;28 (1):1–12.
- DEMİR T, ASLAN K, BALAL M, BOZDEMİR H (2013) İnme Sonrası Epilepside Klinik Özellikler ve Prognoz ile İlişki. *Epilepsi* 2013;19(3):121-126 doi: 10.5505/epilepsi.73792
- DJOUSSE L, ELLISON RC, BEISER A, SCARAMUCCI A, D'AGOSTINO RB, WOLF PA (2002) Alcohol consumption and risk of ischemic stroke: the Framingham Study. *Stroke*; 33: 907–912
- DOĞAN A, MENGÜLOĞLU M, ÖZGİRGİN N (2004) Geriatrik hemiplejik hastalarımızın rehabilitasyon sonuçları. *Türk Geriatr Derg*; 7 (4): 191-194.
- DUNCAN PW, ZOROWITZ R, BATES B, CHOİ JY, GLASBERG JJ, GRAHAM GD, KATZ RC, LAMBERTY K, REKER D (2005) Management of adult stroke rehabilitation care: a clinical practice guideline. *Stroke*; 36(9):100-43.
- DURNA Z (2012) Kronik Hastalıklar ve Bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; p.:239-261.
- EAMES S, HOFFMANN T, WORRALL L, READ S (2010) Stroke patients' and carers' perception of barriers to accessing stroke information. *Topics in stroke rehabilitation*;17:69-78.
- EDWARDS DF, HAHN MG, BAUM CM, PERLMUTTER MS, SHEEDY C, DROMERİCK AW (2006) Screening patients with stroke for rehabilitation needs: validation of the post-stroke rehabilitation guidelines. *Neurorehabil Neural Repair*; 20: 42-8.
- ELALTUNTAŞ EY (2008) Transüretral Prostat Rezeksiyonu (Tur-P) Yapılan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
- ESER MD (1999) İnmeli Hastalarda Risk Faktörleri: Bir Vaka Kontrol Çalışması. Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi, İstanbul
- EYİGÖR S (2007) İnmeli hastada rehabilitasyon prensipleri, yaşam kalitesi, son durum değerlendirmesi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*; 53 (Özel sayı)1;19-25.
- FEDAİ T, ÇETİN M, TEKE A (2010) Tedavi sürecindeki gereksiz değişkenlerin pareto analizi ile değerlendirilmesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*; 19(3): 184-190.
- FESCİ H, KUTLUTÜRKAN S, ÖZER Z (2006) Serebrovasküler hastalık ve hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 9(2), 62-66.
- FEIGIN VL (2005) Stroke epidemiology in the developing world.365(9478):2160-2161. doi:10.1016/S0140-6736(05)66755-4.
- FEIGIN VL, NORRVİNG B, MENSAH GA (2017) Global Burden of Stroke .Circulation Research. 120: 439-448. *Ahajournals.org*.<https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.308413>
- FLOWERS HL ,SILVER FL, FANG J, ROCHON E, MARTİNO R (2013) The incidence, cooccurrence and predictors of dysphagia, dysarthria, and aphasia after first-ever acute ischemic stroke. *J Commun Disord*;46:238-248
- GHOLİZADEH M, DELGOSHAİ B, GORJİ HA, TORANİ S, JANATİ A (2016) Challenges in Patient Discharge Planning in The Health System Of Iran: A Qualitative Study. *Global Journal Of Health Science*; 8(6), 168

GILL JS, ZEZULKA AV, SHIPLEY MJ, GILL SK, BEEVERS DG (1986) Stroke and alcohol consumption. *Engl J Med*;3(15): 1041–1046.

GOLDSTEIN LB, ADAMS R, ALBERTS MJ, APPEL LJ, BRASS LM, BUSHNELL CD, CULEBRAS A, DEGRABA TJ, GORELICK P, GUYTON JR, HART RG, HOWARD G, KELLY-HAYES M, NIXON JV, SACCO RL (2006) Primary Prevention of Ischemic Stroke: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council: Cosponsored by the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Interdisciplinary Working Group; Cardiovascular Nursing Council; Clinical Cardiology Council; Nutrition, Physical Activity, and Metabolism Council; and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. *Stroke*; 37: 1583-1633.

GOLDSTEIN LB, BUSHNELL CD, ADAMS RJ, CHATURVEDI S, CREAGER MA (2011) Guidelines for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*; 42:517-84.

GOMES F, EMERY PW, WEEKES CE (2016) Risk of malnutrition is an independent predictor of mortality, length of hospital stay, and hospitalization costs in stroke patients. *J Stroke Cerebrovasc Dis*;25:799-806.

GORDON C, HEWER RL, WADE DT (1987) Dysphagia in acute stroke. *Br Med J (ClinRes Ed)*; 295:411-414.

GORELICK PB, SCUTERI A, BLACK SE, DECARLI C, GREENBERG SM, IADECOLA C, LAUNER LJ, LAURENT S, LOPEZ OL, NYENHUIS D, PETERSEN RC, SCHNEIDER JA, TZOURIO C, ARNETT DK, BENNETT DA, CHUI DC, HIGASHIDA RT, LINDQUIST R, NILSSON PM, ROMAN GC, SELLKE FW, SESHADRI S (2011) Vascular Contributions to Cognitive Impairment and Dementia. A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association Vascular Contributions to Cognitive Impairment and Dementia. *Stroke*; 42: 2672-713.

GÖKTAŞ SB, YILDIZ T, KOŞUCU NARGİZ S (2015) The evaluation of nursing care satisfaction and patient learning needs in day case surgery. *Indian Journal of Surgery*; 77 (3), 1172–1179.

GRAHAM NS, CRICHTON S, KOUTROUMANIDIS M, WOLFE CD, RUDD AG (2013) Incidence and associations of poststroke epilepsy: the prospective South London Stroke Register. *Stroke*; 44(3):605–11.

GÜÇLÜ A, KURŞUN Ş (2017) Genel Cerrahi Hastalarının Taburculuk Eğitim Gereksinimleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*;20:2

GÜLTEKİN G, ÖZBAYIR T (2002) Koroner by-pass ameliyatı olan hastalara taburcu olmadan önce verilen eğitimin etkinliğinin karşılaştırılması. Ulusal Cerrahi Kongresi Cerrahi Hemşireliği Sektörünü (Kongre Kitabı). Antalya

HAFSTEINSDOTTIR TB, VERGUNST M, LINDEMAN E, SCHUURMANS M (2011) Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: a systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling*; 85:14-25

HANKEY GJ (2006) Potential New Risk Factors for Ischemic Stroke:What Is Their Potential? *Stroke*; 37(8):2181-2188. doi:10.1161/01.STR.0000229883.72010.e4.

HANKEY GJ, EIKELBOOM JW, van BOCKXMEER FM, LOFTHOUSE E, STAPLES N, BAKER RI (2001) Inherited thrombophilia in ischemic stroke and its pathogenic subtypes. *Stroke*; 32: 1793–1799

HARMSSEN P, WILHELMSEN L, JACOBSSON A (2009) Stroke incidence and mortality rates 1987 to 2006 related to secular trends of cardiovascular risk factors in Gothenburg, Sweden. *Stroke* ; 40: 2691-2697

HEARTH DİSEASE AND STROKE STATİCS 2018 At-a-Glance.American Stroke Association. https://www.heart.org/-/media/data-import/downloadables/heart-disease-and-stroke-statistics-2018---at-a-glance-ucm_498848.pdf. Erişim Tarihi:10.10.2018

HEİDENREİCH PA, ALBERT NM, ALLEN LA, BLUEMKE DA, BUTLER J, FONAROW GC, NİCHOL G (2013) Forecasting the Impact of Heart Failure in The United States. *Circulation: Heart Failure*, 6(3), 606-619.

HİLLBOM M, NUMMİNEN H, JUVELA S (1999) Recent heavy drinking of alcohol and embolic stroke. *Stroke*; 30: 2307–2312.

HORNER J, MASSEY EW, RİSKİ JE, LATHROP DL, CHASE KN (1988). Aspiration following stroke: clinical correlates and outcome. *Neurology*;38:1359-1362

IDREDAVİK B, BAKKE F, SOLBERG R, ROKSETH R, HAEHİM LL, HOLME I (1991) Benefit of a stroke unit: randomized controlled trial. *Stroke*; 22: 1026-1031.

İŞİKAY CT, MUTLUER N (2009) İnme Komplikasyonları. İçinde: Serebrovasküler Hastalıklar. (Ed Balkan S) 3. Baskı, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 271-286.

İNCİ FH, BAYIK TEMEL A (2016) İnmeli Hastaya Bakım Veren Aile Bireylerinin Gereksinimleri: Sistematik İnceleme. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*; 3(3), 28-43

JAUCH EC, SAVER JL, ADAMS HP, BRONU A, CONNORS JJ, DEMAERSCHALK BM, KHATRİ P, McMULLAN PWJr, QURESHİ AL, ROSENFİELD K, SCOTT PA, SUMMERS DR, WANG DZ, WİNTERMARK M, YONAS H (2013) Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke.A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*; 44(3): 870-947.

JETTE DU, WARREN RL, WİRTALLA C (2005) The relation between therapy intensity and outcomes of rehabilitation in skilled nursing facilities. *Arch Phys Med Rehabil*; 86: 373–9.

JOHANSSON K, NUUTILAL L, VİRTANEN H, KATAJ İSTO J, SALANTERA S (2005) Preoperative education for orthopaedic patients: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*; 50(2): 212–223

JONES DW, HALL JE (2004) Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure and Evidence From New Hypertension Trials. *Hypertension*;43:1-3.

KAMPHUISEN PW, AGNELLİ G, SEBASTİANELLİ M (2005)Prevention of venous thromboembolism after acute ischemic stroke. *Journal of Thrombosis and Haemostasis* ;3(6):1187-94.

KALRA L (2009) Medical Complications of Stroke. In: Stroke Recovery and Rehabilitation. Eds: Stein J, Harvey RL, Macko RF, Winstein CJ, Zorowitz RD, Demos Medical Publishing, USA, p:405-412.

KARADAKOVAN A (2010) Sinir Sistemi Hastalıkları. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, (Ed. Karadakovan A., Aslan F.E.), Nobel Kitabevi, Adana, 1176-1195.

KARAMAN NS, ÖZCAN E (2009) İnme Rehabilitasyonu. İçinde: Serebrovasküler Hastalıklar,(Ed Balkan S.), 3. Baskı, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 287-301.

KAYA H (2009) Sağlık Eğitiminde hasta eğitimi ve hemşirenin sorumlulukları. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*; 1(1):19-23

KELLY J, RUDD A, LEWİS R, HUNT BJ (2001) Venous thromboembolism after acute stroke. *Stroke*;32(1):262-7.

KILIÇ Z (2009) İnmeli hastalarda santral ağrı değerlendirmesi. Sağlık Bakanlığı İstanbul Fizik Tedavi Rahabilasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi. İstanbul.

- KIDD D, LAWSON J, NESBITT R, MACMAHON J (1993) Aspiration in acute stroke: A clinical study with videofluoroscopy. *Q J Med*;86:825-829.
- KIELY DK, WOLF PA, CUPPLES LA, BEISER AS, MYERS RH (1993) Familial aggregation of stroke: the Framingham Study. *Stroke*;24(9):1366-71.28
- KOKMEN E, WHISNANT JP, O'FALLON WM, CHU CP, BEARD CM (1996) Dementia after ischemic stroke. A population Based study in Rochester Minnesota (1960-1984). *Neurology*; 9: n154-9
- KUMRAL E (2005) İnme epidemiyolojisi. Serebrovasküler hastalıklar.2. baskı,Ankara:Güneş Kitabevi; 39-56.
- KUTLUK K (2004) İskemik İnme. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul
- KUTLUK K (2016) İnme Tanı ve Tedavi. O' Tıp Kitabevi, 1. Baskı, İzmir.
- LAMBERT CD, GLADSTONE DJ (1995) Neurologic Manifestations of Acquired Cardiac Disease, Arrhythmias, and Interventional Cardiology. In: Neurology and General Medicine, Aminoff MJ (ed) 4th ed., Philadelphia: Churchill and Livingstone;84.
- LANSBERG MG, O'DONNELL MJ, KHATRI P, LANG ES, NGUYEN-HUYNH MN, SCHWARTZ NE, SONNENBERG FA, SCHULMAN S, VANDVIK PO, SPENCER FA, ALONSO-COELLO P, GUYATT GH, AKL EA (2012) Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*; 141(2)(Suppl): e601S-e636S
- LARSON J, FRANZEN-DAHLIN A, BILLING E, MURRAY V, WREDLING R, FRANZE NA (2005) Spouse's life situation after partner's stroke event: psychometric testing of a questionnaire, *Journal of advanced nursing*; 52(3); 300-306
- LASKA AC, HELLBLOM A, MURRAY V, KAHAN T, VON ARBIN M (2001) Aphasia in acute stroke and relation to outcome. *J Internal Med*;249;413-22.
- LIAO D, MYERS R, HUNT S, SHAHAR E, PATON C, BURKE G, PROVINCE M, HEISS G (1997) Familial history of stroke and stroke risk: the Family Heart Study. *Stroke*; 28(10):1908-12.
- LIN SC, CHENG SJ, SHIH SC, CHANG WL, CHU CH, TJUNG JJ (2013) The Past, Present and Future of Discharge Planning in Taiwan. *International Journal of Gerontology*; 7(2); 65-69.
- LITHNER M, JOHANSSON J, ANDERSSON E, JAKOBSSON U, PALMQUIST I, KLAFESGARD R (2012) Perceived information after surgery for colorectal cancer—an explorative study. *Colorectal Disease*; 14(11), 1340-1350.
- MACCLELLAN LR, GILES WH, COLE J, WOZNIAK M, STERN B, MITCHELL BD, KITNER J (2007) Probable migraine with visual aura and risk of ischemic stroke: the stroke prevention in young women study. *Stroke*;38:2438-45.
- MACKENZIE A, PERRY L, LOCKHART E, COTTEE M, CLOUD G, MANN H (2007) Family carers of stroke survivors: needs, knowledge, satisfaction and competence in caring. *Disability and Rehabilitation*;29:111-21.
- MACKINTOSH SF, HILL K, DODD KJ, GOLDIE P, CULHAM E (2005) Falls and injury prevention should be part of every stroke rehabilitation plan. *Clin Rehabil*;19(4): 441-51.
- MANN G, HANKEY GJ, CAMERON D (1999) Swallowing function after stroke: Prognosis and prognostic factors at 6 months. *Stroke*;30:744-748.

MARISSA M, KRISTEN F, MEGAN A, VENTO BS, KAZUMA NAKAGAWA MD (2015) Investigation of Stroke Needs (INVISION) Study: Stroke Awareness and Education. HAWAII JOURNAL OF MEDICINE & PUBLIC HEALTH, APRIL, VOL 74, NO 4

MIDI İ, AFŞAR N (2010) İnme Risk Faktörleri. *Klinik Gelişim*;23(1):1-14.

MOSLEH SM, ESHAH NF, DARAWAD M (2016) Percutaneous coronary intervention and heart surgery learning needs of patients in Jordan. *International Nursing Review*.

MOURAO AM, LEMOS SM, ALMEIDA EO, VICENTE LC, TEIXEIRA AL (2016) Frequency and factors associated with dysphagia in stroke. *Codas*;28:66-70

NISHIOKA S, OKAMOTO T, TAKAYAMA M, URUSHIHARA M, WATANABE M, KRIRYA R, SHINTANI K, NAKAGOMI H, KAGAYEMA N (2016) Malnutrition risk predicts recovery of full oral intake among older adult stroke undergoing enteral nutrition: Secondary analysis of a multicentre survey (the APPLE patients study). *Clin Nutr*;36:1089-1096

OHENE-FREMPONG K, WEINER SJ, SLEEPER LA, MILLER ST, EMBURY S, MOOHR JW, WETHERS DL, PEGELOW CH, GILL FM (1998) Cerebrovascular accidents in sickle cell disease: rates and risk factors. *Blood*; 91(1): 288–94.

OMARI F, AL-ZARU I, AL-YOUSEF RH (2013) Perceived learning needs of Syrian patients postcoronary artery bypass graft surgery. *Journal of Clinical Nursing*; 23, 1708

ONAT Ş, ERKİN G (2008) İnmede risk faktörleri. *FTR Bil J PMR Sci*;1:30-7.

ORGUN F, ŞENBİR G (2012) Devlet hastanesinin cerrahi birimlerinde yatan hastaların öğrenim gereksinimlerinin saptanması. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi*;2(4) **Jel Kodu: I** www.sstbdergisi.com

ÖZTÜRK EZ (2004) İlk inme sonrası saptanan risk faktörlerinin morbidite ve mortalite üzerine etkisi. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. İstanbul.

ÖZ F (2001) Hastalık yaşantısında belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 12(1), 61-68.

ÖZTÜRK H, ÇİLİNGİR D, HİNTİSTAN S (2011) Hastaların dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hemşirelerin yaptığı hasta eğitimlerini değerlendirmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*; 4(4), 53-158.

PALOMAKI H, KASTE M (1993) Regular light to moderate intake of alcohol and the risk of ischemic stroke. Is there a beneficial effect? *Stroke*; 24(12):1828-32.

PETHYBRIDGE J (2004) How Team Working Influences Discharge Planning From Hospital: A Study Of Four Multi-Disciplinary Teams in an Acute Hospital in England. *Journal Of Interprofessional Care*; 18(1), 29-41.

PETTERSEN R (2007) Incontinence after stroke. *Tidsskr Nor Laegeforen*; 127(10):1383-6.

PIEPER B, SIEGGREEN M, FREELAND B, KULWICKI P, FRATTAROLI M, SIDOR D, PALLESCHI MT, BURNS J, BEDNARSKI D, GARRETSON B (2006) Discharge information needs of patients after surgery. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*; 33(3): 281-292.

POLAT Ş, ÇELİK S, AYYILDIZ ERKAN H, KASALI K (2014) Identification of learning needs of patients hospitalized at a University Hospital. *Pak J Med Sci*. 30(6):1253-1258. doi: <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.306.5711>

RAMSEY D, SMITHHARD D, KALRA L (2005) Silent aspiration: What do we know? *Dysphagia*; 20:218-225

REDDY MP, REDDY V (1997) After A Stroke: Strategies To Restore Function And Prevent Complications. *Geriatrics*; 52(9):59-62, 71, 75.

REDDY M, GİLL SS, ROCHON PA (2006) Preventing pressure ulcers:a systematic review. *JAMA*; 296(8):974-84

ROSAMOND WD, FOLSOM AR, CHAMBLESS LE, WANG CH, McGOVERN PG, HOWARD G, COPPER LS, SHAHAR E (1999) Stroke incidence and survival among middle-aged adults: 9-year follow-up of the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) cohort. *Stroke*; 30(4): 736-743.

SACCO RL, BODAN-ALBALA B, GAN R, CHEN X, KARGMAN DE, SHEA S, PAİK MC, HAUSER WA (1998) Stroke incidence among White, Black, and Hispanic residents of an urban community: the Northern Manhattan Stroke Study. *American Journal of Epidemiology*;147(3):259-68.

SACCO RL, ALBERTS MJ, GOLDSTEİN LB, HALPERİN J, KATZAN I, MARKS M (2006) Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: The American academy of neurology affirms the value of this guideline. *Stroke*; 37: 577-617

SMİTHARD DG, O'NEİLL PA, ENGLAND RE, PARK CL, WYATT R, MARTİN DF, MORRİS J (1997) The natural history of dysphagia following a stroke. *Dysphagia*;12:188-193.

SHEİNART KF, TUHRİM S, HOROWİTZ DR, WEİNBERGER J, GOLDMAN M, GOLDBOLD JH (1998) Stroke recurrence is more frequent in Blacks and Hispanics. *Neuroepidemiology*.; 17: 188-198

SUHONEN R, NONONEN H, LAUKKA A, VALİMAKİ M (2005) Patient's informational needs and informational received do not correspond in hospital. *Journal of Clinical Nursing*;14(10): 1167.

SUMMERS D, LEONARD A, WENTHWORTH D, SAVER JL, SİMPSON JA, HOCK N, MİLLER E, MİTCHELL PH (2009) Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary care of the acute ischemic stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*; 40(8):2911-44

SUN V, FONG Y (2017) Minimally Invasive Cancer Surgery: Indications and Outcomes. In *Seminars in Oncology Nursing*. WB Saunders.

SOYER Ö, CANDAN DÖNMEZ Y, van GIERSBERGEN M (2018) Ameliyat olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi, taburculuğa ilişkin öğrenim gereksinimi. *DEUHFED*,11(3), 200-208.

ŞENDİR M (2000) Total kalça protezi ameliyatı öncesi hasta eğitiminin ameliyat sonrası fiziksel uyum ve yaşam kalitesine etkisi, Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

ŞENYUVA E, TAŞOCAK G (2007) Hemşirelerin hasta eğitimi etkinlikleri ve hasta eğitim süreci. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*; 15(59): 100-106.

TAĞCIOĞLU F (2005) İnme rehabilitasyonu. *Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi*; 11(2):53-64.

TAN M, ÖZDELİKARA A, POLAT H (2013) Hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*; 21 (1), 1-8.

TAŞDEMİR N, GÜLOĞLU S, TURAN Y, ÇATALTEPE T, ÖZBAYIRI T (2010) Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir, Türkiye, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroşirurji Anabilim Dalı, İstanbul. *Türkiye Journal of Neurological Sciences*27:(4)#25;414-420 <http://www.jns.dergisi.org/text.php3?id=390>

TEMİZ Z, ÖZTÜRK D, ALTUN UĞRAŞ G, ÖZTEKİN SD, ŞEGÜL E (2016) Determination of Patient Learning Needs after Thyroidectomy. *PacJCancerPrev*,17(3),1479-1488 doi:<http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2016.17.3.1479>

The European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee.

Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack . Cerebrovasc Dis 2008; 25: 457-507.

The Burden of Stroke in

Europe.https://www.stroke.org.uk/sites/default/files/the_burden_of_stroke_in_europe_-_challenges_for_policy_makers.pdf. Erişim Tarihi :10.10.2018

THOMAS DG, BRADLEY L, SERVÍ A, REİLLY S, APPS JN, MCCRA M, HAMMEKE T (2017) Parental knowledge and recall of concussion discharge instructions. *Journal of Emergency Nursing*.

THOMAS LH, BARRETT J, CROSS S, FRENCH B, LEATHLY M, SUTTON C, WATKİNS C (2006) Prevention and treatment of urinary incontinence after stroke in adults. *Stroke*;37(3):929-30.

The European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee. İskemik inme ve geçici iskemik atağa yaklaşım rehberi 2008. Erişim: http://www.eso-stroke.org/pdf/ESO08_Guidelines_Turkish.pdf. Erişim tarihi: 30.10.2018

TOK A (2006) Koroner anjiyoplasti ve intra koroner stent uygulanan hastaların taburculuk sonrası yaşadıkları sorunlar, Yüksek lisans tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

TOPBAŞ E (2015) Akut Pankreatitli Hastaların Yoğun Bakım Ekibi Tarafından Erken Tanınması, Bakımı ve Taburculuk Eğitimi. *Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi*; 6(3):98-103.

TRAVİS LH, FLEMMİNG KD, BROWN RD, Jr., MEİSSNER I, McCLELLAND RL, WEİGAND SD (2003) Awareness of stroke risk factors, symptoms, and treatment is poor in people at highest risk. *J Stroke Cerebrovasc Dis*;12:221-7.

TURGUT C (2005) İskemik inmede risk faktörleri ve TOAST sınıflandırması. Uzmanlık tezi. Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği

ULUSAN Z (2008) Kalça protezi uygulanan hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin saptanması. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

URDEN LD, STACY KM, LOUGH ME (2002) Thelan's critical care nursing diagnosis and management, forth edition, Mosby A Harcourt Health Sciences Company, St. Louis, Toronto

UTKU U, ÇELİK Y (2005) İnmede etyoloji, sınıflandırma ve risk faktörleri. (Ed:Balkan S). Serebrovasküler Hastalıklar. 2. baskı. İstanbul: Güneş Kitabevi;57-72.

UTKU U (2007) İnme tanımı, etyolojisi, sınıflandırma ve risk Faktörleri. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*; 53(1), 2

UZUNCA K (2006) İnmede üst ekstremitte komplikasyonları. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*;52 (Özel Ek B):B23-B29.

UZUNER N, KUTLUK K, BALKAN S (2015) İnme tanı ve tedavi kılavuzu. Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği

ÜNAL B, ERGÖR E, DİNÇ HORASAN G,KALAÇA S, SÖZME K (2013).Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ed: Ünal B, Ergör E.Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. S : 200-201

WELLWOOD I, DENNIS SM, WARLOW CP (1994) Perceptions and knowledge of stroke among surviving patients with stroke and their carers. *Age and Ageing*; 23(4), 293Y298.

WEİSS ME, SAWİN KJ, GRALTON K, JOHNSON N, KLİNGBEİL C, LERRET S, SCHİFFMAN R (2017) Discharge teaching, readiness for discharge, and post-discharge outcomes in parents of hospitalized children. *Journal of Pediatric Nursing*; 34, 58-64.

WOODWARD S, MESTECKY AM (2013) Geçici iskemik atak ve inme geçiren hastalarda bakım. (Ed. TOPÇUOĞLU MA, DURNA Z, KARADAKOVAN A.) Nörolojik Bilimler Hemşireliği İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; p.:357-375.

WOLF PA, ABBOTT RD, KANNEL WB (1991) Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. *Stroke*; 22(8):983–8.

World Health Organisation (1980). International Classification of Impairments, Disabilities and Hveicaps. A Manual of Classification relating to the Consequences of disease. WHO, Geneva.

YAMAN Y (2008) Kalp kapağı replasmanı yapılan hastalara verilen taburculuk eğitiminin değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara

YARDAKÇI R, AKYOLCU N (2004) Ameliyat öncesi dönemde yapılan hasta ziyaretlerinin hastanın anksiyete düzeyine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*; 1(2): 7-14

YILMAZ E, ÖZKAN S (2015) Cerrahi hastaların öğrenim gereksinimleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*;18:2

YILMAZ ŞAHİN S, İYİĞÜN E, AÇIKEL C (2015) Kolorektal kanser cerrahisi uygulanan hastaların bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. www.korhek.org. TAF Preventive Medicine Bulletin;Vol 14, Issue 5 doi: 10.5455/pmb.1-1406189204

YONATY S-A, KİTCHİE S (2012) The educational needs of newly diagnosed stroke patients. Journal of neuroscience nursing. American Association of Neuroscience Nurses. *Journal of Neuroscience Nursing*; Volume 44, Number 5, October. doi: 10.1097/JNN.0b013e31826663f2

ZERRİN Y (2000) Türk atriyal fibrilasyon (TAF) çalışması non-valvüler atriyal fibrilasyonlu hastalarda antikoagülan ve aspirin'in tromboembolik risk üzerine etkilerinin karşılaştırıldığı çokmerkezli, randomize çalışma. *Türk Kardiyoloji Dern Arş* ;28:8-19.

8.EKLER

Ek 1:

İNME GEÇİREN HASTALARIN ÖĞRENME GEREKSİNİMLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar tamamen gizli tutulacak, kişi ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır. Bu çalışmaya isteyerek katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulamayı yürüten Gonca Şengül Can'a sorabilirsiniz. Bu çalışmanın amacı, inme sonrası hastaların taburculuk eğitiminde ihtiyaç duydukları öğrenme gereksinimlerini ve etkileyen faktörleri belirlemektir. Bu çalışma ile hemşirelik öğrencilerine ve alanda çalışan hemşirelere, inme geçiren hastaların taburculuk eğitiminde hasta öğrenme gereksinimlerini ve etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik bir kaynak oluşturmak amaçlanmıştır. Bu nedenle soruların tamamını yanıtlamanız çok önemlidir. Dikkatiniz ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Adınız Soyadınız:

Tarih ve İmza:

TANITICI BİLGİ FORMU

Sosyo-Demografik Özellikler

Cinsiyet : 1:Kadın () 2:Erkek ()

Yaş (doğum yılı) :

Eğitim Düzeyi: 1:Okur-yazar değil () 2:Ortaokul mezunu ()

3:Okur-yazar, eğitimsiz () 4: Lise mezunu () 5:İlkokul mezunu ()

6:Yüksek Öğrenim mezunu ve üstü ()

Medeni durum: 1:Evli () 2:Bekar ()

Yaşanılan Yer: 1:Evde tek başına() 2:Evde eşi ile birlikte ()

3:Huzurevi/bakımevi () 4:Evde eşi ve çocukları le birlikte ()

5:Çocuklarının/akrabalarının yanında ()

Sağlık & Hastalık Özellikleri

Kronik hastalığınız var mı? 1:Evet() 2:Hayır()

İlaçlar kullanır mısınız? 1:Evet() 2:Hayır ()

Sigara içiyor musunuz? 1:Evet() 2:Hayır()

Kaçıncı kez inme(felç)geçirdiniz? 1:Sadece 1 kez () 2:Birden fazla()

Hastanede kaç gündür kalıyorsunuz? 1:Bir-beş gün() 2:Beş-on dört gün()

3:On dört günden fazla()

Taburculuk eğitimi aldınız mı? 1:Aldım () 2:Almadım ()

Taburculuk eğitimini kimden aldınız? 1:Doktor() 2:Hemşire()

Ek 2:**HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ-TÜRKÇE FORMU****Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (50 Madde)**

Lütfen taburcu olup eve gitmeden önce bilmek istediğiniz konular için aşağıdaki her bir maddenin sizin için ne kadar önemli olduğunu belirtiniz.

1=önemli değil, 2=biraz önemli, 3=ne az ne çok önemli, 4=çok önemli, 5=son derece önemli

MADDELER	Önemli değil	Biraz önemli	Ne az ne çok önemli	Çok önemli	Son derece önemli
1. Evde gelişebilecek ve dikkat etmem gereken sorunlar nelerdir?	1	2	3	4	5
2. Enerjimi/gücümü korumak için ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
3. İlaçlarımın her biri nasıl etki ediyor?	1	2	3	4	5
4. Evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edebilirim?	1	2	3	4	5
5. Bağırsak boşaltımı ile ilgili bir problem olursa ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
6. Evdeki bakımımnda ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
7. Hastalığım hakkında ailem ve arkadaşlarımla nasıl konuşabilirim?	1	2	3	4	5
8. İlaçlara bağlı bir yan etki gelişirse ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
9. Ailem hastalığımla baş edebilmek için nerelerden yardım alabilir?	1	2	3	4	5
10. Hastalığıma bağlı oluşabilecek sorunlar nelerdir?	1	2	3	4	5
11. Bu hastalık geleceğimi nasıl etkileyecek?	1	2	3	4	5
12. Ne zaman duş alabilir ya da banyo yapabilirim?	1	2	3	4	5
13. Hastalığımlın belirtileri neler olabilir?	1	2	3	4	5
14. Ev işlerine/işe ne zaman başlayabilirim?	1	2	3	4	5

15.	Ağrımı nasıl giderebilirim?	1	2	3	4	5
16.	İlaçlarımın her birini ne kadar süre kullanmalıyım?	1	2	3	4	5
17.	Ne kadar süre istirahat etmeliyim?	1	2	3	4	5
18.	İlaçlarımın her birini nasıl (aç-tok karına gibi) almalıyım?	1	2	3	4	5
19.	Tedavimi kim takip edecek?	1	2	3	4	5
20.	Tedavime bağlı oluşabilecek yan etkiler nelerdir?	1	2	3	4	5
21.	Hastalığımın belirtileri ortaya çıktığında ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
22.	Evde acil bir sağlık sorunu olduğunda nereye başvurabilirim?	1	2	3	4	5
23.	Evde yardım için telefonla kimi aramalıyım?	1	2	3	4	5
24.	Hastalığımın nedeni/nedenleri nelerdir?	1	2	3	4	5
25.	Ameliyat yarasının bakımını nasıl yapmalıyım?	1	2	3	4	5
26.	İdrar yapmamla ilgili bir sorun olursa ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
27.	Yemeklerimi nasıl (yağsız, tuzsuz gibi) hazırlamalıyım?	1	2	3	4	5
28.	Yemem ve yememem gereken yiyecekler nelerdir?	1	2	3	4	5
29.	Yeterli uyuyamazsam ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
30.	Yapmamam gereken aktiviteler (ağır kaldırmak gibi) nelerdir?	1	2	3	4	5
31.	Acil durumda sağlık kuruluşlarından nasıl yararlanabilirim?	1	2	3	4	5
32.	Yaşam/ölümle ilgili duygularımı kiminle konuşabilirim?	1	2	3	4	5
33.	Ayaklarıma uygun bakımı nasıl yapmalıyım?	1	2	3	4	5
34.	Hangi vitaminleri ve ek gıdaları almalıyım?	1	2	3	4	5
35.	Hastalığıma ilişkin duygularıyla baş etmek için nereden yardım alabilirim?	1	2	3	4	5

36.	Toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurabilirim?	1	2	3	4	5
37.	İlaçlarımın her birini niçin kullanmam gerekiyor?	1	2	3	4	5
38.	Hastalık ve tedavime bağlı gelişebilecek sorunları nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
39.	İlaçlarımla ilgili olası yan etkiler nelerdir?	1	2	3	4	5
40.	Stresle nasıl baş edebilirim?	1	2	3	4	5
41.	Klinikten eve nasıl gideceğim?	1	2	3	4	5
42.	Hastalığımla ilgili duygularımı nasıl tanımlayabilirim?	1	2	3	4	5
43.	Cildimde yara oluşmasını nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
44.	İlaçlarımın her birini ne zaman almalıyım?	1	2	3	4	5
45.	İlaçlarımı nereden/nasıl temin edebilirim?	1	2	3	4	5
46.	Stresten nasıl uzak durabilirim?	1	2	3	4	5
47.	Tedavimin amaçları nelerdir?	1	2	3	4	5
48.	Yapmam gereken hareketler nelerdir?	1	2	3	4	5
49.	Cildimde kızarıklık oluşmasını nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
50.	Bu hastalık yaşamımı nasıl etkileyecek?	1	2	3	4	5

Ek 3: Sayın Gonca Şengül CAN,

Türkçe'ye uyarladığımız “**Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği**”ni çalışmanızda kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti, öncelikle teşekkür eder çalışmanızda başarılar dileriz.

“**Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği**”nin Türkiye’de Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği programında yüksek lisans tez çalışması olarak yapılmıştır. Ölçek İzmir ilinde bir eğitim araştırma hastanesinin genel cerrahi kliniğinde batın cerrahisi uygulanmış hastalarla yürütülmüştür. Ölçeğin ülkemizde farklı hasta gruplarında, daha geniş popülasyonda tekrar test edilmesi amacıyla bir veri havuzu oluşturmak; geçerlik ve güvenilirliğini yeniden test etmek için çalışma verilerinizi göndermek koşuluyla ölçeği kullanabilirsiniz. Aynı zamanda ölçeğin performansını ve yaygın etkisini değerlendirmek için çalışma sonuçlarınızı yayınladığımız makalenin bir örneğini göndermeniz, gelecek iyileştirmeleri yapabilmemiz için önemlidir.

Çalışma verilerinizi göndermeniz; yasal ve etik açıdan sizin yayın hakkınızın güvence altında olduğunu, buna paralel olarak ölçeği kullanma izni veren tarafın haklarının saklı kaldığını kabul ve beyan ederiz.

Yard. Doç.Dr. Emine ÇATAL

Akdeniz Üniversitesi

Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A.D.

A.D.

Yard. Doç. Aklime DİCLE

Özel İstanbul Sebahattin Zaim

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü & Hemşirelik Yüksekokulu
ADRES: DEÜ Hastane Kampüsü İçi Mithatpaşa Cad. No:1606 35340 İnciraltı-İZMİR

TEL: +90. 232.412.47.51 FAX: +90.232.412.47.98

E-mail: saglikbil@deu.edu.tr

hemsirelik@deu.edu.tr

Ek 4:



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Sultan Abdülhamid Han Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 54230385-799
Konu : Gonca Şengülcan'ın Tez Çalışması Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : Gonca ŞENGÜLCAN'ın 05/03/2018 tarihli Tez Çalışması Hk.

İlgi dilekçeye istinaden; Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği'nde yüksek lisans yapmakta olan Gonca Şengülcan'ın,"İnme Geçiren Hastaların Öğrenme Gereksinimleri Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi"Konulu çalışmasını Hastanemiz Nöroloji Servisi'nde yapması uygundur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Prof. Dr. Ali Rıza ODABAŞ
Başhekim

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü
İstanbul Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı - 2
İstanbul Sağlık Geliştirilmesi Birimi
Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi İstanbul

Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim ve Ar-Ge Birimi

Faks No:

e-Posta: yasemin.onurdurmus@saglik.gov.tr İnt. Adresi:
yasemin.onurdurmus@saglik.gov.tr

Bilgi için: Yasemin ONUR DURMUŞ

Unvan: HEMŞİRE

Telefon No: 02165422020-3142-3143

Ek 5:



Altunizade Mah. Haluk Türksoy Sk. No:14, 34662 Üsküdar / İstanbul / Türkiye
Tel: +90 216 400 22 22 Faks: +90 216 474 12 56

info@uskudar.edu.tr

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2018/465

23/03/2018

Yrd.Doç.Dr.Pelin EKŞİ UYMAZ
(Gonca Şengül CAN)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 23/03/2018 tarihinde yapılan 03 No.lu toplantısında "İnme Geçiren Hastaların Öğrenme Gereksinimleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Cumhuri TAŞ".

Doç. Dr. Cumhuri TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

9.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler:

Adı Soyadı :Gonca ŞENGÜL CAN
Doğum Yeri ve Tarihi :İzmir ,27.03.1991

Eğitim Durumu:

Lisans Öğrenimi : Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Hemşirelik
Yüksekokulu,2013

Yüksek Lisans Öğrenimi : Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisansı(devam ediyor)

Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

İş Denevimi :

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği
(2013-2014)

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Nöroloji Servisi (2014-
2016)

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Nöroloji Servisi (2016-.....)

İletişim Bilgileri:

E-posta Adresi: goncacan3435@gmail.com

Telefon: 05075291621